



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

**Representações Cognitivas da Diabetes, Conhecimentos
acerca da Doença e Autocuidados: um estudo com
Diabéticos Tipo II controlados e não controlados**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Luís Miguel Lopes Baptista



FACULDADE DE FILOSOFIA
NOVEMBRO 2013



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

**Representações Cognitivas da Diabetes, Conhecimentos
acerca da Doença e Autocuidados: um estudo com
Diabéticos Tipo II controlados e não controlados**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Luís Miguel Lopes Baptista

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora Eleonora Costa
Co-orientação da Dra. Ana Margarida Trovisqueira



FACULDADE DE FILOSOFIA
NOVEMBRO 2013

Agradecimentos

Durante a elaboração desta Dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde contei com a colaboração de algumas pessoas sem as quais não seria possível a sua concretização.

Primeiramente, o meu reconhecimento à orientadora desta investigação, Dra. Ana Margarida Trovisqueira que não só se disponibilizou a orientar esta tese, como ao longo de todo o trabalho me incentivou com toda a sua sabedoria, capacidade de trabalho, organização e também calor humano.

A toda a equipa da Unidade de Saúde Familiar S. Nicolau o meu agradecimento pelo bom acolhimento que tive aquando da recolha de dados. Não posso também esquecer todos os utentes diabéticos deste Centro de Saúde que comigo colaboraram e sem os quais o meu trabalho não se podia concretizar.

Finalmente aos meus pais, ao meu irmão e a toda minha família que, tal como sempre, estiveram ao meu lado em todos os momentos de alegria e desânimo que tive.

A uma pessoa em particular, por acreditar em mim.

Resumo

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica cujo tratamento exige um papel ativo por parte do paciente no controlo da doença. A presente investigação teve como principal objetivo caracterizar uma amostra de utentes com diabetes tipo II, ao nível das representações da doença, conhecimentos e autocuidados, explorando as diferenças entre os diabéticos controlados e não controlados. Trata-se de um estudo observacional, descritivo transversal com análise comparativa dos dados. A amostra foi constituída por 140 utentes de um centro de saúde da região Norte. Os instrumentos utilizados foram *Illness Perception Questionnaire- Brief* (IPQ-B), *Questionário dos Conhecimentos da Diabetes* (QCD), *Questionário de Avaliação das Atividades de Auto-Cuidado com a Diabetes* (SDSCA). Os resultados da comparação entre diabéticos controlados e não controlados evidenciaram diferenças significativas na maioria das dimensões do IPQ, nos conhecimentos acerca da doença e nos autocuidados. Estes dados apontam no sentido de intervenções diferenciadas por diabéticos controlados e diabéticos não controlados.

Palavras-chave: diabetes tipo II; representações de doença; conhecimentos; autocuidados; controlo da diabetes

Abstract

Diabetes mellitus is a chronic disease the treatment of which requires an active role by the patient to control the disease. This research has as main objective to characterize a sample of clients with Type II diabetes, the level of illness representations, knowledge and self-care, exploring the differences between the controlled and uncontrolled diabetic. This is an observational, cross-sectional comparative analysis. The sample consisted of 140 users of a health center ARS North. The results obtained in the comparison between controlled and uncontrolled diabetic there are significant associations between most subscales of the IPQ with knowledge about the disease. It was also found significant differences in the dimensions of the most IPQ knowledge and self-care. These data point towards different interventions for diabetes controlled and uncontrolled diabetics.

Keywords: type II diabetes, illness perceptions, knowledge, and self-care and diabetes control

Índice de Tabelas	VII
Índice de Gráficos	VII
Lista de abreviaturas e siglas	VII

Índice

	Pág.
Introdução	8
I. Enquadramento Teórico	
1. Caraterização Médica da Diabetes Tipo II	12
1.1. Diabetes controlada e não controlada	14
1.2. Epidemiologia	16
1.3. Complicações da Diabetes Tipo II	18
1.4. Tratamento	19
2. Variáveis Psicológicas na Diabetes tipo II	23
2.1. Representações Cognitivas da diabetes em pacientes controlados e não controlados	23
2.2. Autocuidados na Diabetes Tipo II: diferenças entre diabéticos controlados e não controlados	29
2.3. Conhecimentos acerca da doença em diabéticos controlados e não controlados	32
II. Investigação Empírica	
1. Metodologia	37
1.1. Objetivos e <i>Design</i> do estudo	37
1.2. Variáveis em estudo	38
1.3. Procedimentos de recolha de dados.....	38
1.4. Amostra	39
1.4.1. Caraterização sociodemográfica e clínica da amostra	39
1.4.2. Caraterização sociodemográfica e clínica por grupos: diabéticos controlados e não controlados	43
1.5. Material e Instrumentos.....	48

1.5.1. Questionário de dados sociodemográficos e clínicos.....	48
1.5.2. Illness Perception Questionnaire Brief	49
1.5.3. Questionário dos conhecimentos da diabetes	51
1.5.4. Questionário da avaliação das atividades de autocuidados com a diabetes	55
1.6. Procedimentos de análise de dados	58
2. Apresentação dos Resultados.....	59
2.1. Resultados descritivos: percepção da doença, conhecimentos relativos à diabetes e autocuidados com a doença, na amostra total	59
2.1.1. Representações cognitivas da diabetes	59
2.1.2. Conhecimentos acerca da diabetes	60
2.1.3. Autocuidados na diabetes	63
2.2. Associação entre a percepção da doença, os conhecimentos e os autocuidados com a diabetes	65
2.3. Comparação de grupos entre os utentes com diabetes controlada e os utentes com a doença não controlada	69
2.3.1. Crenças sobre a diabetes	69
2.3.2. Conhecimentos sobre a diabetes	70
2.3.3. Autocuidados na diabetes	72
3. Discussão dos Resultados	73
4. Conclusão, Limitações do Estudo e Implicações Futuras	80
Referências Bibliográficas.....	84
Anexos	

Índice de tabelas

	Pág.
Tabela 1. Caraterização sociodemográfica da amostra total (N=140)	40
Tabela 2. Caraterização clínica da amostra total (N=140)	41
Tabela 3. Caraterização sociodemográfica da amostra, por grupo (N=140)	44
Tabela 4. Caraterização clínica da amostra, por subamostra (N=140)	47
Tabela 5. Matriz de correlações entre as dimensões IPQ-Brief (N=140).....	51
Tabela 6. Resultados da consistência interna do questionário QCD, para a subescala de conhecimentos/ respostas corretas (N=140)	52
Tabela 7. Resultados da consistência interna do questionário QCD, para a subescala de desconhecimento (N=140)	53
Tabela 8. Resultados da consistência interna do questionário QCD, para a subescala de falsos conhecimentos (N=140)	54
Tabela 9. Resultados da consistência interna do questionário de avaliação das atividades de autocuidados com a diabetes (N=140)	57
Tabela 10. Matriz de correlações (de <i>Pearson</i>) entre as dimensões do SDSCA (N=140)...	58
Tabela 11. Resultados descritivos das dimensões do IPQ-B, na amostra total (N=140)	60
Tabela 12. Resultados descritivos dos itens do questionário de conhecimentos da diabetes, na amostra total (N=140)	61
Tabela 13. Resultados descritivos dos itens do questionário de autocuidados, na amostra total (N=140)	64
Tabela 14. Resultados da correlação de <i>Spearman</i> entre as variáveis percepção da doença, conhecimentos e autocuidados (N=140)	68
Tabela 15. Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> na comparação entre o grupo de diabéticos controlados e não controlados em relação às crenças da diabetes (N=140)	69
Tabela 16. Resultados da análise descritiva na comparação entre o grupo de diabéticos controlados e não controlados em relação às causas da diabetes, do IPQ-B (N=140).....	70
Tabela 17. Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> na comparação entre o grupo de diabéticos controlados e não controlados em relação aos conhecimentos da diabetes (N=140)	71
Tabela 18. Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> na comparação entre o grupo de diabéticos controlados e não controlados em relação aos autocuidados na diabetes (N=140)	73

Índice de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1. IMC dos utentes da amostra, por categorias (N = 140).....	42
Gráfico 2. Complicações associadas à diabetes na amostra em estudo (N=140)	43
Gráfico 3. Distribuição das médias das variáveis clínicas peso e nível de hemoglobina, por subamostra (N=140).....	48

Lista de Abreviaturas e Siglas

HBA1C- Hemoglobina Glicosilada
DCCT - Prospective Diabetes Study Group) e
UKPDS - The Diabetes Control and Complications Trial
DGS- Direção Geral de Saúde
OMS- Organização Mundial de Saúde

Introdução

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica de etiologia múltipla. As suas características fundamentais são: hiperglicemia crónica, distúrbios de metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, consequência da resistência do organismo na utilização da insulina ou insuficiência da sua produção (Deshpande, Harris-Hayes, & Schootman, 2008; Direção Geral de Saúde, 2011; Organização Mundial de Saúde, 2011). Em função da sua etiologia a Diabetes pode ser, Tipo I ou Tipo II (Direção Geral de Saúde, 2011; Organização Mundial de Saúde, 2011; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2011; Tahrani, Piga, & Barnett, 2009). O presente estudo avalia os sujeitos com diabetes tipo II.

O tratamento da Diabetes exige um papel ativo do paciente no controlo da doença, pois o prognóstico da doença depende do facto da diabetes estar controlada ou não controlada. Se o diagnóstico da doença é precoce, se há um bom controlo metabólico e vigilância periódica, estão reunidas as condições para prevenir ou atrasar as complicações inerentes à Diabetes Tipo II (Hinszmann, 2012; Hinszmann, Schlaeger, & Train, 2012). Para tal, é necessário a implicação ativa e colaborante do paciente. No entanto, a participação está intimamente dependente das representações cognitivas que possui da doença, dos autocuidados e dos conhecimentos relativamente à diabetes. Neste sentido, a literatura científica estabelece precisamente a relação entre representações da doença, conhecimentos acerca da doença e autocuidados.

No que concerne às representações da diabetes para estes indivíduos, a literatura refere que os pacientes com a diabetes não controlada apresentam um conjunto de representações negativas sobre o impacto da doença na sua vida, percecionando ausência de controlo sobre a mesma, conduzindo a uma maior intensidade dos sintomas de hiperglicemia e expressão de emoções negativas. Por sua vez, os pacientes com diabetes controlada apresentam representações sobre a doença em que não está presente a crença na inevitabilidade pois desenvolvem cognições de controlo pessoal sobre a mesma e expressão de emoções positivas. Deste modo, adotam um papel ativo de adesão a dieta prescrita, ao exercício físico e medicação. Assim, aderem aos autocuidados fundamentais para o controlo da Diabetes Tipo II (American Diabetes Association, 2011; Direção Geral de Saúde, 2011; Jordan & Jordan, 2010; Raun, Kramer, Ruter, Rothenbacher, & Roseman, 2012; Smith, Pagé, Ganiépy, Béland, Badawi & Schmitz, 2012; Song, & Lipmant, 2008).

Relativamente aos autocuidados, constituem uma variável fundamental para os indivíduos com diabetes tipo II pois resulta na adoção de um regime de tratamento, baseado no cumprimento de um conjunto de comportamentos de cuidado pessoal que estabilizam os níveis de açúcar no sangue, reduzindo a ocorrência e gravidade das complicações diabéticas. É importante salientar ainda, que a adesão aos autocuidados não depende somente dos conhecimentos acerca da doença, uma vez que todos os diabéticos tipo II têm conhecimento da necessidade de implementar a Tríade Terapêutica (dieta, exercício físico e medicação). De facto, a adesão do paciente resulta não só do conhecimento que possui sobre a doença, mas das crenças desenvolvidas sobre a sua efetiva capacidade de intervir e controlar o seu próprio estado de saúde (Al-Qazaz, Harsali, Shafie, Sulaiman, & Sunhan, 2011; Ardena, Paz-Pacheco, Jimeno, Lang, Paterno & Juban, 2010; Chan & Molassiotis, 1999; Jimeno, Lang, Paterno, & Juban, 2010; Martinez, Locriza, Aguilar, Navarro, & Flores, 2008; Negarandeh, Mahmoodi, Noktehdan, Heshmat, & Shakibazadeh, 2012).

Quando é diagnosticada uma doença a um indivíduo, é fundamental que o mesmo interiorize um conjunto de conhecimentos relativos à mesma, que lhe permita adotar e lidar de modo ajustado com os sintomas e limitações que daí possam resultar (Al-Qazaz et al., 2011; Ardena et al., 2010; Bains & Egede, 2011). Assim, a OMS prevê já que o conhecimento seja uma área preconizada na intervenção terapêutica dos utentes. Contudo, apesar desta preocupação por parte dos profissionais de saúde, a partir da revisão de estudos elaborados sobre os conhecimentos relativos à doença em pacientes portugueses com diabetes, verificamos que existe uma enorme discrepância entre o que é ensinado aos pacientes e o que realmente fazem, ou seja, os utentes demonstram que têm conhecimento sobre a sua doença, porém não adquirem os comportamentos e hábitos diários recomendados.

Salienta-se ainda, que se um doente portador de Diabetes *Mellitus* Tipo II possui representações sobre a doença que contemplam o impacto do seu comportamento na evolução da doença, há maior probabilidade de assumir um papel será ativo e colaborante, resultando numa maior adesão ao tratamento e gestão dos autocuidados inerentes à doença. Já o doente cuja representação da doença contém a crença na inevitabilidade, negando a relação direta entre o comportamento e a emergência dos sintomas, irá apresentar menor adesão ao tratamento.

Atendendo ao exposto, mostra-se pertinente estudar à relação que se estabelece entre os construtos anteriormente mencionados, visto serem apontadas pela literatura como fatores relevantes no estudo da Diabetes *Mellitus*.

Assim, a presente investigação tem como principal objetivo caracterizar uma amostra de utentes diabéticos tipo II, tendo em conta as suas representações da doença, os autocuidados adoptados e os conhecimentos, de forma a podermos identificar as diferenças entre os sujeitos com diabetes controlada e não controlada. Neste sentido, pretende-se formular planos de intervenção mais direccionados para estes utentes, de forma a aumentar a sua qualidade de vida e bem-estar.

Esta dissertação encontra-se dividida em duas partes essenciais: a parte teórica e a parte empírica. Na primeira parte será feita uma revisão da literatura acerca da diabetes, focando as diferenças entre pacientes controlados e não controlados, a epidemiologia, as complicações e o tratamento inerente a essa doença. Para além disso, será feita uma revisão dos constructos anteriormente mencionados (representações da doença, autocuidados e conhecimentos). Na segunda parte deste estudo será apresentada a metodologia da investigação, a apresentação dos resultados, a discussão dos mesmos, a conclusão, limitações e sugestões para estudos futuros.

I Parte
Enquadramento Teórico

I Parte: Enquadramento Teórico

A *Diabetes Mellitus* é uma doença crónica caracterizada por hiperglicemia, sendo que as suas principais características os distúrbios de metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, consequência da resistência do organismo na utilização da insulina ou insuficiência da sua produção (DeFronzo, 2009; Direção Geral de Saúde, 2011; Garcia, 2011; Tahrani, Piga, Kennedy, & Barnett, 2010). O nosso estudo incide na diabetes tipo II, expressa por fatores genéticos e comportamentais, relacionados com os estilos de vida. Relativamente ao tratamento desta doença, que visa um controlo e equilíbrio constantes, a literatura é unânime ao afirmar que o paciente tem papel ativo no controlo da doença, podendo influenciar de modo significativo a história natural da doença. Na atualidade, o parâmetro mais eficaz para o controlo metabólico na diabetes é a avaliação trimestral dos níveis de hemoglobina glicosilada, parâmetro que nos permite diferenciar diabéticos controlados de não controlados (Direção Geral de Saúde, 2011; Garcia, 2011; Hinzmann, Schlaeger, & Train, 2012; Organização Mundial de Saúde, 2011).

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, o primeiro ponto iniciará com a caracterização médica da diabetes tipo II, a distinção entre diabético controlado e não controlado e a epidemiologia desta doença. Serão abordadas as complicações associadas à doença e o tratamento da mesma.

1. Caracterização Médica da *Diabetes Mellitus* Tipo II

A *Diabetes Mellitus* é uma doença de etiologia múltipla caracterizada por hiperglicemia crónica (taxa elevada de açúcar no sangue) com distúrbios do metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas resultantes da resistência do organismo na utilização da insulina, ou de uma relativa insuficiência na sua produção (secreção compensatória de insulina inadequada). A resistência em questão refere-se à perda de sensibilidade dos tecidos relativamente à insulina, que torna menos efetiva a estimulação para captar glicose (De Fronzo, 2009; Gambert & Pinkstaff, 2006; Gonder-Frederick, Cox, & Ritterband, 2002; Organização Mundial de Saúde, 2011; Sierra, 2010; Tahrani, Piga, & Barnett, 2009; Zimmet, 2001).

A insulina, produzida por um grupo de células do pâncreas denominadas células *beta*, é a hormona responsável pela regulação do açúcar no sangue, caracterizando-se assim a diabetes por um aumento anormal da taxa de glicose no sangue – hiperglicemia (Deshpande, Harris-Hayes, & Schootman, 2008; Direção Geral de Saúde, 2011; Organização Mundial de Saúde, 2011; Silva, 2006; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2011). Quando crónica, a hiperglicemia origina, além de sintomas característicos, como a poliúria (sede constante e intensa), polidipsia (sensação de fome exagerada), polifagia, visão turva, fadiga e perda de peso, um comprometimento vascular com consequentes danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente em vasos sanguíneos (Direção Geral de Saúde, 2011; Organização Mundial de Saúde, 2011; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2011; Tahrani et al., 2009).

A classificação da diabetes em função da sua etiologia permite distinguir esta doença em quatro tipos (American Diabetes Association, 2011; Silva, 2006; Deshpande et al., 2008): diabetes tipo I, diabetes tipo II, diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes, cujo processo etiopatogénico foi devidamente identificado (American Diabetes Association, 2011; Silva, 2006).

A Diabetes Tipo II constitui a forma mais comum de diabetes, representando cerca de 90 a 95% dos casos totais de diabetes (Tahrani et al., 2009). Este tipo de diabetes frequentemente ocorre em indivíduos que herdaram uma tendência para a diabetes (e. g. existência de um familiar próximo com a doença). Resulta de alterações na ação e/ou na secreção de insulina e, envolve dois processos patogénicos primários: (1) declínio progressivo da função produtora de insulina pelas células beta dos Ilhéus de Langerhans pancreáticos e inadequada supressão da secreção de glucagon (hormona responsável pelo aumento da glicemia) e (2) resistência à insulina, por diminuição da resposta tecidual à mesma (DeFronzo, 2009; Deshpande et al., 2008; Direção Geral de Saúde, 2011; Tahrani et al., 2009).

A Diabetes tipo II é clinicamente silenciosa, pois pode ser assintomática durante muitos anos na maioria dos casos, sendo diagnosticada frequentemente em exames de rotina ou no decurso de uma hospitalização por outra causa. Assim, o diagnóstico é muitas vezes efetuado tardiamente, aquando do aparecimento de complicações crónicas (American Diabetes Association; 2011; Organização Mundial de Saúde, 2011). Vários estudos mostram que uma percentagem significativa de pessoas que desconhecem o seu diagnóstico apresentam elevada probabilidade de doença cardiovascular e complicações

microvasculares incluindo neuropatia, nefropatia e retinopatia (PREVADIAD, 2010, UKPDS, 2000).

As causas do aparecimento da Diabetes Tipo II estão associadas a fatores genéticos (e.g. marcadores genéticos; história familiar), fatores comportamentais e relacionados com o estilo e hábitos de vida (e.g. obesidade; excesso de peso; sedentarismo; alimentação inadequada; tabagismo; stress). Outros fatores de risco como a hipertensão (tensão arterial elevada), a hiperlipidémia (colesterol ou triglicéridos), concentração de colesterol, diabetes gestacional, doenças do pâncreas, doenças endócrinas, história de doença vascular, síndrome do ovário poliquístico, podem aumentar a suscetibilidade à diabetes tipo II (Deshpande et al., 2008; DeFronzo, 2009 ; Silva, 2006; Direcção Geral de Saúde, 2011; Tahrani et al., 2009).

A Direcção Geral da Saúde -DGS 002/2011, adota para Portugal quatro critérios para diagnóstico de diabetes, estabelecendo-se o diagnóstico da Diabetes Tipo II quando o paciente apresenta um valor de glicemia em jejum igual ou superior a 126mg/dl; ou sintomas clássicos combinados com valores de glicemia ocasionais iguais ou superiores a 200mg/dl; ou glicemia igual ou superior a 200mg/dl às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral com 75g de glicose; ou um valor de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) igual ou superior a 6,5% (Direcção Geral de Saúde [DGS], 2011; ADA, 2011).

1.1 Diabetes controlada e não controlada

A diabetes é uma doença crónica cujo tratamento visa um controlo e equilíbrio constantes. A literatura é unânime ao afirmar que o paciente tem papel ativo no controlo da doença, podendo influenciar de modo significativo a história natural da Diabetes evitando complicações micro e macrovasculares (American Diabetes Association, 2011; Direcção Geral de Saúde, 2011; Hinzman, Schadaege, & Tran, 2012).

A estratégia de prevenção das complicações crónicas da diabetes baseia-se no controlo da hiperglicemia com valores de referência standardizados e padronizados no tratamento precoce das suas complicações inerentes (American Diabetes Association, 2011; Bem & Kunde, 2006; Campuzano & Sierra, 2010; Direcção Geral de Saúde, 2011; Silverman, Arosa, Thomas, Kwiatkowski, Kirsten, Graff, Barreman, Kohn, Bowmance, Smith, & Lesser, 2010). De entre diversos parâmetros de vigilância laboratorial de controlo metabólico na diabetes (e.g. glicemia em jejum; glicemia pós grandual; hemoglobina glicosilada) destaca-se a hemoglobina glicosilada, considerada na

atualidade a melhor opção para a avaliação do controle glicêmico em médio e longo prazos (American Diabetes Association, 2011; Bachman, Murray, Dhataniya, Fenech, John, Scarpello, & Sampson, 2012; Delgado, Alvarez, & Cadóniga, 2010; Direção Geral de Saúde, 2011; Garcia, 2011; Hinszmann et al., 2012; Sierra, 2010; Silverman et al., 2010; Tahrani, Piya, Kenndy, & Barret, 2010).

A Hemoglobina Glicosilada (A1C) compreende uma série de componentes a partir da junção de glicose e seus derivados à hemoglobina normal do adulto. A A1C reflete o nível médio da glicemia durante o período correspondente à semivida dos eritrócitos, que é cerca de 3 meses (120 dias) e os seus valores estabelecem metas para o controlo e tratamento (Direção Geral de Saúde, 2011; Garcia, 2011; Hinszmann et al., 2012; Silverman et al., 2010; Sierra, 2010).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2011) a Hemoglobina Glicosilada é determinada por rotina em todas as pessoas com diabetes *mellitus* para avaliar o grau de controlo glicémico. Deve ser realizada pelo menos semestralmente, com maior frequência, com intervalo mínimo de 3 meses, em indivíduos cujo tratamento mudou recentemente ou que não alcançaram os objetivos terapêuticos padronizados.

Os estudos clínicos realizados pela DCCT (2000) e UKPDS (1998) evidenciaram os benefícios do controlo da HbA1c na redução das complicações relacionadas com a Diabetes. Os resultados demonstraram que a manutenção de taxas glicémicas em valores inferiores a 7% avaliada pelo teste de Hemoglobina Glicosilada reduz significativamente o aparecimento e a progressão das complicações microvasculares (e.g. retinopatia; neuropatia; nefropatia) e macrovasculares respetivamente, a cada diminuição de 1% no valor de HbA1C condiciona uma redução de 35% no risco de complicações microvasculares, de 21% nas mortes relacionadas com a diabetes, de 18% no risco de enfartes do miocárdio e em 43% as amputações por complicações vasculares periféricas (DCCT, 2000; Relatório Anual de diabetes, 2011; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2011; UKPDS, 1998).

Deste modo, os estudos prospetivos de intervenção realizados pela DCCT (Prospective Diabetes Study Group) e UKPDS (The Diabetes Control and Complications Trial) demonstraram de forma inequívoca que a manutenção de taxas glicémicas em valores próximos do normal, avaliadas pelo teste de hemoglobina glicosilada, é acompanhada de redução significativa do surgimento e da progressão das complicações microvasculares em diabéticos tipo II. Nesse sentido, o teste de HbA1c é fundamental no acompanhamento dos diabéticos, sendo que o resultado encontrado é

determinante na conduta médica adotada para estes indivíduos (American Diabetes Association, 2011; Bem & Kunde, 2006; Direção Geral de Saúde, 2011; Garcia, 2011; Hinszmann, 2012; Kumoravel et al, 2012; Sierra, 2010; Silverman et al, 2010; Tahrani et al., 2010).

Com base nos estudos supramencionados e para a American Diabetes Association (2011) bem como a Direção Geral de Saúde (2011) está amplamente aceite na prática clínica a utilização da HBA1C quer como índice de glicemia média, quer como preditor do risco de desenvolver complicações crónicas. Assim, o controlo da hiperglicemia, atingindo um valor alvo de HBA1C inferior a 7% constitui o objetivo principal (American Diabetes Association, 2011; Direção Geral de Saúde, 2011).

Os pacientes diabéticos devem manter os níveis de glicose no sangue dentro dos parâmetros estabelecidos pelas diretrizes científicas, de modo a evitar o não controlo da doença que pode resultar em consequências graves para a sua saúde (American Diabetes Association, 2011; Direção Geral de Saúde, 2011; Hinszmann et al, 2012; Kumoravel et al., 2012).

De acordo com a comunidade científica considera-se um indivíduo diabético controlado quando apresenta valores de A1C inferiores a 7%, e um diabético não controlado quando os valores de HBA1C são superiores a 7,1% (American Diabetes Association, 2011; Bem & Kunde, 2006; Direção Geral de Saúde, 2011; Garcia, 2011; Hinszmann et al., 2012; Kumoravel et.al, 2012; Silverman et al, 2011; Sierra et al., 2010; Tahrani, Piya, Kenndy & Barret, 2010).

De facto na atualidade, a determinação da Hemoglobina Glicosilada (A1C) é considerada a melhor opção para a avaliação do controlo glicémico, como estratégia de prevenção e monitorização, uma vez que os seus valores de referência estabelecem metas para o controlo do tratamento na conduta médica a fim de evitar as complicações inerentes a médio e longo prazo.

1.2. Epidemiologia

A Diabetes Tipo II constitui um grave problema de saúde pública pela sua elevada prevalência, atingindo proporções de uma verdadeira pandemia na sociedade contemporânea. É uma doença progressiva, associada a uma redução da qualidade e esperança de vida e aumento dos custos de saúde. Os custos associados a Diabetes representaram em 2009, 9% da despesa de saúde pública (cerca de 0,9% do PIB).

Segundo as estimativas da Organização Mundial de Saúde prevê-se que em 2025 haja 300 milhões de doentes diabéticos em todo o Mundo, sendo responsável, em 2011, pela morte de 3.4 milhões de pessoas principalmente por implicar um risco significativamente aumentado de doenças cardiovasculares (American Diabetes Association, 2011; Organização Mundial Saúde, 2011).

A situação portuguesa revela-se igualmente preocupante, registando-se anualmente a uma subida das taxas de incidência e prevalência. Salienta-se que Portugal apresenta a mais elevada taxa de mortalidade por diabetes de vários países europeus como a Alemanha, Espanha, França, Itália, Holanda, Reino Unido e Noruega (PrevaDiad, 2010; OMS, 2011; Relatório Anual de Diabetes, 2011).

Em 2009, foi desenvolvido o primeiro estudo epidemiológico nacional – PREVADIAB – com o objetivo de determinar a prevalência de diabetes em Portugal. Os dados tiveram em conta os dados do Censo. Os resultados revelaram uma prevalência padronizada de diabetes tipo II na população portuguesa de 12.4% (7% diagnosticada; 5,4% não diagnosticada), o que corresponde a um total de aproximadamente 991 mil indivíduos e uma incidência de 511.4 novos casos por 100000 habitantes, com diferenças estatisticamente significativas de género (homens: 14.2%; mulheres: 9.5%). Relativamente à prevalência por faixa etária, os autores constataram que a prevalência de diabetes é muito superior nos indivíduos com 60-79 anos (26.3%), comparativamente aos grupos etários mais jovens (20-39 anos: 2.4%; 40-59 anos: 12.7%). A relação com o nível educacional também foi estudada – pessoas que concluíram os seus estudos até ao 1º ciclo têm 1,5 a 2,5 vezes (19.4-30.3%) uma prevalência superior à média nacional, enquanto pessoas que tenham concluído um nível de educação secundário ou superior têm metade dessa prevalência (6.6-7.9%), concluindo-se que quanto maior o nível educacional, menor a sua prevalência (ibidem). A associação da diabetes com o Índice de Massa Corporal foi também demonstrada – das pessoas identificadas com diabetes, 39.6% tinham obesidade e 49.2% tinham excesso de peso (um total de 88.8%).

A diabetes que representava 3% das causas de morte em 2000, representava em 2009 cerca de 4.4% do total de mortes registadas em Portugal. Como doença principal também é causa de morte hospitalar em 4% dos internamentos e como doença associada é causa de morte em 8.4% da letalidade hospitalar (PrevaDiad, 2010).

1.3. Complicações associadas à Diabetes Tipo II

A diabetes tipo II é uma doença sistémica pois, afecta o funcionamento de vários os órgãos e sistemas. Esta doença apresenta complicações que são o resultado de um inadequado controlo metabólico prolongado e fraca adesão terapêutica (De Fronzo, 2009 ; Deshpande, Harris-Hayes, & Schootman, 2008; Direção Geral de Saúde, 2011; Zimmet, 2001).

Os diabéticos frequentemente padecem de complicações tardias da doença que podem ser agudas e crónicas. Entre as agudas a hipoglicemia, hiperglicemia, cetoacidose, Coma Hiperosmolar Não-Cetónico. Das crónicas, a microangiopatia, macroangiopatia, neuro, macro e microangiopatia. As crónicas podem ainda ser microvasculares, provocadas pela lesão dos pequenos vasos sanguíneos originando microangiopatia, retinopatia, nefropatia e neuropatia. A nefropatia que pode conduzir a compromisso circulatório aumentando a probabilidade de ocorrência de úlceras nos pés e amputações; a retinopatia com potencial perda de visão; neuropatia autonómica, responsável por sintomas gastrointestinais, genitourinários e cardiovasculares. Estas complicações podem ainda ser macrovasculares originadas pela lesão dos grandes vasos sanguíneos resultando em macroangiopatia, hipertensão arterial, doença coronária, acidente vascular cerebral isquémico e insuficiência venosa dos membros inferiores; resultando ainda em complicações neuro, o pé diabético e disfunção sexual (DeFronzo, 2009; Direção Geral de Saúde, 2011; Tahrani, Piga, Kennedy, & Barnett, 2010).

Ainda de salientar que a diabetes é a principal causa de perda parcial de visão e de cegueira nos adultos. Após 15 anos de evolução da doença, cerca de 2% dos diabéticos irão ficar cegos ou desenvolver algum grau de compromisso visual grave (American Diabetes Association, 2011). É ainda uma das principais causas de falência renal – cerca de 10 a 20% dos diabéticos morrerão de doença renal – e de neuropatia, que afeta mais de 50% das pessoas com diabetes. Como consequência da neuropatia podem surgir vários problemas, sendo os sintomas mais frequentes a diminuição de sensibilidade e perda de força nas mãos e nos pés, dormência e formigueiros (American Diabetes Association 2011; DeFronzo, 2009; Giugliano, Standl, Visboll, Betteridge, Bonadonna, Campbell, Schernthaner, Staels, Trichopoulou, & Farinaro, 2008).

Deste modo, torna-se fundamental prevenir e tratar precocemente as complicações da diabetes *mellitus* tipo II, devido aos níveis elevados de morbilidade e mortalidade que lhes estão subjacentes.

1.4. Tratamento

O tratamento da Diabetes *Mellitus Tipo II* exige, para além da intervenção médica, a psicoeducação do doente acerca da doença e ajustar o seu comportamento às exigências da intervenção.

Um dos objetivos do tratamento visa a manutenção dos níveis de açúcar no sangue dentro dos valores aconselhados, de modo a prevenir a descompensação aguda (hipoglicemia, cetoacidose), e evitar o aparecimento e desenvolvimento de complicações tardias, de modo a otimizar a qualidade e esperança de vida do paciente (Adolfsson, Starrin, Smide, & Wikblad, 2008; Biot & Van Royer, 2008; Clark & Hampson, 2001; Eves & Plotnikoff, 2006; Wens, Vermeire, Heaenshaw, & Lindenmeyer, 2008). Por esta razão, é importante que o diabético seja seguido por uma equipa de saúde multidisciplinar, com médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, no qual o paciente faça parte dessa equipa, desempenhando um papel ativo no seu tratamento (Direção Geral de Saúde, 2011).

O esquema terapêutico da diabetes pode ser definido através de um conjunto de comportamentos de autocuidado que integram a medicação (e.g. os antidiabéticos orais, insulina) dieta e exercício físico, automonitorização glicémica, cuidados com os pés, abstinência tabágica e redução da ingestão de álcool (Direção Geral de Saúde, 2011).

No que se refere à dieta, o diabético deve efetuar cerca de seis ou mais refeições por dia, ingerir no máximo de três em três horas; manter a ingestão diária e por refeição relativamente constante; conhecer as equivalências dos alimentos que escolhe ingerir; privilegiar o consumo de fruta e legumes, peixe e carnes magras (DGS, 2011). No referente ao exercício físico, a Organização Mundial de Saúde (2009) recomenda a prática de pelo menos 30 minutos de atividade física, todos os dias; contribuindo em particular para a perda de peso, melhoria do controlo metabólico e prevenção ou redução de complicações cardiovasculares, assim como para o bem-estar físico e psicológico (ADA, 2011; Eves et. al, 2006; Geulayov, Goral, Muhsen, Lipsitz, & Gross, 2010; WHO, 2011). No que concerne à automonitorização da glicose é de assinalar que, até há pouco tempo, a frequência de realização recomendada era diária. Apesar disso, os últimos dados da Associação Americana de Diabetes (2009) contestam a eficácia e utilidade clínica da monitorização da glicemia diária em pacientes com Diabetes *Mellitus* Tipo II que não tomam insulina. Assim, é referido que o controlo da glicemia continua a ser importante no início e em intervalos regulares enfatizando a necessidade

do doente saber interpretar os dados para ajustar o exercício, a terapia farmacológica ou a alimentação, para atingir determinados níveis de glicemia, sendo que essas competências devem ser reavaliadas periodicamente.

Para Geulayov, Goral, Muhsen, Lipsitz e Gross (2010), o tratamento da diabetes diferencia-se do tratamento de outras patologias pelas dimensões que exige, sendo condição necessária para a sua implementação o envolvimento dos fatores anteriormente mencionados (e.g. predisposição do paciente; alimentação; exercício físico; medicação; auto monitorização dos níveis de glicemia, cuidado com os pés; abstinência tabágica; redução da ingestão de álcool). Assim, a interação ajustada entre estes fatores resulta necessariamente da implementação e desenvolvimento de um plano de educação do paciente que, veicule o diabético a aprender a viver com a sua doença mantendo um quotidiano compatível com uma boa qualidade de vida.

Segundo a Direção Geral de Saúde (2009) “ Programa Nacional de Controlo para a Diabetes” o direito à educação do doente diabético sobre a sua doença e a forma de controlar foi consignado na Declaração de ST. Vicent, da qual Portugal foi um dos países subscritores, constituindo uma das armas terapêuticas na luta contra a Diabetes *Mellitus* e uma forma de eleição para a coresponsabilização do doente pelo controlo da sua doença.

O plano de tratamento deve ser individualizado, resultando dum esforço comum entre o paciente e a equipa de saúde multidisciplinar (American Diabetes Association, 2011; Direção Geral de Saúde, 2011). As mesmas entidades, enfatizam que a promoção da educação do doente diabético é uma premissa fundamental na terapêutica da diabetes, na aquisição de forma adequada de treino e informação, que facilite a compreensão dos problemas e leve o diabético a criar novos hábitos de vida. Nesse sentido, a educação estruturada permite, a curto prazo, melhorias significativas em certos parâmetros biológicos, como o valor médio das glicemias, mas principalmente da adaptação à nova situação da doença, no que diz respeito à qualidade de vida e da sua capacidade para ser ele próprio o primeiro gestor da doença como forma de obter um controlo eficaz (Adolfsson, Walker-Engsteon, & Wikblad, 2007; Bastiens, Sunaert, Wens, Bernard, Jenkins, Nobels, Snanwaert, & Van Royen, 2009; Clark et al., 2001). Os mesmos autores sublinham ainda que a educação para a saúde nestes pacientes visa, não só influenciar o comportamento de autocuidados do diabético tipo II e providenciar conhecimentos, como também influenciar as cognições de doença, de modo a que possam ser integrados na rotina diária do paciente com diabetes tipo II.

Deste modo, e de acordo com a literatura científica, pretende-se que este processo educativo seja desenhado de forma a poder autonomizar os doentes na gestão do autocuidado e autocontrolo, devendo ser capaz de modificar a sua dieta, tomar de forma adequada a medicação prescrita, ajustar a sua atividade física, efetuar a automonitorização dos níveis de glicemia, cuidados com os pés e cessação tabágica (Adolfsson et. al, 2008; Bruce, Davis, Cull, & Timothy, 2003; Direção Geral de Saúde, 2011; Trento, Passera, Borgo, Tomalino, Bajardi, & Cavallo, 2004; Wens et al., 2008).

Os programas de educação para indivíduos com diabetes têm demonstrado efeitos benéficos nas mudanças dos diversos fatores relacionados ao tratamento, nomeadamente nos resultados a curto prazo (e.g. controlo da glicemia, sintomas de hipoglicemia, colesterol, excesso de peso, hábitos de vida) na redução e progressão das complicações crónicas. Um estudo *follow-up* de 1 ano foi realizado por Chiu e colaboradores (2009) com o objetivo de avaliar o efeito da alteração dos estilos de vida, com reforço da gestão do controlo glicémico em pacientes diabéticos Tipo II. O estudo foi constituído por uma equipa de educadores certificados (e.g. médicos, enfermeiros, dietistas, psicólogos), sendo fornecida informação pertinente acerca da Diabetes e das suas complicações, alimentação, exercício físico, medicação e monitorização de controlo glicémico. Ambos os grupos tinham como linha de base, definido através do controlo analítico, Hemoglobina Glicosilada A1C 9% (controlo glicémico inadequado). Um grupo com 98 pacientes com diabetes tipo II, que completaram 4 cursos de educação no prazo de 3 meses, depois da primeira visita, foram considerados como o grupo de intervenção. Outro grupo de 81 pacientes que preenchiam os critérios de inclusão para grupo de intervenção, mas que perderam metade das sessões, foram selecionados como grupo de controlo. Os resultados demonstraram que o decréscimo de A1C foi significativamente maior no grupo de intervenção (A1C 9% para 6,8%), do que no grupo de controlo (9% para 8%), após um ano de *follow-up*. Conclui-se, portanto, que o tratamento que contempla a educação do paciente (e.g. mudança no estilo de vida, prática regular de exercício físico, controlo periódico do peso, combate ao sedentarismo, monitorização da glicemia, medicação) torna-se uma medida essencial no controlo da diabetes e na prevenção das suas complicações.

De facto, o desenvolvimento e implementação de programas de intervenção são importantes nas mudanças dos diversos fatores relacionados ao tratamento, principalmente, da adaptação à nova condição de doença. Assim, as medidas de

modificação de estilos de vida e o início programado da terapêutica farmacológica assumem um papel estruturante e central no tratamento da Diabetes Tipo II.

Sumariando, a Diabetes Tipo II sendo uma doença crónica de etiologia múltipla que acarreta diversas complicações para os indivíduos, comprometendo o bem-estar e qualidade de vida dos mesmos. A importância da medição dos níveis de hemoglobina glicosilada permite-nos distinguir a diabetes controlada de não controlada, sendo fundamental haver um controlo dos níveis de glicose no sangue de forma a evitar as consequências inerentes a esta doença.

Assim, o tratamento visa não apenas a intervenção médica mas também psicoeducativa, de forma a manter os níveis de açúcar no sangue, dentro dos valores aconselhados pela comunidade médica. Para além do acompanhamento multidisciplinar o indivíduo deve adotar um conjunto de comportamentos de autocuidados ao nível da alimentação, exercício físico, medicação e monitorização glicémica e abstinência tabágica.

Neste sentido, após a revisão da literatura relativamente à influência de variáveis psicossociais na diabetes, consideramos ser pertinente o estudo das representações da doença, conhecimentos acerca da doença e autocuidados nestes indivíduos. Isto porque as variáveis mencionadas permitem-nos ter uma visão relativa às diferenças entre os diabéticos controlados e não controlados, de forma a podermos identificar os fatores sobre os quais devemos intervir ao nível dos diabéticos não controlados e assim estabilizar os níveis de glicose no sangue, para promover uma melhor qualidade de vida e bem-estar destes pacientes.

2. Variáveis Psicológicas na Diabetes tipo II

Aquando do diagnóstico da diabetes Tipo II é exigido que o indivíduo adote um conjunto de comportamentos de autocuidado de modo a controlar a doença e, conseqüentemente, evitar as complicações vasculares inerentes. Assim, o controle glicêmico só pode ser alcançado quando os pacientes se envolvem no cumprimento das orientações terapêuticas.

Outro aspeto a ter em consideração no que concerne aos fatores psicológicos associados à diabetes refere-se às representações cognitivas da doença. Estas crenças acerca da diabetes assumem-se como um preditor determinante no processo de decisão de autogestão da diabetes. Neste sentido, a forma como a pessoa avalia a sua doença e lida com ela, estabelece-se como um suporte para a adesão terapêutica, contudo, pode também apresentar-se como uma dificuldade no processo de adaptação à doença. Assim, o tratamento será bem-sucedido se o paciente integrar a doença e alterar os seus comportamentos/ hábitos de saúde.

Para além disso, a adoção destes novos hábitos de saúde exige conhecimentos quer sobre a doença quer sobre a saúde, de tal modo que possibilite a resolução de problemas e adoção de um comportamento saudável. No entanto, muitos pacientes são incapazes de seguir o estilo de vida recomendado pelos profissionais de saúde. Assim, as exigências das ações de prática do regime terapêutico para a diabetes podem ser ou não desenvolvidas pelos diabéticos tipo II.

Este segundo ponto foca-se essencialmente nas três variáveis psicossociais alvo deste estudo: representações cognitivas, autocuidados e conhecimentos. Desta forma, serão abordados os três fatores atendendo à diferença entre aos pacientes com diabetes controlada e não controlada.

2.1 Representações Cognitivas da diabetes em pacientes controlados e não controlados

A Diabetes *Mellitus* Tipo II é uma doença crónica que emerge abruptamente sem apresentar sintomas. Habitualmente os indivíduos com patologias físicas/médicas têm a perceção da sua doença através dos sintomas que lhe estão associados, tal não acontece com a Diabetes Tipo II. Assim, e perante o diagnóstico da doença, o paciente diabético mobiliza um conjunto de representações sociais que constituem muitas vezes crenças

infundadas sobre a doença. Estas poderão repercutir-se no envolvimento do paciente no controlo da doença e conseqüentemente no prognóstico da mesma.

A literatura científica é consensual em considerar que as crenças ou representações da doença têm impacto significativo no comportamento do paciente. As representações de doença são definidas como as crenças implícitas do senso comum que o paciente tem sobre a sua doença (Leventhal, Safen, & Panagis, 1997).

Segundo Horne (1998), as representações de doença proporcionam aos pacientes um apoio de um esquema que ajuda a implementar estratégias de *coping* para lidar com a doença e fornecer-lhes informação sobre o que devem ter em atenção (autocuidados) no caso de serem diagnosticados. Neste sentido, as representações da doença influenciam o ajustamento do paciente face à doença uma vez que têm impacto no *coping* e autoavaliação, na medida em que as crenças que atribuem sentido à doença possibilitam a perceção e compreensão dos sintomas que lhes estão associados (Horne, 1998). Para o autor, as representações ajustadas acerca da doença determinam um comportamento do paciente que possibilita uma intervenção bem-sucedida. Assim, a ciência tem evoluído no sentido de criar modelos de comportamento que permitam induzir a representação cognitiva da doença por parte do paciente. Esta representação cognitiva tem como consequência um determinado comportamento de *coping*.

Leventhal e colaboradores (1983) elaboraram o modelo de Autoregulação da Doença, que apresenta uma visão dinâmica em que as crenças individuais referentes à saúde/doença e as respostas face às ameaças de doenças estão em permanente interação, de tal modo que as cognições do paciente acerca dos sintomas assim como a interpretação que deles fazem, funcionam como elementos mediadores das respostas comportamentais. Os autores sublinham que as crenças que o doente tem acerca dos sinais e sintomas, bem como a sua interpretação, medeiam as respostas comportamentais perante a ameaça à sua saúde (Leventhal & Diefenbach, 2003; Leventhal & Crouch, 1997; Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Camerón, & Buick, 2002; Ogden, 2004; Searle, Norman, Thompson, & Vedhara, 2007; Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 2006). Assim, o modo como as pessoas concetualizam a patologia e organizam os seus pensamentos sob a forma de dimensões cognitivas vai ditar o modelo de doença da própria pessoa, e conseqüentemente determinar o modo como age (Leventhal et. al, 1983; Leventhal & Diefenbach, 2003; Leventhal, Musumeci & Leventhal, 2006; Ogden, 2004). Para os autores estas representações de doença constituem um esquema para a construção de significados sobre os sintomas, para a

avaliação do risco destes para a saúde, e mesmo para o envolvimento no processo de recuperação da doença.

O modelo teórico de Leventhal assume que perante um dado problema ou uma mudança de estado, o indivíduo fica motivado para a sua resolução de forma a retomar o seu estado de normalidade ou equilíbrio (Bishop, 1994; Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006; Horne, 1998; Leventhal et al. 1983; Leventhal et al., 2006; Petrie, Weinman, Sharpe, & Buckley, 1996; Ogden, 2004). Este modelo centra-se essencialmente no facto de associar o conceito de cognição da doença com técnicas de resolução de problemas. Deste modo, o paciente é visto como elemento ativo no processamento de informação sobre a doença e consequentemente no modo como reage emocionalmente e se comporta no sentido de resolver o problema.

O Modelo de Autoregulação de Leventhal pressupõe a existência de 5 dimensões nas representações da doença: a dimensão *Identidade* permite através da atribuição de rótulos abstratos identificar a presença ou ausência de doença relacionando os sintomas com a sua condição física; as *Causas* referem-se às cognições do paciente acerca das causas prováveis da sua doença (e.g. fatores biológicos ou psicossociais); a *Duração* (dimensão temporal), refere-se às cognições sobre a duração e evolução da doença provável dos seus problemas de saúde, podendo ser representada como aguda ou crónica; as *Consequências* refletem o modo como o indivíduo representa o impacto da doença na sua vida; e por fim, a dimensão *Cura/controlo* refere-se às crenças do paciente face à possibilidade de cura e controlo da doença (Broadbent et al., 2006; Leventhal et al., 1983; Leventhal et al., 2006; Maes & Karoly, 2005; Ogden, 2004).

Segundo este modelo estas dimensões dão origem a diferentes respostas uma vez que ao construir a sua própria representação da doença, o paciente vai estruturar a sua resposta e consequentemente comportamento a cada dimensão. Ora, as cognições levam à construção de expectativas que por sua vez irão influenciar a mudança de comportamento levando à adesão ou rejeição da terapêutica prescrita. Esta resposta do indivíduo ao tratamento (e.g. cognitiva, emocional e comportamental) é profundamente influenciada pelo seu autoconceito pois resulta das expectativas do sujeito face às suas competências da resolução de problemas (Hampson, 1998; Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984; Moss- Morris et al. 2002; Petrie, Weinman, Sharpe, & Buckley, 1996; Searle et al., 2007; Ogden, 2004).

Uma meta-análise realizada por Haggen e Orbell (2003) demonstrou que as crenças pessoais ajustadas (e.g. controlo pessoal; coerência de doença; duração

aguda/crónica) parecem assumir um papel protetor, uma vez que estão associadas a um maior envolvimento em comportamentos saudáveis, menor relato de sintomas e maior recuperação, adotando estratégias de *coping* focado no problema. Por outro lado, indivíduos com representações com uma forte identidade na doença e percecionando como uma consequência severa para a sua vida, tendiam a adotar estratégias de *coping* de evitamento/negação.

A promoção do ajustamento psicológico dos pacientes diabéticos exige que estes assumam um papel ativo face à doença. Estes doentes devem ser capazes de reconhecer e exprimir as suas emoções de tal modo que lhes seja possível assumir o controlo das suas vidas, envolverem-se na autogestão da doença de modo a alcançarem resultados positivos (Gonder- Frederick, Cox, & Ritterband, 2002; Jayne & Rankin, 2001; Lange & Piette, 2005; Leventhal & Diefenbach, 2003; Ogden, 2004; Ridder, Geener, Kniger, & Middendorp, 2008). Neste processo, a representação cognitiva que possuem acerca da diabetes assume um papel fundamental. O modo como o doente representa os sintomas da diabetes tem um impacto significativo no modo como fará a autogestão da doença (Lange et al., 2005).

Após o diagnóstico médico de uma doença crónica, como a diabetes, os pacientes são confrontados com novas situações que desafiam as habituais estratégias de *coping*. Deste modo devem encontrar formas de lidar e de se adaptarem à sua nova condição e encontrando um equilíbrio saudável face à doença (Broadbent et al., 2006; Jayne & Rankin, 2005; Lange et al., 2005). Todavia, a adoção de determinados comportamentos pode ser influenciada por diversos fatores de natureza sociodemográfica (género, nível socioeconómico e educacional, número de elementos do agregado familiar, acesso a cuidados de saúde), fatores de natureza situacional (influencia interpessoal dos pares e família), fatores de natureza psicológica (emocionais e cognitivos) e fatores relacionados com a perceção dos sintomas (Leventhal et al., 2003; Leventhal et al., 2006; Ogden, 2004; Petrie & Weinman, 1997).

Para Lange e Piette (2005) a maioria dos pacientes diabéticos conseguem atingir um bom ajuste psicológico. No entanto diferentes estudos (e.g. Broadbent, Petrie, Ridden, Roeline, & Middendorp, 2008; Jayne et al., 2001; Searle et al., 2007) revelam que para um número considerável de pacientes, a fase de ajustamento à doença é longa e sem êxito.

A gestão da Diabetes *Mellitus* Tipo II caracteriza-se pela responsabilização do paciente no uso dos medicamentos assim como nas mudanças a implementar no estilo

de vida. A adesão terapêutica assume assim um papel fundamental nestes doentes, sendo que esta, tal como apontado anteriormente é influenciada pelas representações cognitivas da Diabetes.

Um estudo realizado por Vazão (2008) teve como objetivo analisar a associação entre as representações de doença associadas à adesão terapêutica na diabetes tipo II. Os resultados evidenciaram que uma representação mais negativa das consequências se associa a uma maior adesão aos cuidados com os pés e a menor adesão à monitorização glicémica (que pode ser explicada pelas estratégias de evitamento). Verificou-se que uma maior crença de controlo pessoal (autoeficácia) se associava a adesão à alimentação específica recomendada pelos profissionais de saúde. Os resultados demonstraram ainda que uma representação mais crónica da doença parece melhorar a adesão à terapêutica oral e adesão à dieta. Neste estudo, as causas apontadas pelos pacientes para o aparecimento da diabetes foram os fatores hereditários e os hábitos de vida. O estudo também analisou a relação entre as representações da doença e os valores de hemoglobina glicosilada. A autora constatou que uma maior identidade com a doença parece associar-se a valores mais elevados de hemoglobina glicosilada (A1C). O controlo pessoal parece estar associado à autoeficácia e a valores mais baixos de Hemoglobina Glicosilada, enquanto na representação de controlo de tratamento parece estar associada a valores mais elevados. A autora conclui ainda que uma maior percepção das consequências e da cronicidade aparece associada a valores glicémicos desaconselhados e, conseqüentemente, maior relato de complicações inerentes à doença (e.g. retinopatia, neuropatia).

A ciência evidencia que o envolvimento do paciente na diabetes tipo II (avaliado pela A1C) no seu controlo glicémico, é condição fundamental para melhorar os resultados quer na prevenção quer na progressão da morbilidade e mortalidade (American Diabetes Association, 2011; Direção Geral de Saúde, 2011; Garcia, 2011; Hinzmann; 2012; Hinzman et al, 2012; Kumoravel et al., 2012; Silverman et al., 2011; Sierra et al., 2010). Diretrizes Internacionais recomendam que os níveis de A1C não devem ultrapassar 7%. Para tal é necessário o envolvimento do paciente no controlo glicémico de modo a que cumpra o tratamento desencadeando comportamento de autoregulação, o que pressupõe uma mudança significativa no estilo de vida (e.g. dieta, exercício físico) assim como o investimento pessoal na autogestão de competências (e.g. medicação).

A evidência empírica parece demonstrar que existem diferenças ao nível das representações cognitivas nos pacientes com diabetes controlada e pacientes com diabetes não controlada. Neste sentido, muitos pacientes apresentam elevada dificuldade de adaptação, autoregulação e conseqüentemente a adoção de comportamentos de adesão à terapêutica, facto que não permite atingir as metas glicémicas recomendadas pelos profissionais de saúde (Broadbent et al., 2006; Direção Geral de Saúde, 2011; Lange et al., 2005; Hale et al., 2007; PrevaDiad, 2011; Silva, 2006; Searle et al., 2007).

A abordagem psicológica que visa compreender estas dificuldades de adaptação na diabetes tipo II, remete para o estudo das crenças subjacentes ao comportamento, tal como é preconizado pelo modelo de Autoregulação de Leventhal (Broadbent, Petrie & Weinman, 2006; Jayne & Rankin, 2001; Lange & Piette, 2005; Leventhal et. al, 2006; Searle, Norman, Thompson, & Vedhara, 2007). Esta abordagem, tal como abordado anteriormente, enfatiza que os indivíduos formam as suas próprias crenças ou percepções, assumindo um papel ativo no processamento de informação, e que perante uma ameaça à saúde, elaboram representações da doença, reagindo emocionalmente à mesma, produzindo conseqüentemente um impacto significativo na resposta e evolução na diabetes tipo II (Broadbent et al., 2006; Horne, 1996, Leventhal et al., 1996; Ogden 2004).

Um estudo com pacientes portadores de diabetes tipo II realizado por Smith (2001; cit. in Keogh, 2007) em que o público-alvo era constituído por diabéticos controlados e não controlados demonstrou que os indivíduos com níveis considerados não controlados referiam que a doença tinha um impacto negativo nas suas vidas muito significativo. Apresentavam como crença referente à causa da doença fatores hereditários (biológicos), crença essa que desenvolvia a sensação de inevitabilidade e conseqüentemente menor percepção da importância do seu papel ativo no controlo da doença. Reportavam ainda ser portadores de uma maior intensidade de sintomas de hiperglicemia (e.g. fadiga, visão turva, feridas ou infeções nos pés, disfunção erétil) e mais emoções negativas (e.g humor deprimido, zangado, assustado). Por outro lado, os indivíduos com um bom controlo glicémico desenvolveram cognições de controlo pessoal sobre a doença, menor relato de intensidade de sintomas, menor preocupação face à doença, maior expressão de emoções positivas e conseqüentemente aderiram facilmente à dieta, exercício físico e medicação.

De facto, as crenças que o indivíduo constrói acerca da Diabetes Tipo II têm um importante papel a desempenhar no ajustamento à Diabetes Tipo II, uma vez que irão

determinar o comportamento e as respostas do indivíduo em relação ao tratamento. Deste modo, constata-se que a representação cognitiva que o doente tem dos sintomas, das causas da diabetes, da duração e consequências da doença, bem como as crenças que possui acerca do seu tratamento e da possibilidade de controlo, parecem ser fundamentais para a compreensão do processo de adesão aos autocuidados da diabetes. Verifica-se também que pacientes diabéticos com diferentes valores de hemoglobina glicosilada (e.g. controlados e não controlados) parecem responder de forma distinta a nível cognitivo, emocional e comportamental à Diabetes.

2.2 Autocuidados na Diabetes tipo II: diferenças entre diabéticos controlados e não controlados

O conceito de autocuidado é definido como o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam para seu benefício de modo a manter a vida, a saúde e o bem-estar (Pagé, Ganiépy, Béland, Badawi, & Schmitz, 2012). A ação do autocuidado é a capacidade humana de conseguir incorporar e executar as práticas de autocuidado prescritas, para a condição diagnosticada, visando controlá-la ou mantê-la dentro dos limites aconselhados (Orem, 1993, cit in Fick, 2006). Segundo estes autores, quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento humano.

Na Diabetes Tipo II impõe-se que o paciente tenha a capacidade de adotar um regime de tratamento, que tem como objetivo principal a aquisição e cumprimento de um conjunto de comportamentos de autocuidado, de modo a que os valores de açúcar no sangue se mantenham dentro dos parâmetros normais aconselhados.

O modelo teórico que permite explicar a medida em que o comportamento do paciente (e.g. seguir o regime dietético; toma da medicação; ou outras mudanças no seu estilo de vida) coincide com as recomendações médicas é o Modelo Desenvolvimental de Adesão ao Tratamento de Kristeller e Rodin, (1984). Este modelo considera três estádios: o primeiro estádio, é designado a fase inicial “compliance” em que a pessoa concorda com o tratamento; o segundo estádio corresponde à fase em que o paciente prossegue com o tratamento que aceitou na fase inicial, mas com uma supervisão mais reduzida, podendo ser visto como uma transição para o autocuidado, em que o paciente tem de lidar com os obstáculos que possam surgir e ameaçar o cumprimento do tratamento; e por fim, o terceiro estádio correspondente à manutenção ou persistência

do comportamento de autocuidado, em que a pessoa tem a capacidade de manter o tratamento integrando-o nos seus hábitos e estilo de vida. De acordo Pais-Ribeiro, (1998) este modelo pressupõe que a adesão consiste num *continuum*, cuja meta é o cumprimento do tratamento de forma autónoma por parte do paciente.

Os autocuidados na Diabetes Tipo II requerem a colaboração ativa do indivíduo na adaptação à doença e englobam um conjunto de comportamentos especializados para gerir a própria doença, que envolve o uso de fármacos (antidiabéticos orais, sulfonilureias, biguanidas, injetáveis e a insulina) associado a mudanças dos hábitos alimentares e de vida (automonitorização da glicose, cuidado com os pés, a dieta, o exercício físico, a medicação e controlo do consumo de álcool e abstinência tabágica) (American Diabetes Association, 2011; Hill- Briggs, Gary, Bone, Hill, Levine & Bracarti, 2005; Ogden, 2004; Siebolds, Gaedeke, & Schiwedes, 2006; Tonstad, 2009; Voorham, Haajer, Wolffenbuttel, Stolk, & Denning, 2011).

Como referido ao longo do estudo, as Diretrizes Internacionais recomendam que os níveis de Hemoglobina Glicosilada (A1C) não ultrapassem 7%, de modo evitar as complicações inerentes da doença. Este controlo só pode ser alcançado quando os pacientes se envolvem no cumprimento das orientações terapêuticas e nas ações de autocuidado que o tratamento exige (American Diabetes Association, 2011; Direção Geral de Saúde, 2011; Jordan & Jordan, 2010; Raun, Kramer, Ruter, Rothenbacher, & Roseman, 2012; Smith, Pagé, Ganiépy, Béland, Badawi, & Schmitz, 2012; Song & Lipmant, 2008). No entanto, muitos pacientes são incapazes de seguir o estilo de vida recomendado. Assim, as exigências das ações de prática do regime terapêutico para a diabetes podem ser ou não desenvolvidas pelos diabéticos tipo II.

A literatura científica tem demonstrado que os indivíduos que aderem às recomendações terapêuticas de autocuidado têm um papel ativo e colaborante na implementação do regime terapêutico, facto que permite manterem-se controlados e dentro dos parâmetros estabelecidos pelas responsáveis entidades científicas (American Diabetes Association, 2011; Davies & Srinivasen, 2006; DGS, 2011; Hill- Briggs et. al, 2005; Minet, Moller, Vach, Wagner, Henriksen, 2010; Raun et al., 2012; Smith et al., 2012; Siebolds et al., 2006; Tonstad, 2009). Por outro lado, os diabéticos com a diabetes mal controlada manifestam incapacidade para gerir de forma eficaz o regime terapêutico proposto, facto que os torna mais propensos ao aparecimento de complicações relacionadas com a Diabetes Tipo II, traduzindo-se numa fraca adesão terapêutica e conseqüente agravamento do estado de saúde (Hartz, Kent, James, Xu, Kelly & Daly,

2006; Jordan & Jordan, 2010; Raun et al., 2012; Smith et al., 2012; Song & Lipmant, 2008).

A revisão da literatura permite verificar que à semelhança do que sucede com as doenças crónicas em geral, também em relação à diabetes tipo II os dados apontam para uma falta de adesão generalizada aos diferentes componentes de tratamento e, conseqüentemente, constituírem um grupo amplo e assustadoramente não aderente.

O autocuidado tem como objetivo principal alcançar as metas estabelecidas pelas diretrizes científicas no controlo da diabetes Tipo II. Todavia um número considerável de pacientes diabéticos não se envolve em comportamentos de autocuidados de modo a otimizar o seu controlo glicémico (Hartz et al., 2006; Jordan et al., 2010; Song et al., 2008). Dada a sua causa multifatorial, são também vários os conjuntos de fatores que lhe têm vindo a ser associados à não adesão terapêutica, como as características dos pacientes, tais como o nível educacional, a idade, o género, apoio familiar, as crenças do paciente face à doença e respetivo tratamento, e a perceção de autoeficácia na realização dos autocuidados; as características da doença e fatores de tratamento, como a gravidade e sintomatologia percebida e a perceção de autoeficácia na realização dos autocuidados (Bonds et al., 2004; Hartz et al., 2006; Jordan et al., 2010, Raun et al., 2012; Smith et al., 2012; Silva, 2006).

A investigação científica e a prática clínica têm conduzido a resultados quanto à diferença de autocuidados em diabéticos tipo II controlados e não controlados. Um estudo com pacientes portadores de diabetes tipo II realizado por Hartz e colaboradores (2006) constituído por diabéticos controlados ($A1C < 7\%$) e não controlados ($A1C > 8\%$) demonstrou que os diabéticos controlados apresentaram um comportamento adequado em relação à dieta, medicação, auto monitorização glicémica, abstinência tabágica, menor consumo de álcool e conseqüentemente um menor relato de complicações associadas à diabetes. Por outro lado, os diabéticos não controlados apresentaram excesso de peso, menor envolvimento de adesão à dieta, medicação, cuidados com os pés e maior consumo de álcool. Conseqüentemente, estes últimos apresentaram complicações associadas à diabetes, como a neuropatia, nefropatia, artropatia de *Charcot*, disfunção sexual e reportaram ainda uma maior intensidade de prescrição medicamentosa. No entanto, entre os grupos não se verificaram diferenças em relação ao sexo, idade e duração da diabetes. Os resultados evidenciam que existem diferenças significativas em relação aos comportamentos de autocuidado em pacientes diabéticos controlados e pacientes diabéticos não controlados.

Um outro estudo mais recente, foi realizado por Jordan e Jordan (2010) cujo objetivo consistiu em avaliar o comportamento de autocuidados em diabéticos tipo II pela faixa etária. Os resultados demonstraram que os pacientes com idade inferior a 65 anos se envolviam com menor frequência em comportamentos de autocuidados convencionais (e.g. tomar a medicação, adotar uma dieta saudável, cuidar dos pés, pratica do exercício físico, monitorização) do que os pacientes com idade superior a 65 anos. Para os autores, os resultados sugerem que os pacientes com idade inferior a 65 anos têm um risco acrescido de desenvolverem complicações e/ou comorbilidades relacionadas com a doença, que consequentemente poderá traduzir-se numa maior intensificação de tratamento em anos posteriores, de modo a controlar a doença.

De facto, o controlo glicémico só pode ser alcançado quando os pacientes diabéticos se envolvem com maior frequência em comportamentos de autocuidados recomendados pelos profissionais de saúde. A não adesão aparece associada a uma menor realização de comportamentos de autocuidado, menor controlo da doença, ao risco do desenvolvimento das complicações inerentes à doença, refletindo-se no aumento dos níveis de Hemoglobina Glicosilada (A1C).

2.3. Conhecimentos acerca da doença em diabéticos controlados e não controlados

Quando é diagnosticada uma doença exige-se que o indivíduo interiorize competências que lhe possibilitem adotar um comportamento adequado e lidar de modo ajustado quer com os sintomas, quer com as limitações que daí possam resultar. Ora, muitos doentes aprendem rapidamente a reagir à doença adquirindo novos hábitos de vida de saúde, de modo a integrar esta nova condição na sua vida.

Martinez, Locaíza, Aguilar, Navarro e Flores (2008) afirmam que para que tal aconteça, a adoção de novos hábitos de saúde exige conhecimentos quer sobre a doença quer sobre a saúde, de tal modo que possibilite a resolução de problemas e adoção de um comportamento saudável.

A Organização Mundial de Saúde (2008) preconiza que a prevenção e educação para a saúde exige que seja contemplado o conhecimento como uma área de intervenção. Para tal, é necessário fornecer a informação adequada sobre a doença de modo a possibilitar que o paciente tome as decisões que se impõem sobre a sua saúde.

Para as mesmas entidades responsáveis é este conhecimento que irá permitir ao paciente enfrentar as dificuldades em manter/desenvolver em relação aos técnicos de saúde. É o conhecimento que irá possibilitar ao paciente participar de modo ativo e autônomo na tomada de decisões sobre a sua saúde (Al-Qazaz, Harsali, Shafie, Sulaiman, & Sunhan, 2011; Ardena, Paz-Pacheco, Jimeno, Lang, Paterno, & Juban, 2010; Fontinele, Peres, Nascimento, & Boni, 2007; Heisler, Piette, Spencer, & Kieffer, 2005; Martinez, Locriza, Aguilar, Navarro & Flores, 2008; Negarandeh, Mahmoodi, Noktehdan, Heshmat, & Shakibazadeh, 2012; Pace, Vigo, Calini, & Fernandes, 2006; Panja, Starr, & Collera, 2005; Persell, Keating, Landum, Ayaniar, Borbas, & Guadagnoli, 2004; Roberto, Enrique, Germán, & Rosa, 2008; Saldana, Martinez, Lopez- Vásquez & Ponce-Rosas, 2007). Deste modo, é fundamental que o diabético possa fazer a autogestão da sua doença no tratamento. Assim, só a educação irá possibilitar o domínio e gestão de três elementos fundamentais, a saber: alimentação, exercício físico e medicação.

Bains e Egede (2011) referem que a alteração do comportamento e estilo de vida é determinante para o controlo da diabetes, assim a educação do paciente tem impacto direto no tratamento dos sintomas e prevenção das complicações que lhe estão associadas, permitindo ao diabético integrar a doença na sua vida e manter um equilíbrio saudável.

A gestão desta patologia é considerada ideal quando, para além da satisfação e bem-estar do diabético, o controlo da glicose no sangue apresenta níveis aceitáveis e não existem sinais de complicações (Al-Qazaz et al., 2011; Egede et al, 2011; Grilo, 2003; Martinez et al., 2008; Panja et al, 2005; Saldana et al., 2007). No entanto, e de acordo com evidência científica os diabéticos com conhecimento acerca da doença apresentam baixos níveis de controlo glicémico (e.g. controlo inadequado de Hemoglobina Glicosilada) sendo, nestes casos, importante investigar as suas capacidades de autogestão e crenças (Ardena et.al, 2010; Bains & Egede, 2011; Persell et al, 2004). Assim, embora o conhecimento relacionado com a tríade terapêutica (dieta, medicação e exercício físico) e com a monitorização da glicose sejam importantes para a autogestão da diabetes, este, por si só, não é um preditor de adesão que garanta as mudanças nos comportamentos ou uma efetiva autogestão da doença de modo a manter os valores glicémicos dentro dos parâmetros estabelecidos pela comunidade científica (Avilés et al, 2007; Chan et al., 1999; Heisler et al., 2005; Martinez et al., 2008; Silva, 2006).

Um estudo desenvolvido em Portugal por Grilo (2003) analisou o nível de conhecimentos e a sua relação com adesão terapêutica. O grupo de diabéticos apresentava valores de glicemia (Hemoglobina Glicosilada) superiores aos aconselhados pela comunidade médica. Os resultados demonstram que os diabéticos evidenciaram bons conhecimentos sobre a doença. Os níveis de conhecimento foram mais elevados nas dimensões tratamento, duração e controlo, no entanto evidenciaram maior desconhecimento nas dimensões identidade e causas da doença. A autora constatou que as características dos pacientes, nomeadamente os fatores sociodemográficos, como o sexo e a idade parecem exercer influência no conhecimento e a adesão aos autocuidados. As mulheres demonstraram mais desconhecimento acerca da diabetes e a faixa etária mais avançada apresentou maior conhecimento acerca da diabetes. Os resultados deste estudo com pacientes diabéticos portugueses sugerem, assim, a existência de uma enorme extensão entre aquilo que os pacientes são ensinados a fazer e o que realmente fazem. Os dados que os diabéticos possuem revelam conhecimento factual da doença, mas não demonstram capacidade para aderir quando se trata de aplicar esse conhecimento nos seus hábitos diários, apresentando consequentemente valores glicémicos contra indicados pela comunidade médica.

Pelos dados acima escritos, podemos concluir embora a adesão das pessoas com diabetes aos conselhos médicos dependa da informação que é veiculada por estes, o conhecimento sobre a doença não é um preditor de adesão. Assim, o conhecimento e as competências são condições necessárias mas não suficientes para garantir a adesão aos autocuidados da diabetes (Hirschberg, 2001; cit in Silva, 2006).

Sumariando, a literatura científica estabelece precisamente a relação entre representações da doença, conhecimentos acerca da doença e autocuidados. Assim, e consoante a literatura, os pacientes com a diabetes não controlada são aqueles que apresentam um conjunto de representações sobre o impacto da doença na sua vida, muito negativas. Acreditam que a doença resulta de fatores hereditários, logo o seu comportamento não terá impacto na evolução da doença. Esta crença constitui um fator

determinante impeditivo da gestão adequada da doença. Pois, a crença na inevitabilidade da doença dificulta a adesão terapêutica. Estes pacientes acreditam, ainda, que a doença tem um impacto negativo nas suas vidas, sendo portadores de uma maior intensidade de sintomas de hiperglicemia e, conseqüentemente, expressam mais emoções negativas. Já os pacientes com diabetes controlada apresentam representações sobre a doença em que não está presente a crença na inevitabilidade pois desenvolvem cognições de controlo pessoal sobre a doença e expressão de emoções positivas. Deste modo, adotam um papel ativo de adesão a dieta prescrita, ao exercício físico e medicação. Assim, aderem aos autocuidados fundamentais para o controlo da Diabetes Tipo II.

A adesão aos autocuidados não é consequência dos conhecimentos relacionado com a doença, uma vez que todos os diabéticos tipo II têm conhecimento da necessidade de implementar a Tríade Terapêutica (dieta, exercício físico e medicação), no entanto, a adesão do paciente resulta não só do conhecimento que possui sobre a doença, mas das crenças desenvolvidas sobre a sua efetiva capacidade de intervir e controlar o seu próprio estado de saúde. Aqueles que acreditam que a mudança de hábitos de vida não tem impacto nas suas características genéticas e que estas são as causas da doença, irão apresentar menores níveis de adesão ao tratamento.

Em suma, se um doente portador de Diabetes *Mellitus* Tipo II possui representações e crenças sobre a doença que contemplam o impacto do seu comportamento na evolução da doença, o seu papel será ativo, colaborante dando lugar a uma maior adesão ao tratamento e autogestão dos autocuidados inerentes à doença, facto que permite atingir as metas glicémicas recomendadas pelos profissionais de saúde. Já o doente cuja representação da doença contém a crença na inevitabilidade, negando a relação direta entre o comportamento e a emergência dos sintomas irá apresentar menor adesão ao tratamento.

II Parte
Investigação Empírica

II Parte: Investigação Empírica

Ao longo da segunda parte desta investigação será apresentada a metodologia do estudo, serão apresentados os resultados, a discussão dos mesmos bem como uma conclusão sobre todo o trabalho, focando as limitações deste e sugestões para estudos futuros.

1. Metodologia

Neste ponto é descrita a metodologia utilizada ao longo desta investigação. Inicialmente são referenciados os objetivos e o *design* do estudo, as variáveis estudadas e os procedimentos de recolha de dados. Segue-se a descrição da amostra e a sua caracterização sociodemográfica e clínica, bem como os instrumentos utilizados. Por fim, descrevem-se os métodos estatísticos utilizados.

1. 1. Objetivos e *design* do estudo

Tendo por base a revisão da literatura efetuada acerca da Diabetes Tipo II, especificamente no domínio da adesão terapêutica em pacientes com a diabetes controlada e diabetes não controlada, foi formulada a seguinte questão de investigação: haverá diferenças ao nível das representações cognitivas da diabetes, conhecimentos acerca da doença e autocuidados em pacientes diabéticos controlados e utentes diabéticos não controlados? A partir da formulação desta questão e identificando o problema da investigação a ser explorado neste trabalho, definiram-se os seguintes objetivos: i) caracterizar o grupo de diabéticos controlados e o grupo de diabéticos não controlados nas diferentes variáveis estudadas; ii) analisar a associação entre os conhecimentos acerca da doença, as crenças e os autocuidados nos grupos de diabéticos;iii) estudar as diferenças ao nível das variáveis sociodemográficas e clínicas entre o grupo de diabéticos controlados e não controlados iv) contribuir com informação pertinente para o desenvolvimento de futuros programas de intervenção em grupo ajustados às necessidades específicas destes utentes.

No que se refere ao *design* do estudo, este assenta numa abordagem quantitativa de natureza observacional, descritivo, com comparação de grupos. É um estudo transversal, dado que a avaliação foi recolhida num único momento.

1.2.Variáveis em estudo

As variáveis estudadas no presente estudo podem agrupar-se em *variáveis psicossociais* (conhecimentos sobre a doença, representações cognitivas acerca da doença – identidade, causas, duração, consequências, tratamento- e autocuidados); *variáveis clínicas* (valor da Hemoglobina Glicosilada -A1C; cronicidade da doença; peso e altura; medicação; acompanhamento psicológico e psiquiátrico; apoio familiar; doenças médicas; história familiar de diabetes); e *variáveis sociodemográficas* (idade; género; estado civil; área de residência; com quem vive; estatuto profissional; profissão)

1.3.Procedimento de recolha de dados

Previamente à implementação do estudo no Centro de Saúde Prof. Arnaldo Sampaio, USF São Nicolau, em Guimarães, foi solicitada autorização à Comissão de Ética ARS Norte. Obtida a autorização pela Comissão de Ética da ARS Norte, foi também solicitada uma reunião com a Diretora de Serviço da Unidade Saúde Familiar S. Nicolau para a apresentação do estudo, salientando a importância de aceder ao registo médico dos utentes diabéticos Tipo II, nomeadamente os valores da Hemoglobina Glicosilada (marcador biológico), para se proceder à distribuição dos participantes pelos grupos (70 pacientes com diabetes controlada e 70 pacientes com diabetes não controlada).

Seguidamente, foi solicitada autorização para a utilização dos instrumentos de avaliação, contactando os autores das escalas.

O processo de recolha de dados teve subjacente o cumprimento de requisitos éticos e deontológicos, através do fornecimento de toda a informação acerca da natureza da investigação, como forma de garantir uma participação livre e informada dos participantes e de todos os sujeitos envolvidos. Posteriormente, foi pedida a colaboração voluntária dos participantes por escrito, com a informação pormenorizada acerca do âmbito e finalidade do estudo em questão, acerca da confidencialidade dos dados e do carácter voluntário da participação, de acordo com os critérios éticos da *American*

Psychological Association (APA). Os participantes foram informados que os dados destinam-se a tratamento estatístico no seu conjunto, assim como o potencial contributo da investigação para a produção científica.

Este processo decorreu em contexto clínico, num ambiente com gabinete específico para reuniões, em que os questionários foram distribuídos e recolhidos pelo autor da investigação, entre Agosto e Dezembro de 2012.

1.4. Amostra

Para o desenvolvimento da investigação recorreu-se a uma amostra constituída por 140 utentes Diabéticos Tipo II do Centro de Saúde Professor Arnaldo Sampaio, Unidade Saúde Familiar São Nicolau em Guimarães. No que diz respeito aos critérios de exclusão foram considerados a idade inferior a 18 anos, sem patologia oncológica associada ou outra doença em fase aguda e diabetes gestacional.

1.4.1. Caraterização sociodemográfica e clínica da amostra

Da análise da amostra em estudo, como podemos constatar na tabela 1 verificou-se que os sujeitos têm idade compreendida entre os 40 e 85 anos, com uma média de 63 anos (DP 9,03), sendo a maioria do sexo feminino (51,4%). Para além disso verifica-se que 104 utentes são casados (74,3%, 21 são viúvos 815%), 9 são solteiros (6,4%), 5 são divorciados (3,6%) e apenas 1 está casado pela união de facto (0,7%). A maioria dos sujeitos vive com o(a) companheiro(a) (58,6%), 27 vivem com a família restrita ou alargada (19,3%), outros 27 vivem sozinhos (19,3%) e apenas 4 residem num lar (2,6%), sendo que a maior parte destes tem filhos (93,6%). Acrescenta-se que 129 dos sujeitos residem no meio urbano (92,1%). No que se refere às habilitações literárias, 5 utentes têm o ensino primário incompleto (3,6%), 100o ensino primário (71,4%), 11 o 6ºano (7,9%), outros 11 o 9º ano (7,9%), 9 o 12ºano (6,4%) e 4 o ensino superior (2,9%). Por último, 82 utentes referem que têm apoio familiar (58%), sendo que os restantes 58 (41,4%) mencionam não receber qualquer apoio por parte da família.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra total (N=140)

	n	%	Média	DP	Mín Max
Variáveis Sociodemográficas					
Sexo					
Masculino	68	48,6			
Feminino	72	51,4			
Idade					
			63	9,03	40 85
Grupo					
Controlado	70	50,0			
Não Controlado	70	50,0			
Área de Residência					
Rural	11	7,9			
Urbano	129	92,1			
Estado Civil					
Solteiro	9	6,4			
Casado	104	74,3			
Divorciado	5	0,7			
União de Facto	1	3,6			
Viúvo	21	15,0			
Escolaridade					
Primeiro ciclo incompleto	5	3,6			
Primeiro ciclo	100	71,4			
Segundo ciclo	11	7,9			
Terceiro ciclo	11	7,9			
Ensino Secundário	9	6,4			
Bacharelato/Licenciatura	4	2,9			
Agregado Familiar					
Cônjuge/companheiro(a)	82	58,6			
Família restrita	26	18,6			
Família alargada	1	0,7			
Sozinho(a)	27	19,3			
Num lar	4	2,9			
Filhos					
Sim	131	93,6			
Não	9	6,4			
Suporte familiar					
Sim	82	58,6			
Não	58	41,4			

Relativamente às variáveis clínicas, da análise da tabela 2 constatamos que a média de peso dos participantes é de 77,63Kg (DP 13,23), sendo o mínimo 53Kg e o máximo 120Kg, e a média de altura é 1,63m (DP 0,08) situam-se os sujeitos entre 1,48m e 1,89m. No que concerne ao Índice de Massa Corporal (IMC) obteve-se uma média de 29,13%, com valores situados entre 21,2 e 46,9. Assim, relativamente às categorias tendo em conta o IMC, verificamos que 23 dos sujeitos tem um peso normal (16,4%), 56 excesso de peso (40,0%), 50 obesidade Leve (Grau I) (35,7%), 10 obesidade severa (Grau II) (7,1%) e 1 obesidade mórbida (Grau III) (0,7%)(gráfico 1).

No que diz respeito à Hemoglobina Glicosilada (marcador biológico) encontram-se valores situados entre 5,3 e 12,2, sendo que metade dos utentes apresentam valores considerados normais (diabético controlado), sendo a média de 7,78 (DP 1,963). No que respeita à cronicidade da doença os valores situam-se entre 1 e 28 anos de diagnóstico da doença, sendo que a média do número de anos da doença é de 8 (DP 5,09). Para além disso, a idade de diagnóstico de diabetes ronda os 54 anos (DP 8,543). Apenas 14 dos utentes são seguidos em consulta de Psiquiatria e Psicologia. Para além disso, dos 140 utentes, 137 tomam medicação. Relativamente às complicações associadas à diabetes verifica-se que 15 (10,7%) participantes tiveram Enfarte do Miocárdio, 5 (3,6%) Acidente Vascular Cerebral, 3 (2,1%) ambas as complicações anteriormente mencionadas, 2 (1,4%) tiveram para além destas retinopatia e 1 (0,7%) teve amputação dos membros e o outro (0,7%) para além da amputação dos membros inferiores teve também Acidente Vascular Cerebral. Assim, 113 (80,7%) não apresentam complicações associadas à diabetes (gráfico 2). Por último, 84 sujeitos referem ter história familiar de diabetes (60%), tendo em conta que dos restantes 52 (37,1%) não tem e 4 (2,9%) referem que não tem conhecimento. Por último, 137 utentes (97,9%) tomam medicação (DP 8,584), sendo a média de idades de início da toma de 55 anos, próxima da média de idades de diagnóstico.

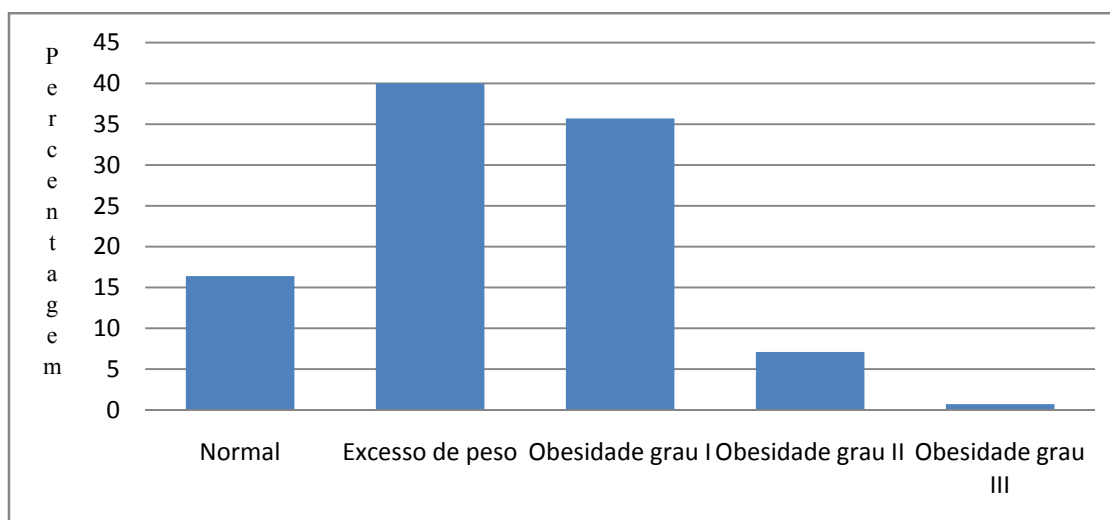
Tabela 2. Caracterização clínica da amostra total (N=140)

	N	%	Média	DP	Min	Max
Variáveis Clínicas						
Peso (Kg)			77,6	13,23	53	120
Altura (m)			1,63	0,078	1,48	1,84
IMC			61,5	11,29	41,3	98
IMC por categorias						
Normal	23	16,4				
Excesso de peso	56	40				
Obesidade grau I	50	35,7				
Obesidade grau II	10	7,1				
Obesidade grau III	1	0,7				
Nível de Hemoglobina Glicosilada			7,78	1,96	5,3	12,2
Cronicidade (anos)			8	5,09	0	28
Idade início da Diabetes (anos)			54	8,54	38	75
Acompanhamento psicológico						
Sim	14	10				
Não	126	90				

Tabela 2. Caracterização clínica da amostra total (N=140) (continuação)

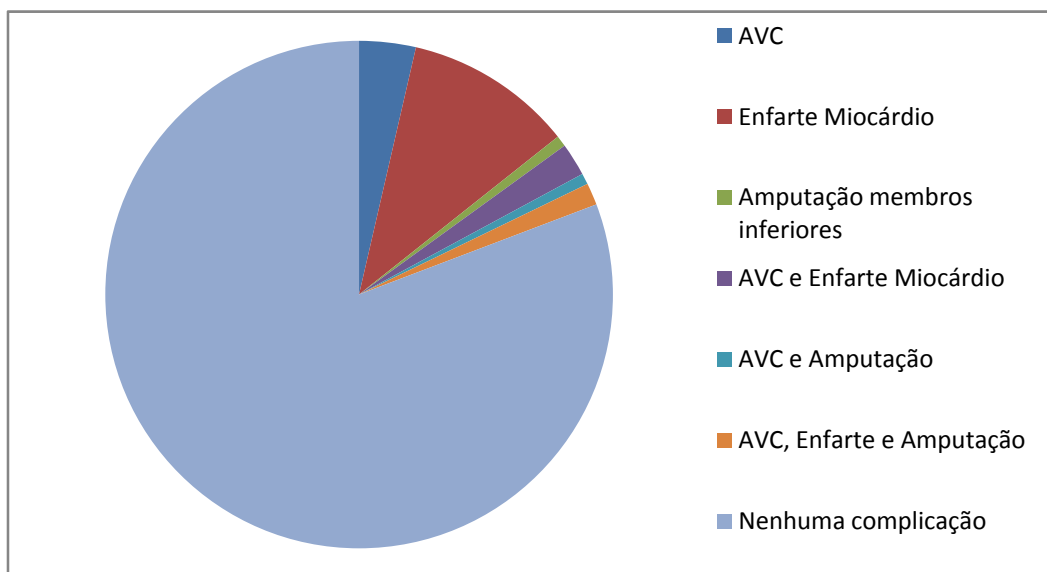
	N	%	Média	DP	Min	Max
Variáveis Clínicas						
Acompanhamento Psiquiátrico						
Sim	14	10				
Não	126	90				
Complicações associadas						
AVC	5	3,6				
Enfarte Miocárdio	15	10,7				
Amputação membros inferiores	1	0,7				
AVC e Enfarte Miocárdio	3	2,1				
AVC e Amputação	1	0,7				
AVC, Enfarte e Amputação	2	1,4				
Nenhuma	113	80,7				
História familiar de Diabetes						
Sim	84	60				
Não	52	37,1				
Desconhece	4	2,9				
Medicação						
Sim	137	97,9				
Não	3	2,1				
Idade de início de medicação (anos)			55	8,59	38	75

Gráfico 1. IMC dos utentes da amostra, por categorias (N=140)



Da análise do gráfico 1, constatamos que a maioria dos utentes apresenta excesso de peso (40%) e obesidade de grau I (35,7%). 16,4% dos inquiridos apresentam peso normal.

Gráfico 2. Complicações médicas associadas à diabetes na amostra em estudo (N=140)



Através da análise do gráfico 2, verificamos que as complicações médicas associadas à diabetes, que ocorrem com maior frequência, são o enfarte de miocárdio associado com AVC's (2,1%).

1.4.2. Caracterização sociodemográfica e clínica por Grupo: diabéticos controlados e não controlados

No que se refere à caracterização sociodemográfica por subamostra: diabéticos controlados e não controlados, verificamos, através da análise da tabela 3, que a média de idades de ambos situa-se nos 63 anos, não havendo assim diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nesta variável ($t = 0.17$; $p = .87$). Relativamente ao género, no grupo com a diabetes controlada encontramos 31 homens e 39 mulheres e no grupo da diabetes não controlada 37 homens e 33 mulheres. Nesta variável, não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (sexo $\chi^2=1,3$, $p=.31$).

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica da amostra, por grupo (N=140)

<i>Variáveis</i>	Grupo Controlado (n=70)						Grupo Não-Controlado (n=70)						χ^2/ t	p
	N	%	Média	DP	Min	Max	n	%	Média	DP	Mín	Max		
Sociodemográficas														
Sexo													1.03	.31
Masculino	31	44,3					37	52,9						
Feminino	39	55,7					33	47,1						
Idade			63	9,72	44	85			63	8,36	40	78	0.17	.87
Idade por Categorias													0.12	.73
<65	42	60,0					40	57,1						
≥65	28	40,0					30	42,9						
Área de Residência													0.89	.35
Rural	7	10,0					4	5,7						
Urbano	63	90,0					66	94,3						
Estado Civil (categ.)													0.15	.93
Solt./ união facto/ divor.	7	10					8	11,4						
Casado	53	75,7					51	72,9						
Viúvo	10	14,3					11	15,7						
Escolaridade (categ.)													0.34	.56
≤ 1º ciclo	51	72,9					54	77,1						
≤ 2º ciclo	19	27,1					16	22,9						
Agregado Familiar (catg.)													0.62	.73
Cônjuge/companheiro(a)	41	58,6					41	58,6						
Família restrita e alargada	15	21,4					12	17,1						
Sozinho(a)/ Num lar	14	20,0					17	24,3						

Dos 70 participantes do grupo com a diabetes controlada 53 (75,7%) são casados, 10 (14,3%) viúvos, 5 (7,15) solteiros e 2 (2,9%) divorciados, sendo que a maioria destes vive com o(a) companheiro(a) (58,6%), 15(21,4%) vivem com a família restrita e 14 (20%) sozinhos. Por sua vez, no grupo com a diabetes não controlada encontramos 51 (72,9%) participantes casados, 11 (15,7%) viúvos, 4 (5,7%) solteiros, 3 (4,3%) divorciados e 1 (1,4%) em união de facto, constatando-se que 41 (58,6%) vivem com o(a) companheiro(a), 13 (15,7%) sozinhos, 12 (20%) com a família restrita ou alargada e 4 (5,7%) no lar. No grupo com a diabetes controlada 63 (63,90%) têm filhos e 7 (10%) não têm filhos, enquanto no grupo com a diabetes não controlada 68 (97,1%) têm filhos e apenas 2 (2,9%) não têm. Quer num grupo quer no outro verifica-se reside em contexto urbano (grupo controlado/90%; grupo não controlado/94,3%). Relativamente às habilitações literárias, verifica-se que, no grupo com a diabetes controlada 51 (72,9%) dos utentes frequentaram ou têm o ensino primário completo, 7

(10%) tem o 6ºano, outros 7 (10%) o 9ºano, 2 (2,9%) o 12º ano e 3 (4,3%) ensino superior, em comparação com 54 (77,2%) que frequentaram ou têm o ensino primário, 4 (5,7%) o 6ºano, 4 (5,7%) o 9ºano, 7 (10%) o 12º ano e 1 (1,4%) ensino superior. Finalmente, no grupo com a diabetes controlada 50 (71,4%) utentes referem ter apoio familiar, sendo que os restantes 20 (28,6%) não têm apoio familiar, enquanto no grupo com a diabetes não controlada mais utentes referem não ter apoio familiar (54,3%), sendo que apenas 32 (45,7%) afirmam ter apoio por parte da família.

Relativamente às diferenças entre os grupos tendo em conta as variáveis sociodemográficas, foram recodificadas as variáveis idade (menos de 65 anos e 65 ou mais anos), estado civil (casados; solteiros/ união de facto/ divorciados; viúvos), escolaridade (menor ou igual ao primeiro ciclo e segundo ciclo ou superior) e agregado familiar (conjugue/ companheiro; família restrita ou alargada; sozinho/ lar). Da análise do teste Qui-quadrado (tabela 3), não apuramos diferenças significativas ao nível das variáveis género ($\chi^2(1) = 1.03, p = .31$), idade ($\chi^2(1) = 0.12, p = .73$), área de residência ($\chi^2(1) = 0.89, p = .35$), estado civil ($\chi^2(1) = 0.15, p = .93$), escolaridade ($\chi^2(1) = 0.34, p = .56$) e agregado familiar ($\chi^2(1) = 0.62; p = .73$), entre o grupo de sujeitos com a diabetes controlada e os sujeitos com a diabetes não controlada.

Relativamente às variáveis clínicas (tabela 4) constatamos que o grupo com a diabetes não controlada apresenta maior peso corporal do que o grupo com a diabetes controlada (grupo dos utentes da doença não controlada: M 80,3Kg; DP 13,8; grupo de doentes da diabetes controlada: M=75Kg; DP= 12,2). Nesta variável há diferenças significativas entre os grupos ($t = -2.42; p = .02$). Contudo, a média de altura é semelhante nos dois grupos (grupo dos diabéticos não controlados: M = 1,64m; DP = .09; grupo dos diabéticos controlados: M = 1,62m; DP = .07). Neste sentido, verificamos que apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t = -.77; p = .44$), o grupo com a diabetes não controlada apresenta uma média ligeiramente superior de Índice Massa Corporal (M = 63,6; DP = 11,16), em comparação com o grupo com a diabetes controlada (M = 61,1; DP = 11,35). Assim, no grupo com a diabetes não controlada 7 (10%) utentes apresentam um peso normal tendo em conta a sua altura, 28 (40%) apresentam excesso de peso, outros 28 (40%) apresentam obesidade leve, 6 (8,6%) obesidade severa e 1(1,4%) obesidade mórbida. Por sua vez, no grupo com a diabetes controlada, 16 (22,9%) apresentam um peso normal, 28 (40%) excesso de peso, 22 (31,4%) obesidade leve e 4 (5,75) obesidade severa. No que concerne aos valores de

Hemoglobina Glicosilada o grupo com a diabetes não controlada apresenta níveis superiores (M, 9,27; DP 1,05) em comparação com o grupo com a diabetes controlada (M 6,28; DP 0,38). Relativamente às complicações no grupo com a diabetes controlada 7 (10%) tiveram enfarte Miocárdio, 1 (1,4%) Acidente Vascular Cerebral, 1(1,4%) ambas as complicações referidas anteriormente, outro (1,4%) para além das referidas anteriormente amputação dos membros inferiores, outro (1,45) teve apenas amputação dos membros inferiores e por último um outro (1,4%) teve AVC, enfarte do Miocárdio e retinopatia, sendo que 58 (82,9%)deles não apresentar qualquer complicação inerente. Por outro lado, no grupo com a diabetes não controlada,8(11,4%) sujeitos tiveram Enfarte Miocárdio, 4 (5,7%) AVC, 2 (2,9%) ambas as complicações anteriores e 1(1,4%) para além das complicações anteriores teve também retinopatia, não se verificando complicações nos restantes 55 (78,6%) participantes deste grupo, de onde concluímos que o grupo com a diabetes não controlada apresenta maior número de complicações associadas. Acrescenta-se ainda que, no grupo com a diabetes controlada, mais sujeitos frequentam as consultas de Psicologia e Psiquiatria. Por último e relativamente à história familiar de diabetes, no grupo com a diabetes controlada 46 (65,7%) utentes têm familiares com diabetes e no grupo com a diabetes não controlada assiste-se um decréscimo para 38 (54,3%) utentes.

Tabela 4. Caracterização clínica da amostra, por grupo (N=140)

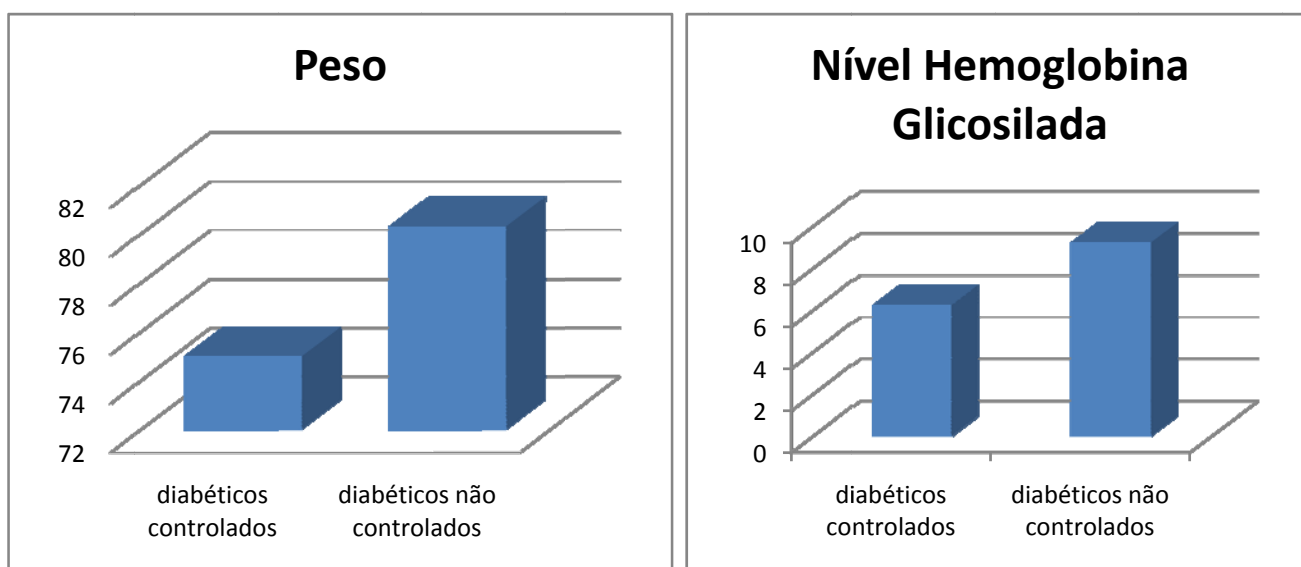
<i>Variáveis Clínicas</i>	Grupo Controlado						Grupo Não-Controlado						χ^2/ t	P
	n	%	Média	DP	Mín	Max	N	%	Média	DP	Mín	Max		
Peso (Kg)			75,0	12,18	53	112			80,3	13,78	53	120	-2,42	.02
Altura (m)			1,62	0,07	1,50	1,84			1,64	0,09	1,48	1,84	-,991	.32
IMC			28,38	4,03	21,2	39,7			29,89	4,33	21,3	46,9	-,773	.44
IMC por categorias													4,85	.09
Normal	16	22,9					7	10,0						
Excesso de peso	28	40,0					28	40,0						
Obesidade	26	37,1					35	50,0						
Nível de Hemoglobina Glicosilada			6,28	0,38	5,30	7,00			9,27	1,05	7,40	12,20	-22,4	.00
Cronicidade (anos)			55,23	9,12	38	75			54,09	7,95	38	75	,790	.43
Complicações associadas														
AVC	1	1,4					8	5,7						
Enfarte Miocárdio	7	10,0					8	11,4						
Amputação membros inferiores	1	1,4					0	0,0						
AVC e Enfarte Miocárdio	1	1,4					2	2,9						
AVC e Amputação	1	1,4					0	0,0						
AVC, Enfarte e Amputação	1	1,4					1	1,4						
Nenhuma	58	82,9					55	78,6						
Consulta de Psicologia														
Sim	11	15,7					3	4,3						
Não	59	84,3					67	95,7						
Consulta de Psiquiatria														
Sim	10	14,3					4	5,7						
Não	60	85,7					66	94,3						
História familiar de diabetes													1,43	.23
Sim	46	65,7					38	54,3						
Não	23	32,9					29	41,4						

Sumariando, da análise dos testes de diferenças de grupos utilizados, nomeadamente qui-quadrado e t-test, constatamos que apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas, entre o grupo de utentes com a diabetes controlada e o grupo de diabéticos não controlado, nas variáveis peso ($t(138) = -2,42, p = .02$) e níveis

de hemoglobina glicosilada ($t(87) = -22.4, p = .00$), sendo o grupo dos diabéticos não controlados que apresenta maior peso e maiores níveis de hemoglobina. A magnitude das diferenças entre os utentes com a diabetes controlada e os utentes com a diabetes não-controlada, ao nível do peso (diferença média = -5.31 , 95% CI: -9.66 a $-.969$), foi pequena ($\eta^2 = .04$) e, ao nível da hemoglobina glicosilada (diferença média = -2.99 , 95% CI: -3.25 a -2.73) foi elevada ($\eta^2 = 1.38$).

O gráfico 3 apresenta as variáveis clínicas nas quais se verificou diferenças significativas entre os grupos de diabéticos controlados e diabéticos não controlados.

Gráfico 3. Distribuição das médias das variáveis clínicas Peso e Nível de Hemoglobina, por subamostra (N=140)



1.5. Material e Instrumentos de Avaliação

Atendendo aos objetivos do estudo e às características da amostra em questão, foram selecionadas as versões portuguesas dos seguintes instrumentos de avaliação: Illness Perception Questionnaire- Brief (IPQ-B) (Weinmam & Petrie, 2004; versão portuguesa de McIntyre, Araújo- Soares, & Trovisqueira, 2004); Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD) (Sousa & McIntyre, 2003); Questionário de Avaliação das Atividades de Autocuidado com a Diabetes (SDSCA) (Toobert, Glasgow & Anderson, 2000, versão portuguesa adaptada por de Bastos, Severo & Lopes, 2007).

Foi desenvolvido apenas para este estudo, o questionário de dados sociodemográficos e clínicos com vista a caracterizar a amostra e dar resposta às análises exploratórias.

1.5.1. Questionário de dados sociodemográficos e clínicos

Este questionário, de preenchimento breve, foi desenvolvido para este estudo e permitiu recolher informação acerca dos dados demográficos, sociais e dados clínicos dos participantes. Os itens deste instrumento são constituídos por questões de resposta múltipla e de resposta breve. Os dados sociodemográficos referem-se à idade, género, estado civil, área residência (rural, urbana), habilitações literárias, situação laboral, profissão e número de elementos do agregado familiar. Relativamente à situação clínica, foram registados os seguintes dados dos pacientes: cronicidade da doença; peso e altura; medicação; acompanhamento psicológico ou psiquiátrico; doenças médicas (e.g. obesidade, hipertensão, entre outras); história familiar de diabetes; hábitos tabágicos e elíticos.

1.5.2. Illness Perception Questionnaire Brief (Weinman & Petrie, 2004; versão portuguesa de McIntyre, Araújo- Soares & Trovisqueira, 2004)

O Illness Perception Questionnaire – IPQ foi desenvolvido com o objetivo de avaliar de forma quantitativa a representação cognitiva e emocional da doença através da análise das cinco componentes das representações de saúde: identidade (número e natureza dos sintomas associados à doença), consequências (crenças sobre a severidade e efeitos da doença na vida do paciente), duração (perceção do paciente acerca da duração da sua doença), controlo/cura (expectativas da paciente acerca da recuperação e controlo sobre a sua doença) e causas (ideias pessoais da paciente sobre os fatores envolvidos na etiologia da doença), propostos pelo modelo de autoregulação de Leventhal (Leventhal et al. 1984). Posteriormente, foi desenvolvida uma versão reduzida deste instrumento com apenas 8 itens: IPQ-Brief (Broadbent et al, 2006). Na versão portuguesa do IPQ-B adaptada por McIntyre e Trovisqueira (2007) numa amostra de pacientes no período pós Enfarte do Miocárdio, as autoras optaram por uma escala de resposta mais curta, 0-4, substituindo a escala original de 0-10. Segundo as autoras, esta opção deveu-se ao facto de se verificarem algumas dificuldades de discriminação de categorias, dado o baixo nível de escolaridade dos participantes no

estudo (Trovisqueira, 2007). Os resultados da validação do instrumento em Portugal mostraram resultados semelhantes aos do instrumento original. Deste modo, o IPQ-B da amostra portuguesa obteve os seguintes resultados, teste-reteste, no momento da alta e um mês após a alta: na subescala Consequências a correlação obtida no momento da alta foi de .70 e .50 um mês após a alta.; na subescala Duração, as correlações encontradas foram .59 e .42; Controlo Pessoal .75 e .54; Controlo pelo Tratamento .51 e .50; Identidade .61 e .53; a subescala Preocupação apresentou correlações de .60 e .60; na subescala Compreensão .59 e .52; e por fim, na subescala Resposta Emocional apresentou uma correlação no primeiro momento de .72 e no segundo momento de .62. Deste modo, segundo as autoras da validação do instrumento em Portugal, o IPQ-B revela boas características de fidelidade, semelhantes aos encontrados na versão original.

1.5.2.1. Características psicométricas do IPQ – Brief na amostra em estudo

As qualidades psicométricas do IPQ-Brief, no nosso estudo, foram avaliadas através do cálculo das correlações entre as diferentes dimensões da escala. Assim, através da análise da matriz de correlações apresentada no quadro 5, podemos constatar que predominam as correlações de moderada magnitude ($.40 \leq r \leq .69$) e de alta magnitude ($r \geq .70$) e estatisticamente significativas, sendo que existe um maior número de correlações com orientação positiva (25) do que negativa (3). Apesar disso, verificamos que as correlações a dimensão de controlo pessoal com as restantes (à exceção da compreensão) e entre resposta emocional e compreensão apresentam valores baixos de magnitude ($r \leq .19$). As dimensões que mais se correlacionam são a identidade com a preocupação e com a resposta emocional, as consequências com a duração, com a identidade, com a preocupação e com a resposta emocional, a duração com a preocupação e com a compreensão.

Tabela 5. Matriz de correlações entre as dimensões *IPQ-Brief* (N=140).

	Conseq.	Duração	Controlo Pessoal	Controlo Tratamento	Identidade	Preocupação	Compreensão	Resposta Emocional
Consequências	---	,748**	,091	,670**	,723**	,748**	,406**	,716**
Duração	---	---	,246**	,550**	,682**	,796**	,739**	,518**
Controlo Pessoal	---	---	---	-,049	-,084	-,107	,293**	,010
Controlo Tratamento	---	---	---	---	,443**	,422**	,332**	,662**
Identidade	---	---	---	---	---	,911**	,283**	,746**
Preocupação	---	---	---	---	---	---	,400**	,656**
Compreensão	---	---	---	---	---	---	---	,094
Resposta Emocional	---	---	---	---	---	---	---	---

** $p < .01$

1.5.3. Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD) (Sousa & McIntyre, 2003)

Esta escala visa identificar os conhecimentos que os doentes possuem sobre a diabetes, tendo sido desenvolvida de modo a contemplar os conteúdos habitualmente transmitidos pelos profissionais de saúde. A escala final, desenvolvida e validada por Sousa & McIntyre (2003), tem no total 28 itens, dos 36 iniciais, divididos por 7 dimensões: identidade (3 itens), causas (5 itens), duração (4 itens), tratamento (4 itens), limitações (3 itens), controlo (5 itens) e complicações da diabetes (4 itens). À semelhança de outros questionários de conhecimentos sobre a doença pressupõe-se a possibilidade de três tipos de resposta: verdadeiro, falso ou não sei, correspondentes a 3 subescalas de conhecimentos (respostas corretas, respostas falsas e incertezas). Em todas as subescalas, a pontuação varia entre 0 e 1, sendo que 1 significa que a resposta é dada no sentido da dimensão a avaliar. A pontuação da subescala de respostas corretas (conhecimentos acerca da diabetes) é obtida através da adição de todas as respostas no sentido correto, a pontuação da subescala de respostas falsas (mitos ou falsos conceitos) obtém-se adicionando todas as respostas falsas e a soma das respostas incertas (desconhecimento) indica o grau de desconhecimento acerca da doença.

O estudo de validação contou com 133 sujeitos e os valores de alpha de *Cronbach* obtidos foram de .76 no total da subescala *Conhecimentos* e .80 no total da subescala *Desconhecimento*, o que evidência uma boa consistência interna deste questionário.

1.5.3.1. Características psicométricas do QCD na amostra em estudo

Para a análise da consistência interna desta escala, foi calculado o coeficiente alfa de *Cronbach* para a subescala dos conhecimentos (o que os diabéticos realmente sabem sobre a sua doença), do desconhecimento (as dúvidas que os diabéticos possuem) e dos falsos conhecimentos (dos erros e mitos acerca da diabetes).

As Tabelas 6, 7 e 8 apresentam os alfas obtidos nas subescalas dos conhecimentos, desconhecimento e falsos conhecimentos, respetivamente.

Tabela 6. Resultados de consistência interna do Questionário QCD, para a subescala Conhecimentos/ Respostas Corretas (N=140).

	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação do item com o total da escala</i>	<i>Alpha de Cronbach se Item Eliminado</i>
1	,49	,502	,40	,79
2	,35	,479	,36	,79
3	,22	,417	,32	,79
4	,74	,443	,25	,79
5	,85	,358	,34	,79
6	,81	,396	,37	,79
7	,79	,407	,47	,78
8	,26	,439	,36	,78
9	,61	,490	,31	,79
10	,86	,351	,25	,79
11	,86	,351	,36	,79
12	,56	,499	,52	,78
13	,77	,421	,34	,79
14	,98	,145	,08	,80
15	,98	,145	,25	,79
16	,44	,499	,36	,70
17	,81	,390	,22	,79
18	,72	,450	,34	,70
19	,37	,485	,35	,70
20	,84	,365	,20	,79
21	,94	,233	,28	,79
22	,97	,167	,16	,80
23	,54	,500	,47	,78
24	,29	,453	,28	,79
25	,96	,186	,10	,80
26	,95	,219	,07	,80
27	,76	,430	,37	,79
28	,19	,396	,29	,79

Alfa de *Cronbach* = .80

O coeficiente alfa de *Cronbach* obtido para a globalidade da subescala dos conhecimentos/ itens corretos foi de 0,80 o que evidencia uma boa consistência interna da subescala (tabela 6), um pouco superior à encontrada no estudo de Sousa e McIntyre (2003), com um $\alpha=.76$. A análise mais detalhada dos itens revela que 4 itens apresentam uma baixa correlação ($<0,20$) (itens 14, 22, 25 e 26) com a restante subescala.

Tabela 7. Resultados de consistência interna do Questionário QCD, para a subescala Desconhecimentos (N=140).

	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação do item com o total da escala</i>	<i>Alpha de Cronbach se Item Eliminado</i>
1	,41	,493	,60	,86
2	,50	,502	,58	,86
3	,64	,483	,59	,86
4	,13	,336	,30	,87
5	,11	,319	,42	,87
6	,14	,351	,44	,87
7	,14	,351	,42	,87
8	,61	,490	,53	,87
9	,16	,365	,44	,87
10	,09	,291	,34	,87
11	,11	,319	,39	,87
12	,37	,485	,58	,86
13	,06	,233	,23	,87
14	,01	,119	,09	,87
15	,01	,119	,27	,87
16	,42	,496	,55	,86
17	,08	,270	,37	,87
18	,12	,329	,44	,87
19	,48	,501	,47	,87
20	,14	,351	,33	,87
21	,06	,233	,31	,87
22	,01	,119	,21	,87
23	,32	,469	,62	,86
24	,61	,489	,42	,87
25	,04	,186	,10	,87
26	,03	,167	,25	,87
27	,21	,407	,43	,87
28	,53	,501	,46	,87

Alfa de *Cronbach*= .87

O coeficiente alfa de *Cronbach* obtido para a globalidade da subescala dos desconhecimentos foi de 0,87 o que evidencia uma boa consistência interna da mesma (tabela 7), sendo, tal como na subescala dos conhecimentos, um pouco superior à encontrada no estudo de Sousa e McIntyre (2003), com um $\alpha=.82$. A análise mais

detalhada dos itens demonstra que 2 itens apresentam uma baixa correlação ($<0,20$) (itens 14 e 25) com a restante subescala.

Tabela 8. Resultados de consistência interna do Questionário QCD, para a subescala Falsos Conhecimentos (N=140).

	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Correlação do item com o total da escala</i>	<i>Alpha de Cronbach se Item Eliminado</i>
1	,10	,301	,25	,58
2	,15	,358	,17	,59
3	,14	,351	,20	,58
4	,14	,344	,27	,57
5	,04	,186	,08	,59
6	,05	,219	,19	,59
7	,06	,246	,02	,60
8	,14	,344	,30	,57
9	,24	,426	,09	,60
10	,05	,219	,08	,59
11	,03	,167	,14	,59
12	,07	,258	,30	,57
13	,17	,378	-,07	,62
14	,01	,085	,21	,59
15	,01	,085	,21	,59
16	,14	,344	,26	,57
17	,11	,310	,26	,57
18	,16	,365	,27	,57
19	,15	,358	,32	,56
20	,01	,119	,08	,59
21	,00	,000	,00	,60
22	,01	,119	,16	,59
23	,14	,344	,13	,59
24	,10	,301	,30	,57
25	,00	,000	,00	,60
26	,02	,145	,12	,59
27	,04	,186	,22	,58
28	,28	,450	,28	,57

Alfa de Cronbach= .60

O coeficiente alfa de Cronbach obtido para a globalidade da subescala dos falsos conhecimentos foi de 0,60 o que evidência uma consistência interna aceitável da mesma (tabela 8), sendo que no estudo de Sousa e McIntyre (2003) não foi analisada a consistência interna desta subescala, não podendo por isso ser feita uma comparação com o estudo de validação. A análise mais detalhada dos itens demonstra que 14 itens apresentam uma baixa correlação ($<0,20$) com a restante subescala.

1.5.4. Questionário de Avaliação das Atividades de Auto-Cuidado com a Diabetes (*Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire – SDSCA* Toobert, Glasgow & Anderson, 2000; versão portuguesa adaptada por Bastos, Severo & Lopes, 2007).

Para avaliação das atividades de autocuidado com a diabetes foi utilizado o Questionário de Avaliação das Atividades de Autocuidado com a Diabetes, traduzido e validado para português por Bastos, Severo e Lopes (2007). A escolha deste instrumento deve-se ao facto de ser um dos instrumentos de medida mais utilizados na avaliação das atividades de autocuidado com a diabetes, em adultos, em que a adesão é medida indiretamente através dos níveis de autocuidado. Vários estudos referem que esta é uma escala de medida multidimensional de autogestão da diabetes, que comporta uma adequada fiabilidade teste-reteste, e evidência de validade e sensibilidade à mudança, (Toobert et al, 2000, Bastos, 2004). A versão do Questionário de Avaliação das Atividades de Autocuidado com a Diabetes (*Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire – SDSCA*) é composta por 6 dimensões: alimentação, exercício físico, medicação, monitorização da glicemia, cuidados aos pés e hábitos tabágicos. A avaliação é parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7, correspondendo aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, sendo o zero a situação menos desejável e sete a mais favorável.

A versão final de validação da escala, com 103 sujeitos do sexo masculino, apresentou os seguintes valores de avaliação psicométrica: a alimentação geral, com três itens, apresentou uma correlação inter-itens de .46 e um Alfa de *Cronbach* de .68; a alimentação específica, nas suas sub-dimensões variou entre pão e álcool às principais refeições ($r = .22$ e $\alpha = .36$) e as sub-dimensões consumo de hidratos de carbono e consumo de carnes vermelhas e álcool fora das refeições ($r = .26$, $\alpha = .48$ e $r = .25$, $\alpha = .48$); a dimensão atividade física apresentou um $r = .47$ e $\alpha = .63$; e os cuidados com os pés, com três itens, demonstrou $r = .36$, $\alpha = .61$. Os medicamentos e a monitorização da glicemia capilar, como apresentavam apenas um item, não foram calculados o alfa de *Cronbach* e correlação inter-item.

A escala de autocuidado com a Diabetes, na versão traduzida e adaptada para Português, demonstra ser de fácil aplicação, com uma consistência interna aceitável, que permite explicar o fenómeno de adesão pelos principais componentes do regime terapêutico.

1.5.4.1. Características psicométricas do Questionário de Avaliação das Atividades de Auto-Cuidado com a Diabetes na amostra em estudo

Para a análise das qualidades psicométricas deste instrumento na amostra de diabéticos em estudo, foi calculado o alfa de *Cronbach* para cada uma das dimensões, bem como as correlações inter-item. Assim, da análise da tabela 9, podemos constatar que a dimensão alimentação geral apresenta um $\alpha = .79$, a alimentação específica $\alpha = .66$, a atividade física $\alpha = .68$, a monitorização da glicemia $\alpha = .72$ e os cuidados com os pés $\alpha = .57$, de onde depreendemos que os valores de consistência interna são, na sua generalidade, superiores ao do estudo de validação.

A fidelidade deste instrumento foi, ainda, avaliada através de correlações entre as diferentes dimensões da escala. Assim, através da análise da matriz de correlações apresentada na tabela 10, podemos constatar que predominam as correlações de moderada magnitude ($.30 \leq r \leq .69$) e de baixa magnitude ($r \leq .30$) e estatisticamente significativas (com exceção da correlação entre a monitorização da glicemia e a alimentação específica e a monitorização da glicemia com o cuidado com os pés), sendo que existe um maior número de correlações com orientação positiva (6) do que negativa (4). Neste sentido, verificamos que as correlações de baixa magnitude dizem respeito à monitorização da glicemia com as restantes dimensões.

Tabela 9. Resultados de consistência interna do Questionário de Avaliação das Atividades de Autocuidado com a Diabetes (N=140)

	<i>Correlação Item-total</i>	<i>Alpha de Cronbach se item eliminado</i>	<i>Alpha de Cronbach global</i>
Alimentação Geral			.79
Em quantos dos últimos sete dias seguiu uma alimentação saudável?	.72	.63	
Em média, durante o último mês, quantos dias por semana seguiu um plano recomendado?	.74	.58	
Comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou vegetais?	.46	.87	
Alimentação Especifica			.66
Comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	.37	.56	
Comeu pão acompanhado a refeição do almoço ou jantar?	.15	.63	
No acompanhamento da refeição: arroz, batata, massa feijão?	.28	.60	
Mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica às refeições?	.53	.61	
Consumiu bebida alcoólica fora das refeições?	.55	.57	
Comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas e mel	.28	.70	
Atividade Física			.68
Praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos?	.52	---	
Participou numa sessão de exercício físico (caminhar, nadar, andar de bicicleta)?	.52	---	
Monitorização da Glicemia			.72
Avaliou o açúcar no sangue?	.57	---	
Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico ou enfermeiro?	.57	---	
Cuidado com os pés			.57
Examinou os seus pés?	.47	.36	
Lavou os seus pés?	.26	.66	
Secou os espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar?	.54	.17	

Tabela 10. Matriz de correlações de *Pearson* entre as dimensões do SDSCA (N=140)

	Alimentação Geral	Alimentação Específica	Exercício Físico	Monitorização da Glicemia	Cuidados com os pés
Alimentação Geral	---	.475**	.556**	-.233**	.341**
Alimentação Específica	---	---	.438**	-.079	.334**
Exercício Físico	---	---	---	-.285**	.223**
Monitorização da Glicemia	---	---	---	---	-.007
Cuidados com os pés	---	---	---	---	---

** $p < .01$

A escala de autocuidado com a Diabetes, na versão aplicada neste estudo, demonstra ser de fácil aplicação, com uma consistência interna aceitável, que permite explicar o fenómeno de adesão pelos principais componentes do regime terapêutico.

1.6. Procedimentos de análise de dados

O tratamento estatístico dos dados recolhidos foi realizado através do *software* IBM® SPSS® (IBM - Statistical Package for the Social Sciences, versão 20.0) através de procedimentos de análise diferenciados na caracterização da amostra e nas análises exploratórias.

No estudo exploratório foram elaborados testes de normalidade (Kolmogorov-Smirnov), homogeneidade da variância e foi, ainda, analisada a assimetria e curtose. Constatamos que não existe normalidade da distribuição nas variáveis em estudo. Assim, não estando cumpridos os pressupostos para estatística paramétrica, foram utilizados testes não paramétricos, nomeadamente o teste de correlação de *Spearman* e o teste de comparação de grupos *Mann-Whitney*.

Na análise das características sociodemográficas e clínicas da amostra, foram utilizados testes de estatística descritiva, análise de distribuições e frequências e comparação de grupos, através do Qui-2 e t-test. No que diz respeito à análise das qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados no nosso estudo, foram elaborados testes para análise da consistência interna dos mesmos, sendo analisado o alfa de *Cronbach* bem como as correlações inter-item. Na análise inferencial, de forma a compreendermos as diferenças entre os utentes com a diabetes controlada e não controlada em relação às variáveis em estudo, utilizou-se o teste não paramétrico de

comparação de grupos *Mann-Whitney*. Para além disso, no sentido de analisarmos a associação entre as crenças, os conhecimentos e os autocuidados, utilizou-se a correlação não paramétrica de *Spearman*.

Este estudo assumiu um $p \leq .05$ como valor de significância dos resultados e um valor de $p \leq .1$ para tendência de significância.

2. Apresentação dos Resultados

Neste tópico serão apresentados os resultados descritivos das variáveis estudadas (perceção da doença, conhecimentos sobre a doença e autocuidados com a diabetes) na amostra de diabéticos em estudo. Por fim, serão descritos os resultados da comparação de grupos (diabéticos controlados e diabéticos não controlados) ao nível das variáveis mencionadas anteriormente.

2.1. Resultados descritivos: perceção da doença, conhecimentos relativos à diabetes e autocuidados com a doença, na amostra total

Neste ponto são apresentados os resultados descritivos obtidos na amostra total para cada uma das variáveis estudadas: representações da doença, conhecimentos dos utentes em relação à diabetes e autocuidados.

2.1.1. Representações cognitivas da diabetes

No que se refere à perceção que os utentes têm relativamente à sua doença, verificamos que a dimensão que apresenta *scores* mais elevados é a *compreensão acerca da doença*, sendo que a média de respostas é superior ao valor médio da escala (1-4) (tabela 11), seguida das dimensões *representações cognitivas* e *duração da doença* que também apresentam valores elevados de média de resposta. A dimensão que apresenta menor valor médio é o *controlo sobre a doença*, apresentando contudo *scores* superiores à média da escala ($M = 2,40$). Porém, os utentes percecionam não ter muito *controlo pessoal* sobre a doença mas que percecionam algum controlo no tratamento.

Relativamente às *causas*, a maioria dos utentes acredita que a diabetes se deve ao tipo de alimentação que fazem e ao sedentarismo (37,9%), bem como à junção destes

dois estilos de vida com o fator hereditário (30%). 31 utentes (21%) afirmam que a diabetes surge apenas devido ao fator hereditário.

Tabela 11. Resultados descritivos nas dimensões do IPQ-B na amostra total (N=140)

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Consequências			2,59	1,10
Duração			2,78	,91
Controlo pessoal			2,40	,80
Controlo tratamento			2,67	,83
Sintomas			2,56	,80
Preocupação			2,49	,84
Compreensão			2,90	,69
Resposta emocional			2,83	,86
Causas	31	21,1		
- Hereditariedade	42	30,0		
- Hereditariedade, alimentação, inatividade física e sedentarismo	4	2,9		
- Hereditariedade e tabagismo	53	37,9		
- Alimentação e sedentarismo	1	0,7		
- Alimentação e <i>stress</i>	4	2,8		
- <i>Stress</i>				
- Alteração do sistema nervoso	1	0,7		
- Desconhece	4	2,9		

2.1.2. Conhecimentos acerca da diabetes

Os conhecimentos acerca da diabetes foram avaliados através do total de respostas corretas, erradas e de desconhecimento.

Da análise da tabela 12, podemos constatar que na maior parte das respostas os utentes, em média, tinham conhecimentos adequados em relação à diabetes, o que demonstra conhecimentos corretos relativos à sua doença. Porém, verificamos que em alguns itens, o número de respostas “não sei” é bastante superior às respostas

corretas/incorrectas, particularmente nos itens: a diabetes é definida por o corpo produzir insulina a mais (50% desconhecimentos) e por haver perda rápida de peso (63,6%), a diabetes pode ser causada por não descansar o suficiente (60,7%), para a doença não piorar é importante avaliar o nível de acetona na urina (61,4%), devido à diabetes outros problemas de saúde podem acontecer só aos diabéticos que fazem injeções de insulina (65,7%) e só podem ser tratados depois de o doente ter notado sintomas ou sinais (52,9%). Neste sentido, podemos constatar que, apesar de estes utentes serem acompanhados e, muitos deles, já terem a doença há vários anos, ainda se verifica uma grande desconhecimento em relação a algumas questões acerca da diabetes.

Tabela 12. Resultados descritivos dos itens do Questionário de Conhecimentos da Diabetes, na amostra total (N=140)

Questões	Conhecimentos				Falsos conhecimentos				Desconhecimentos			
	N	%	M	DP	N	%	M	DP	n	%	M	DP
A diabetes é definida por: (identidade)			1,7	1.25			1,9	1.56			0,4	0.71
1. A pessoa ter muita sede	69	49,3			14	10,0			57	40,7		
2. O corpo produzir sempre insulina a mais	49	35,0			21	15,0			70	50,0		
3. Por haver perda rápida de peso	31	22,1			20	14,3			89	63,6		
A diabetes pode ser causada por: (causa)			3,7	1.43			1,2	1.33			0,5	0.83
1. Ter peso a mais	103	73,6			19	13,6			18	12,9		
2. Fazer uma alimentação pouco saudável	119	85,0			5	3,6			16	11,4		
3. Ter pouca atividade física	113	80,7			7	5,0			20	14,3		
4. Ter familiares com diabetes	111	79,3			9	6,4			20	14,3		
5. Não descansar o suficiente	36	25,7			19	13,6			85	60,7		
A diabetes é uma doença que: (duração)			3,7	1.43			0,92	1.40			0,4	0.76
1. Dura pouco tempo	108	77,1			6	4,3			26	18,6		
2. Cura completamente, se o doente tomar a medicação receitada pelo médico	85	60,7			33	23,6			22	15,7		
3. Vai durar para o resto da vida	120	85,7			4	2,9			16	11,4		
4. Aparece e desaparece	78	55,7			10	7,1			52	37,1		

Tabela 12. Resultados descritivos dos itens do Questionário de Conhecimentos da Diabetes, na amostra total (N=140) (continuação)

Questões	Conhecimentos			Falsos conhecimentos			Desconhecimentos			
	N	%	M	N	%	M	N	%	M	
No tratamento da diabetes: (tratamento)			4,1	0,80		0,5	0,71		0,4	0,54
1. Uma alimentação saudável é tão importante como a medicação receitada pelo médico	131	93,6			4	2,9		5	3,6	
2. O diabético só deve comer três vezes por dia (ao pequeno-almoço, almoço e jantar)	108	77,1			24	17,1		8	5,7	
3. É importante andar a pé (tipo marcha) diariamente e cerca de 20 minutos	137	97,9			1	0,7		2	1,4	
4. Não se deve comer massas	62	44,3			19	13,6		59	42,1	
O doente diabético não pode: (limitações)			2,7	1,14		0,7	1,00		0,6	0,89
1. Fazer ginástica	111	79,3			20	14,3		9	6,4	
2. Nunca comer bolos	114	81,4			15	10,7		11	7,9	
3. Fazer viagens longas	52	37,1			21	47,9		67	15,0	
Para a doença não piorar: (controlo)			4,6	1,06		1,2	1,12		0,3	0,54
1. Deve praticar exercício físico várias vezes por semana	135	96,4			3	2,1		2	1,4	
2. A quantidade de açúcar deve estar próxima dos valores normais	118	84,3			2	1,4		20	14,3	
3. É importante vigiar a tensão arterial	132	94,3			0	0,0		8	5,7	
4. É necessário fazer a picada no dedo para saber os valores de açúcar no sangue	136	97,1			2	1,4		2	1,4	
5. É importante avaliar a acetona na urina	40	28,6			14	10,0		86	61,4	
Devido à diabetes, outros problemas de saúde podem: (complicações)			3,1	0,93		1,5	1,12		0,4	0,70
1. Acontecer só aos diabéticos que fazem injeções de insulina	33	23,6			15	10,7		92	65,7	
2. Podem causar doenças nos olhos	135	96,4			0	0,0		5	3,6	
3. Podem ser evitados ou atrasados se a doença for bem vigiada ou controlada	133	95,0			3	2,1		4	2,9	
4. Só podem ser tratados depois do doente ter notado sintomas ou sinais	27	19,3			39	27,9		74	52,9	
Total subescalas			18,9	4,34		6,6	4,94		2,5	2,26

2.1.3. Autocuidados na diabetes

Os autocuidados na diabetes foram avaliados com base no Questionário das Atividades de autocuidado, focando dimensões como a alimentação, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com pés e medicamentos.

A partir da análise da tabela 13, constatamos que, no que respeita à alimentação geral, os indivíduos afirmam que na maioria dos dias (4 a 5 dias em média) fazem uma alimentação saudável e cumprem o plano alimentar recomendado. No que respeita à alimentação específica, os mesmos relatam que em média, em cinco dias da semana comem fruta, apenas em dois/três dias comeram pão e em três/quatro dias carne vermelha, sendo que em metade da semana utilizam acompanhamentos (arroz, batata, massa, feijão) às refeições. Porém, admitem consumir bebidas alcoólicas com frequência, aquando das refeições (M = 4,94) entre as mesmas (M = 5,88), e na maior parte dos dias comer coisas doces (M = 5,00).

Relativamente à atividade física, os inquiridos referem que, em média, durante quatro dias da semana praticaram exercício físico mais de 30 minutos, contudo, apenas em dois dias participaram numa atividade física.

No que se refere à monitorização da glicemia, constatamos que os utentes avaliaram o nível de glicemia menos vezes do que as recomendadas pelo médico (média de 2 dias por oposição a 4 que foram recomendados pelo médico).

Em relação ao cuidado com os pés verificamos que os indivíduos lavam-nos em média nos 7 dias da semana, contudo só tem o cuidado de os secar corretamente em 6 e de examina-los entre 3 a 4 dias da semana.

No que concerne à medicação, no geral os utentes parecem cumprir no geral a medicação prescrita, apesar de alguns apresentarem descuido em pelo menos um dia (M = 6,75).

Por último, relativamente aos hábitos tabágicos, a maioria dos utentes não fuma, sendo que apenas 17 (12,1%) fumam e, desses, a média do número de cigarros que consomem por dia é de 13 (DP 7,457). Para além disso, a maioria nunca fumou (57,9%). Neste sentido, parece haver apenas um cuidado mais acentuado na toma da medicação e cuidados com os pés. Relativamente à alimentação, atividade física e monitorização da glicemia, os participantes apresentam resultados que evidenciam poucos autocuidados com estas dimensões.

Tabela 13. Resultados descritivos dos itens do questionário de autocuidados na amostra total (N=140)

Questões	N	%	Nº dias/ semana	DP
Alimentação geral				
1. Em quantos dos últimos sete dias seguiu uma alimentação saudável?			4,62	1,57
2. Em média, durante o último mês, quantos dias por semana seguiu um plano recomendado?			4,24	1,99
Alimentação Específica				
1. Comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou vegetais?			5,39	1,73
2. Comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?			3,54	2,02
3. Comeu pão acompanhado a refeição do almoço ou jantar?			2,61	2,82
4. No acompanhamento da refeição: arroz, batata, massa feijão?			3,68	2,18
5. Mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica às refeições?			4,94	2,71
6. Consumiu bebida alcoólica fora das refeições?			5,88	2,02
7. Comeu alimentos doces como bolos, pastéis, compotas e mel			5,00	1,51
Atividade Física				
1. Praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos?			4,43	2,28
2. Participou numa sessão de exercício físico (caminhar, nadar, andar de bicicleta)?			2,20	2,09
Monitorização da Glicemia				
1. Avaliou o açúcar no sangue?			2,41	1,98
2. Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico ou enfermeiro?			3,74	2,38
Cuidados com os pés				
1. Examinou os seus pés?			3,71	2,74
2. Lavou os seus pés?			6,53	,96
3. Secou os espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar?			5,46	2,37
Medicamentos				
1. Tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos para a diabetes?			6,75	1,10
2. Em quantos dos últimos sete dias tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina? (apenas para os que se aplica)			7,00	,00
3. Tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?			6,75	1,10
Hábitos tabágicos				
1. Fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos sete dias?				
<i>Sim</i>	17	12,1		
<i>Não</i>	123	87,9		
2. Se sim, quantos cigarros fuma habitualmente, num dia?				
Número de cigarros			13,12	7,46
3. Quando fumou o seu último cigarro?				
Nunca fumou	81	57,9		
Há mais de dois anos	40	28,6		
Um a dois anos atrás	2	1,4		
Quatro a doze anos atrás	1	0,7		
Hoje	16	11,4		

2.2. Associação entre a percepção da doença, os conhecimentos acerca da diabetes e os autocuidados com a doença

Da análise da tabela 14, quando analisamos a relação entre as diferentes dimensões de percepção da doença e os autocuidados, encontramos correlações estatisticamente significativas, positivas, com intensidade moderada entre as *consequências da doença* e as dimensões alimentação geral ($r=.481$; $p = .00$), alimentação específica ($r=.495$; $p = .00$), exercício físico ($r=.515$; $p = .00$) cuidados com os pés ($r= .305$; $p = .00$) e correlações estatisticamente significativas, negativas, com baixa intensidade com a monitorização da glicemia ($r=-.181$; $p = .03$), da escala da atividade dos autocuidados. Assim, uma percepção mais elevada das consequências da diabetes encontra-se relacionada com níveis superiores de adesão aos autocuidados, com exceção da monitorização da glicemia.

Relativamente à subescala *duração da doença*, obtivemos correlações estatisticamente significativas, positivas com intensidade moderada entre as dimensões alimentação geral ($r = .472$; $p = .00$), alimentação específica ($r= .429$; $p = .00$), exercício físico ($r= .516$; $p = .00$) e, com baixa intensidade, cuidados com os pés ($r=.170$; $p = .04$), excetuando a monitorização da glicemia que não se correlaciona significativamente. Assim, uma percepção de maior cronicidade da doença encontra-se relacionada, na maior parte das dimensões, com melhores autocuidados.

Na subescala *controlo pessoal* do IPQ não encontramos nenhuma correlação significativa com as dimensões do questionário dos autocuidados. Por sua vez, o *controlo pelo tratamento* correlaciona-se significativamente e positivamente, com intensidade moderada, com as dimensões alimentação geral ($r= .359$; $p = .00$), alimentação específica ($r=.349$; $p = .00$), exercício físico ($r= .430$; $p = .00$), e, com baixa intensidade, com o cuidados com os pés ($r= .187$; $p = .03$). Assim, estes dados sugerem que os diabéticos que apresentam uma forte crença na eficácia de tratamento (controlo de tratamento), aderem mais facilmente aos autocuidados, sendo que não podemos afirmar o mesmo relativamente à influência da menor ou maior percepção de controlo pessoal na diabetes.

Na subescala *identidade*, apuramos correlações significativas positivas, com intensidade moderada, com as dimensões alimentação geral ($r=.422$; $p = .00$), alimentação específica ($r=.346$; $p = .00$), exercício físico ($r=.445$; $p = .00$), e de baixa intensidade com o cuidados com os pés ($r=.168$; $p = .05$). Para além disso, foi

encontrada uma associação significativa entre esta subescala com a monitorização da glicemia, negativa, com intensidade moderada ($r = -.260$; $p = .00$). Assim, estes dados revelam que uma maior perceção dos sintomas encontra-se relacionada com maior adesão aos autocuidados, com exceção da monitorização da glicemia.

Na escala de *preocupação* com a doença, constatamos associações significativas, positivas, com intensidade moderada, com todas as dimensões dos autocuidados, apesar de verificarmos que no caso da alimentação geral ($r = .501$; $p = .00$), alimentação específica ($r = .403$; $p = .00$) e exercício físico ($r = .539$; $p = .00$) positivas e na monitorização da glicemia ($r = -.228$, $p = .01$) e cuidado com os pés ($r = -.229$; $p = .01$) negativas. Assim, os dados revelam quanto maior a preocupação face à doença, maiores serão os autocuidados recomendados aos diabéticos ao nível da alimentação geral, específica e do exercício físico.

Já no que respeita à *compreensão* da doença, verificamos correlações significativas, positivas, com intensidade moderada com a alimentação geral ($r=.275$; $p<.01$), alimentação específica ($r=.296$; $p = .00$) e exercício físico ($r=.323$; $p = .00$). Deste modo, verifica-se que quanto maior o nível de compreensão da doença, maior a adesão aos autocuidados ao nível da alimentação geral, específica e do exercício físico.

Por fim, na subescala *resposta emocional*, apuramos correlações estatisticamente significativas, positivas, com intensidade moderada com a alimentação geral ($r=.380$; $p = .00$), alimentação específica ($r=.312$, $p = .00$) exercício físico ($r=.339$; $p = .00$), tal como nas anteriores.

Da análise da tabela 14, quando analisamos a relação entre as três subescalas dos conhecimentos acerca da doença e as dimensões do IPQ encontramos associações estatisticamente significativas, positivas, com intensidade moderada entre os *conhecimentos* e a subescala consequências ($r = .236$; $p = .01$) e com a subescala controlo do tratamento ($r = .200$; $p = .02$) e intensidade baixa com a dimensão preocupação ($r=.194$; $p=.00$). Os dados sugerem que quanto mais conhecimento acerca da diabetes apresentam os utentes maior a perceção das consequências, do controlo pelo tratamento e maior a preocupação com a doença.

Da associação da subescala *conhecimentos corretos acerca da diabetes* com as dimensões do questionário dos autocuidados encontramos associações estatisticamente significativas, positivas, com intensidade moderada, com as dimensões alimentação geral ($r= .400$; $p=.00$), com alimentação específica ($r= .433$; $p=.00$), com o exercício

físico ($r = .373$; $p = .00$) e com o cuidado com os pés ($r = .242$; $p = .00$). Assim estes dados sugerem que quanto mais elevados os conhecimentos sobre a doença, mais autocuidados os utentes apresentam ao nível da alimentação geral e específica, do exercício e dos cuidados com os pés.

Relativamente à associação da subescala *desconhecimento* com as dimensões do IPQ, constatamos associações estatisticamente significativas negativas, de intensidade moderada, com as dimensões consequências ($r = -.278$; $p = .00$), duração ($r = -.195$; $p = .02$), preocupação ($r = -.272$; $p = .00$) e resposta emocional ($r = -.221$; $p = .01$), e correlações baixas, com as dimensões controlo pelo tratamento ($r = -.195$; $p = .02$) e identidade ($r = -.184$; $p = .03$). Estes resultados indicam que quanto mais elevado o grau de desconhecimento sobre a doença, mais baixa é a perceção dos utentes em relação às consequências, duração, controlo de tratamento, identidade, preocupação e resposta emocional face à diabetes.

Da associação entre a subescala *desconhecimento* e os autocuidados verificamos associações estatisticamente significativas, negativas, de intensidade moderada, com a alimentação geral ($r = -.415$; $p = .00$), alimentação específica ($r = -.403$; $p = .00$), exercício físico ($r = -.359$; $p = .00$) e cuidado com pés ($r = -.267$; $p = .00$). Assim, evidenciamos que quanto mais elevado o grau de desconhecimento dos diabéticos, menos autocuidados estes têm em relação à alimentação geral e específica, exercício físico e cuidado com os pés.

Por fim, relativamente aos falsos conhecimentos não foram encontradas associações com as dimensões do IPQ e com o questionário dos autocuidados.

Tabela 14. Resultados da correlação de *Spearman* entre as variáveis percepção da doença, conhecimentos e autocuidados (N=140)

	Alimentação geral	Alimentação específica	Exercício físico	Monitorização da glicemia	Cuidados aos pés	Conhecimentos	Desconheci mentos	Falsos Conhecimentos
Consequências_ IPQ	.481***	.495***	.530***	-.181*	.305***	.236**	-.278**	.064
Duração_ IPQ	.472***	.429***	.516***	-.143	.170*	.161	-.195*	.041
Controlo Pessoal_ IPQ	.041	.160	-.044	-.056	-.101	-.071	.093	-.079
Controlo pelo Tratamento_ IPQ	.359***	.349***	.430***	-.118	.187*	.200*	-.195*	.002
Identidade_ IPQ	.422***	.346***	.445***	-.260**	.168*	.109	-.184*	.122
Preocupação_ IPQ	.501***	.403***	.539***	-.228**	-.229**	.194*	-.272**	.157
Compreensão_ IPQ	.275**	.296***	.323***	-.027	.054	.026	-.053	.049
Resposta Emocional_ IPQ	.380***	.312***	.339***	-.190	.121	.148	-.221**	.134
Conhecimentos	.400***	.433***	.373***	-.094	.242**	1.000□	-.860***	.049
Desconhecimentos	-.415***	-.403***	-.359***	-.161	-.267**	-.860***	1.000□	.490***
Falsos Conhecimentos	.100	.059	.046	-.082	.099	.049	.490***	1.000□

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

2.3.Comparação de grupos entre os utentes com a diabetes controlada e os utentes com a doença não controlada

Neste ponto foi estudada a diferença entre os grupos nas diferentes variáveis comportamentais e de estilo de vida, crenças e conhecimentos acerca da diabetes. Para verificar se existem diferenças significativas entre o grupo de pacientes com diabetes controlada e não controlada, utilizamos o teste de comparação de grupos *Mann-Whitney*, dado não estarem cumpridos os pressupostos para utilização da estatística paramétrica.

2.3.1. Crenças sobre a diabetes

Ao nível das crenças acerca da doença observa-se na tabela 15 a existência de diferenças significativas entre todas as subescalas de perceção da doença, com exceção do controlo pessoal, onde não se verificam diferenças entre os grupos. Assim, o grupo dos participantes controlados apresenta valores médios superiores em todas as subescalas relativamente à perceção que tem sobre a sua doença, demonstrando que têm uma maior perceção sobre as consequências desta doença, a sua duração, compreensão da mesma, perceção de controlo de tratamento mais elevada e respostas emocionais mais elevadas. Por sua vez, o grupo de diabéticos não controlados experienciam menos sintomas associados à doença, demonstram menor preocupação com a sua doença, associada à crença de que a doença não tem grandes consequências para a sua vida e que esta não irá durar para sempre.

Tabela 15. Resultados do teste *Mann-Whitney* na comparação entre o grupo de diabéticos controlados e não controlados em relação às crenças acerca da diabetes (N=140)

	Grupo				Z	P
	Diabéticos Controlado (n=70)		Diabéticos Não-Controlado (n=70)			
	M	DP	M	DP		
Consequências	3.30	.67	1.87	.98	-7.92	.00
Duração	3.34	.66	2.21	.76	-7.46	.00
Controlo Pessoal	2.43	.83	2.37	.78	-.20	.84
Controlo Tratamento	3.10	.54	2.24	.84	-6.09	.00
Identidade	2.97	.54	2.14	.80	-6.22	.00
Preocupação	3.00	.48	1.97	.82	-7.46	.00
Compreensão	3.21	.41	2.59	.77	-5.45	.00
Resposta Emocional	3.17	.64	2.49	.91	-4.60	.00

Da análise descritiva da dimensão causas do IPQ-Brief, constatamos que a maioria dos sujeitos de ambos os grupos, atribuem as causas da diabetes a fatores hereditários, ao tipo de alimentação e ao sedentarismo.

Tabela 16. Resultados da análise descritiva na comparação entre o grupo de diabéticos controlados e não controlados em relação às causas da diabetes, do IPQ-B (N=140)

Causas	Grupo			
	Diabéticos Controlado (n=70)		Diabéticos Não-Controlado (n=70)	
	N	%	N	%
- Hereditariedade	16	22,9	15	21,4
- Hereditariedade, alimentação, inatividade física e sedentarismo	26	37,1	16	22,9
- Hereditariedade, tabagismo	1	1,4	3	4,3
- Alimentação e sedentarismo	21	30,0	32	45,7
- Alimentação e <i>stress</i>	1	1,4	0	0
- <i>Stress</i>	1	1,4	1	1,4
- Alteração do sistema nervoso	1	1,4	0	0
- Desconhece	2	2,9	2	2,9

2.3.2. Conhecimentos acerca da doença

Através do da análise da tabela 17, apuramos diferenças significativas entre os grupos em todas as dimensões, ao nível dos conhecimentos e dos desconhecimentos, sendo que o grupo dos utentes controlados apresenta um maior conhecimento sobre a diabetes e, o grupo dos não controlados, apresenta maior desconhecimento em relação à doença. Para além disso, na grande maioria das dimensões, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos ao nível dos falsos conhecimentos, ou seja, das respostas erradas.

Salienta-se, ainda, que as dimensões onde se verifica um maior desconhecimento por parte dos utentes com a diabetes não controlada são a identidade, as complicações e limitações, sendo que o maior conhecimento se repercute na dimensão do controlo.

Deste modo, os resultados apresentados corroboram a perspectiva de Martinez, Locaíza, Aguilar, Navarro e Flores (2008) segundo a qual os conhecimentos quer sobre a doença quer sobre a saúde possibilitam a resolução de problemas e a adopção de um comportamento saudável. Do mesmo modo, a Organização Mundial de Saúde (2008), preconiza que seja contemplado o conhecimento como uma área de intervenção de modo a possibilitar que o paciente tome as decisões que se impõe sobre a sua saúde, pois só conhecimento irá possibilitar ao paciente a participação ativa e autónoma na tomada de decisão sobre a sua saúde, fazendo a autogestão da sua doença e tratamento.

Tabela 17. Resultados do teste *Mann-Whitney* para comparação entre o grupo de diabéticos controlados e não controlados em relação aos conhecimentos da diabetes (N=140).

	Grupo				Z	p
	Diabéticos Controlado (n=70)		Diabéticos Não-Controlado (n=70)			
	M	DP	M	DP		
Identidade						
- Conhecimentos/ corretos	2.16	1.10	1.24	1.22	-4.37	.00
- Desconhecimentos	1.30	1.36	2.41	1.56	-4.24	.00
- Falsos Conhecimentos	.54	.74	.34	.68	-2.00	.05
Causas						
- Conhecimentos/ corretos	3.97	1.38	3.33	1.41	-3.29	.00
- Desconhecimentos	.80	1.04	1.51	1.48	-3.42	.00
- Falsos Conhecimentos	.57	.99	.34	.63	-1.04	.30
Duração						
- Conhecimentos/ corretos	3.97	1.38	3.33	1.41	-3.29	.00
- Desconhecimentos	.64	1.20	1.20	1.54	-2.60	.01
- Falsos Conhecimentos	.39	.82	.47	.70	-1.25	.21
Tratamento						
- Conhecimentos/ corretos	4.33	.65	3.89	.88	-3.03	.00
- Desconhecimentos	.36	.57	.73	.80	-3.09	.00
- Falsos Conhecimentos	.31	.53	.39	.55	-.87	.38
Limitações						
- Conhecimentos/ corretos	3.07	.97	2.33	1.18	-3.98	.00
- Desconhecimentos	.44	.74	1.04	1.14	-3.82	.00
- Falsos Conhecimentos	.49	.76	.63	1.01	-.30	.76
Controlo						
- Conhecimentos/ corretos	4.83	1.01	4.27	1.03	-3.59	.00
- Desconhecimentos	.81	.98	1.51	1.14	-3.91	.00
- Falsos Conhecimentos	.36	.59	.21	.48	-1.70	.09
Complicações						
- Conhecimentos	3.40	.94	2.80	.83	-4.42	.00
- Desconhecimentos	1.09	1.06	1.83	1.05	-4.19	.00
- Falsos Conhecimentos	.51	.70	.37	.71	-1.61	.11

2.3.3. Autocuidados

A avaliação dos autocuidados é parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7, correspondendo aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, sendo o zero a situação menos desejável e sete a mais favorável.

Relativamente aos autocuidados com a diabetes, foram verificadas diferenças significativas entre o grupo de diabéticos controlados e de diabéticos não controlados exceptuando a medicação que evidencia tendência de significância ($p=.05$). Os utentes do grupo com diabetes controlada demonstram ter maiores autocuidados na maioria das dimensões, excetuando na monitorização de glicemia, uma vez que esta necessidade é consequência de uma menor adesão ao tratamento e aos autocuidados que lhes estão associados. Assim, estes utentes têm que controlar os níveis de glicemia com mais frequência que os restantes, de forma a controlar a doença. Salienta-se, ainda, que na dimensão medicamentos apenas foi avaliado o número de dias que o utente cumpre a medicação, não tendo sido incluída a toma de injeções de insulina, pelo facto de a maioria dos utentes que as tomam pertencerem apenas ao grupo de diabéticos não controlados.

Assim, constata-se que o grupo dos pacientes controlados aderem às recomendações terapêuticas, adoptando deste modo um papel ativo e colaborante na implementação do regime terapêutico, envolvendo-se no cumprimento das orientações terapêuticas e nas ações de autocuidado que o tratamento exige. Por outro lado, o grupo dos não controlados manifesta incapacidade de gerir de forma eficaz o regime terapêutico proposto, demonstrando uma falta de adesão generalizada aos diferentes componentes do tratamento, não alcançando as metas estabelecidas pelas directrizes científicas no controlo da diabetes tipo II.

Tabela 18. Resultados do teste *Mann-Whitney* para comparação entre o grupo de diabéticos controlados e não controlados em relação aos autocuidados na diabetes (N=140)

	Grupo				Z	P
	Diabéticos Controlado (n=70)		Diabéticos Não-Controlado (n=70)			
	<i>N^a dias por semana (M)</i>	DP	<i>N^a dias por semana (M)</i>	DP		
Alimentação geral	3.64	.98	1.81	1.06	-8.03	.00
Alimentação específica	5.63	1.07	3.88	1.31	-7.39	.00
Exercício físico	4.84	1.08	1.79	1.20	-9.79	.00
Cuidados com os pés	5.68	1.25	4.79	1.76	-3.05	.00
Monitorização da glicemia	2.41	1.65	3.74	1.98	-4.10	.00
Medicação	6.89	.084	6.61	1.30	-1.97	.05

3. Discussão de Resultados

De forma a poder dar resposta aos objetivos que orientam o nosso estudo, será feita uma discussão dos principais resultados encontrados, tendo por base a revisão da literatura apresentada na parte teórica, seguindo a ordem de apresentação dos resultados anteriormente descritos.

A Diabetes é uma doença com múltiplas repercussões para o indivíduo, em vários domínios da sua vida. Neste sentido, o estudo de variáveis que possam contribuir para uma melhor adesão à terapêutica e, para além disso, contribuir para uma melhor qualidade de vida destes sujeitos, é fundamental. Assim, no nosso estudo achamos fulcral estudar as representações cognitivas da doença, uma vez que, a forma como a pessoa avalia a sua doença e lida com ela, estabelece-se como um suporte para a adesão terapêutica; os conhecimentos sobre a diabetes é uma variável considerada fundamental para que o paciente entenda e compreenda a sua doença e suas implicações; e os autocuidados, intimamente relacionados com as variáveis anteriores, visto que a adoção de novos hábitos de saúde depende das crenças que a pessoa tem sobre a sua doença e exige determinados conhecimentos acerca da doença para que sejam adotados comportamentos saudáveis.

Neste sentido, constatamos que os utentes, de um modo geral, relativamente às representações cognitivas da diabetes, referem compreender a sua doença e as suas consequências, entender a influência da mesma ao nível emocional, a sua cronicidade e relatam experienciar os sintomas associados à doença. Para além disso, uma grande parte admite ter controlo pessoal sobre a sua doença, percecionando maior eficácia no controlo do tratamento. Os participantes consideram que as causas da sua doença se devem à junção da hereditariedade com fatores de vida diária, como a alimentação e o sedentarismo. Estes resultados vão, no geral, de encontro aos estudos de Sousa (2003), sendo que os diabéticos percecionam a sua doença como crónica. Para além disso, a autora relata que os mesmos sujeitos demonstram compreender a sua doença e ter algum controlo pessoal e de tratamento sobre a diabetes. Assim, as crenças que o indivíduo constrói relativamente à Diabetes Tipo II têm um papel importante a desempenhar no ajustamento à doença, uma vez que irão determinar o comportamento e as respostas do indivíduo em relação ao tratamento.

Em relação aos autocuidados adotados pelos inquiridos, verificamos que na amostra total as dimensões que apresentam resultados mais elevados dizem respeito à medicação e cuidados com os pés. Porém, os utentes evidenciam ter poucos cuidados com a sua alimentação, praticar pouco exercício físico e não fazer uma monitorização cuidada como recomendada pelo médico. O autocuidado tem como objetivo principal alcançar as metas estabelecidas pelas diretrizes científicas no controlo da diabetes Tipo II. Todavia um número considerável de pacientes diabéticos não se envolvem em comportamentos de autocuidados de modo a otimizar o seu controlo glicémico (Hartz et al., 2006; Jordan et al., 2010; Song et al., 2008), tal como constatamos no nosso estudo. Dada a sua causa multifatorial, são também vários os conjuntos de fatores que lhe têm vindo a ser associados à não adesão terapêutica, como as características dos pacientes, tais como o nível educacional, a idade, o género, apoio familiar, as crenças do paciente face à doença e respetivo tratamento, e a perceção de autoeficácia na realização dos autocuidados; as características da doença e fatores de tratamento, como a gravidade e sintomatologia percebida e a perceção de autoeficácia na realização dos autocuidados (Bonds et al., 2004; Gatt & Sammut, 2008; Silva, 2006; Hartz et al., 2006; Jordan et al. 2010; Raun et al., 2012; Smith et al., 2012). Porém, no nosso estudo, não podemos comprovar a influência das variáveis sociodemográficas nos autocuidados dos diabéticos uma vez que não evidenciamos diferenças significativas ao nível das mesmas.

Por fim, em relação à amostra total, torna-se fundamental analisarmos os resultados relativamente ao questionário de conhecimentos da diabetes. A importância de estudarmos esta variável advém, tal como referido pela Organização Mundial de Saúde (2008), da necessidade de prevenir e educar para a saúde. Para tal, é necessário fornecer a informação adequada sobre a doença de modo a possibilitar que o paciente tome as decisões que se impõem sobre a sua saúde. No que concerne à avaliação dos conhecimentos sobre a diabetes, na globalidade da amostra, verificamos que a média de respostas de conhecimentos era superior ao desconhecimento e falsos conhecimentos. Porém, é importante salientar que em algumas questões verificamos que os sujeitos desconhecem totalmente alguns fatores relevantes na diabetes: a diabetes é definida por o corpo produzir insulina a mais (50% de desconhecimento), por haver perda rápida de peso (63,6%), a diabetes pode ser causada por não descansar o suficiente (60,7%), para a doença não piorar é importante avaliar o nível de acetona na urina (61,4%), devido à diabetes outros problemas de saúde podem acontecer só aos diabéticos que fazem injeções de insulina (65,7%) e só podem ser tratados depois de o doente ter notado sintomas ou sinais (52,9%). Neste sentido, um estudo desenvolvido em Portugal por Grilo (2003), analisou o nível de conhecimentos e a sua relação com adesão terapêutica. O grupo de diabéticos apresentava valores de glicemia (Hemoglobina Glicosilada) superiores aos aconselhados pela comunidade médica. Os resultados deste estudo, com pacientes diabéticos portugueses, sugerem, assim, a existência de uma enorme extensão entre aquilo que os pacientes são ensinados a fazer e o que realmente fazem, o que podemos ver pelos baixos autocuidados em algumas das dimensões. Os resultados demonstram que os diabéticos evidenciaram bons conhecimentos sobre a doença, sendo que os níveis de conhecimento foram mais elevados nas dimensões tratamento, duração e controlo, no entanto, evidenciaram maior desconhecimento nas dimensões identidade e causas da doença. O nosso estudo vai, em parte de encontro a estes dados, sendo que os utentes demonstram maiores níveis de conhecimento nas dimensões tratamento e controlo e menor nas dimensões identidade e limitações.

A importância das representações da doença e dos conhecimentos para a adoção de hábitos e comportamentos de saúde, ou seja, de autocuidados, é fundamentada pela literatura. Assim, quando analisamos a associação entre estas três variáveis, constatamos que, entre a escala de representações da doença e de autocuidados, existem associações estatisticamente significativas moderadas na maioria das subescalas, sendo elas consequências da doença, associação com alimentação geral e específica, exercício

físico, cuidados com os pés (correlações positivas) e monitorização da glicemia (correlação negativa), da escala dos autocuidados; duração da doença associação com alimentação geral, específica e exercício físico (correlações positivas); controlo pelo tratamento correlaciona-se com alimentação geral, específica, exercício físico, e cuidados com os pés, sendo todas associações positivas; identidade associa-se com alimentação geral e exercício físico (correlações positivas); preocupação com a doença associa-se de forma moderada com alimentação geral, específica e exercício físico (correlações positivas). As associações entre a representação da doença e os autocuidados que apresentam correlações estatisticamente significativas baixas são a duração da doença com as dimensões monitorização da glicemia e cuidados com os pés (correlações positivas); o controlo pessoal com a monitorização da glicemia (correlação negativa); a identidade com as dimensões alimentação específica, cuidado com os pés (correlações positivas) e monitorização da glicemia (correlação negativa); a preocupação com a doença e as dimensões cuidados com os pés e monitorização da glicemia (correlações positivas); compreensão da doença apresenta associação com as dimensões com alimentação geral, específica, exercício físico, monitorização da glicemia (correlações positivas) e cuidado com os pés (correlação negativa); resposta emocional associa-se com alimentação geral, específica, exercício físico e cuidado com os pés (correlação positiva). Por fim, relativamente à associação entre estes dois questionários, não constatamos correlações estatisticamente significativas entre o controlo pessoal e as dimensões dos autocuidados. Resultados similares ao do nosso estudo foram encontrados por Brazão (2008), que evidenciou que uma maior representação das consequências se associa a uma maior adesão aos cuidados com os pés e a menor adesão à monitorização glicémica (que pode ser explicada pelas estratégias de evitamento). Por sua vez, a autora admite que uma maior crença de controlo pessoal (autoeficácia) se associa à adesão à alimentação específica recomendada pelos profissionais de saúde, o que não se verifica no nosso estudo, onde não foram encontradas associações entre o controlo pessoal e as dimensões do questionário de autocuidados.

Quando analisamos a associação dos conhecimentos com as representações da doenças e os autocuidados, verificamos que quanto mais conhecimento sobre a doença maiores os valores das subescalas do IPQ-B: consequências, controlo pelo tratamento e preocupação e maiores os valores nas dimensões dos autocuidados: alimentação geral, específica, exercício físico e monitorização da glicemia na escala dos autocuidados. Por

sua vez, quando verificamos elevado desconhecimento relativamente à diabetes, menor era a percepção dos utentes acerca das consequências, duração, controlo pelo tratamento, identidade, preocupação e resposta emocional do IPQ-B, e menores os valores nas dimensões alimentação geral, específica, exercício físico, monitorização da doença e cuidados com os pés dos autocuidados. Compreendemos que, de uma forma geral, quanto mais conhecimentos o utente tem sobre a sua doença mais representações cognitivas ajustadas (e.g. maior percepção das consequências, maior preocupação e maior controlo pelo tratamento) vai formular e mais autocuidados vai adotar, e o contrário se verifica no diabético que desconhece no geral a sua doença. Contudo, embora o conhecimento relacionado com a tríade terapêutica (dieta, medicação e exercício físico) e com a monitorização da glicose sejam importantes para a autogestão da diabetes, este, por si só, não é um preditor de adesão que garanta as mudanças nos comportamentos ou uma efetiva autogestão da doença de modo a manter os valores glicémicos dentro dos parâmetros estabelecidos pela comunidade científica (Avilés, Alvara-Slis, Martínez-Vasquez & Pince-Rosas, 2007; Chan et al., 1999; Heisler et al., 2005; Martínez et al., 2008; Silva, 2006). Assim, é fundamental promovermos uma maior psicoeducação da doença com estes utentes mas, para além disso, compreender que outras variáveis podem estar associadas a maiores opções de autocuidados.

O principal objetivo do nosso estudo consistia em avaliar as diferenças entre o grupo dos diabéticos controlados e utentes não controlados ao nível das variáveis representações cognitivas da doença, conhecimentos e autocuidados na diabetes.

Dos resultados obtidos, podemos constatar que, no que se refere às crenças/percepção da doença, o grupo dos controlados apresenta valores médios superiores em todas as subescalas do questionário: *consequências, duração, controlo de tratamento, identidade, preocupação, compreensão e resposta emocional*, o que indica que estes pacientes têm a percepção de que a doença afeta muito as suas vidas; têm ainda uma visão adequada da sua cronicidade; do mesmo modo indica que estes pacientes apresentam a crença na eficácia do tratamento da doença; também experienciam os sintomas associados à doença; apresentam ainda elevada preocupação com a doença; possuem uma compreensão ajustada da sua doença e e uma resposta emocional elevada (e.g. humor deprimido, assustado, zangado). No entanto, não apuramos diferenças significativas ao nível da subescala controlo pessoal, sendo que a percepção de controlo sobre a própria doença é semelhante entre os sujeitos que têm os

seus níveis de hemoglobina controlados quer os que não têm, o que indica que ambos os grupos percionam de forma similar a autoeficácia da sua atuação. Constatamos, ainda, que o grupo de utentes com a diabetes não controlada apresenta níveis baixos principalmente nas dimensões das *consequências* e *preocupação* com a doença, o que nos indica que estes pacientes tendem a considerar que a doença não afecta as suas vidas, possuem baixos níveis de preocupação face à doença, e que este grupo apresenta níveis inferiores de adaptação à doença. Numa investigação com pacientes portadores de diabetes tipo II realizado por Smith (2001, cit. in Keogh, 2007) em que o público-alvo era constituído por diabéticos controlados e não controlados (avaliados pelo marcador biológico hemoglobina glicosilada), ao contrário dos resultados evidenciados no nosso estudo, demonstrou que os indivíduos com níveis considerados não controlados referiam que a doença tinha um impacto negativo nas suas vidas muito significativo. Reportavam ainda ser portadores de uma maior intensidade de sintomas de hiperglicemia (e.g. fadiga, visão turva, feridas ou infeções nos pés, disfunção erétil) e mais emoções negativas (e.g. humor deprimido, assustado, zangado). Por outro lado, os indivíduos com um bom controlo glicémico desenvolveram cognições de controlo pessoal sobre a doença, menor relato de intensidade de sintomas, menor preocupação face à doença, maior expressão de emoções positivas e consequentemente aderiram facilmente à dieta, exercício físico e medicação. Nesse sentido, verifica-se também que pacientes diabéticos com diferentes valores de hemoglobina glicosilada (e.g. controlados e não controlados) parecem responder de forma distinta a nível cognitivo, emocional e comportamental à Diabetes, o que vai de encontro aos nossos resultados, apesar de se apresentar de forma distinta.

Relativamente às diferenças entre grupos ao nível dos conhecimentos sobre a diabetes, verificamos diferenças significativas entre todas as dimensões do questionário de conhecimentos sobre a diabetes, sendo que os utentes com a diabetes controlada são os que apresentam maiores níveis de conhecimentos corretos sobre a doença e, por sua vez, aqueles que não apresentam a diabetes controlada demonstram menos conhecimentos sobre a sua doença. Não foram encontradas evidências na literatura de que os utentes com os níveis de glicemia controlados apresentem maiores conhecimentos que os não-controlados. Porém Bains e Egede (2011) referem que a alteração do comportamento e estilo de vida é determinante para o controlo da diabetes, e, neste sentido, a educação do paciente tem impacto direto no tratamento dos sintomas e prevenção das complicações que lhe estão associadas, permitindo ao diabético integrar

a doença na sua vida e manter um equilíbrio saudável. Neste sentido, parece ser importante focar-nos também nas dimensões em que os utentes que não apresentam a diabetes controlada tem menos conhecimentos, de forma a podermos incidir sobre essas mesmas dimensões. Assim, dos resultados deste estudo, compreendemos que as dimensões que apresentam um maior défice de informação por parte destes utentes se prendem com a identidade da doença, as complicações e limitações, sendo que é nestas mesmas dimensões que devem incidir os programas psicoeducativos para diabéticos, de forma a colmatarmos os défices de informação que ainda existem e, deste modo, levar também a um aumento dos autocuidados destes utentes.

Por último, no que concerne às diferenças ao nível de autocuidados com a doença, apuramos diferenças significativas em quase todas as dimensões, sendo as mais visíveis ao nível do exercício físico e alimentação geral e específica, apresentando o grupo dos diabéticos controlados maiores autocuidados com a diabetes. A investigação científica e a prática clínica têm conduzido a resultados quanto à diferença de autocuidados em diabéticos tipo II controlados e não controlados, que corroboram os do nosso estudo, uma vez que verificamos que os utentes do grupo com diabetes controlada apresenta maiores autocuidados com a alimentação, com o exercício físico, praticando a maior parte dos dias, com o cuidado com os pés e com a medicação, sendo que tomam com mais rigor nos dias prescritos pelo médico. Assim, um estudo com pacientes portadores de diabetes tipo II realizado por Hartz e colaboradores (2006) constituído por diabéticos controlados ($A1C < 7\%$) e não controlados ($A1C > 8\%$) demonstrou que os diabéticos controlados apresentaram um comportamento adequado em relação à dieta, medicação, auto monitorização glicémica, abstinência tabágica, menor consumo de álcool e conseqüentemente um menor relato de complicações associadas à diabetes. Por outro lado, os diabéticos não controlados apresentaram excesso de peso, menor envolvimento de adesão à dieta, medicação, cuidados com os pés e maior consumo de álcool. Deste modo, a literatura científica tem demonstrado que os indivíduos que aderem às recomendações terapêuticas de autocuidado têm um papel ativo e colaborante na implementação do regime terapêutico, facto que permite manterem-se controlados e dentro dos parâmetros estabelecidos pelas responsáveis entidades científicas (American Diabetes Association, 2011; Davies & Srinivasen, 2006; DGS, 2011; Gazmararia, Ziemer, & Barnes, 2009; Minet, Moller, Vach, Wagner, & Henriksen, 2010; Raun et al., 2012; Smith et al., 2012; Tonstad, 2009). Por outro lado, os diabéticos com a diabetes mal controlada manifestam incapacidade para gerir de forma eficaz o regime terapêutico

proposto, facto que os torna mais propensos ao aparecimento de complicações relacionadas com a Diabetes Tipo II, traduzindo-se numa fraca adesão terapêutica e consequente agravamento do estado de saúde (Hartz, Kent, James, Xu, Kelly & Daly, 2006; Jordan & Jordan, 2010; Raun et al., 2012; Smith et al., 2012; Song & Lipmant, 2008).

Assim, compreendemos que em quase todas as subescalas/dimensões, os diabéticos controlados apresentam valores mais satisfatórios que o grupo dos não-controlados, sendo por isso fundamental trabalharmos e intervirmos sobretudo com estes últimos, de forma a promovermos, para além de mais conhecimento, melhor qualidade de vida e bem-estar.

4. Conclusão, Limitações e Implicações Futuras

Esta dissertação reflete um trabalho de investigação empírico relativamente à importância das representações cognitivas da doença, dos conhecimentos e dos autocuidados na diabetes, e das diferenças destas variáveis entre os diabéticos controlados e não controlados.

O objetivo geral deste estudo consistiu na exploração das diferenças entre dois tipos de utentes: utentes com a diabetes controlada e utentes com a diabetes não controlada. Inicialmente procedeu-se à definição e caracterização da amostra total de diabéticos tipo II, ao nível das representações cognitivas da doença, dos conhecimentos acerca da diabetes e dos autocuidados na doença,

Os resultados encontrados confirmam, na generalidade, os dados da literatura científica consultada. Relativamente à associação das variáveis em estudo, constatou-se que, de uma forma geral, as variáveis encontram-se associadas, sendo que quanto mais elevadas as crenças sobre a doença e os conhecimentos acerca da doença mais autocuidados os diabéticos adotam.

No respeitante às representações cognitivas, verificou-se que existem diferenças significativas entre os utentes com a diabetes controlada e não controlada, nas dimensões identidade, causa, controlo tratamento, preocupação, compreensão e resposta emocional, sendo que os pacientes com a diabetes não controlada são aqueles que se mostram menos afetados emocionalmente pela doença (e.g sentir-se deprimido, assustado, zangado), e demonstram uma menor compreensão sobre a mesma; acreditam

que a doença resulta da soma de fatores hereditários e de estilo de vida, menor preocupação face à doença, menor percepção da cronicidade e relatam experienciar menos sintomas. Por sua vez, os pacientes com diabetes controlada apresentam representações sobre a doença em que não está presente a crença na inevitabilidade, pois compreendem a sua doença, duração e consequências, identificam-se e preocupam-se com a mesma e desenvolvem a expressão de emoções como a preocupação e medo pois têm uma representação cognitiva da doença que leva a construção de expectativas que produzem níveis superiores de adaptação à doença. Para além disso, não se verificam diferenças significativas ao nível do controlo pessoal entre os dois grupos, ou seja, ambos os grupos referem ter a mesma percepção de autoeficácia sobre a sua doença.

Em relação aos conhecimentos acerca da diabetes, constataram-se diferenças significativas entre os dois grupos de utentes, sendo que os diabéticos controlados apresentam maior conhecimento em todas as dimensões do questionário de conhecimentos acerca da diabetes. Pelo contrário, os diabéticos não controlados apresentam maior desconhecimento e falsos conhecimentos e menos conhecimentos em todas as dimensões deste questionário, nomeadamente, e que merece ser foco de estudo, nas dimensões identidade, complicações e limitações, onde parecem não se identificar com a sua doença, não compreender as complicações inerentes à mesma e as limitações que daí podem advir.

Por último, relativamente aos autocuidados, verificou-se uma diferença significativa entre os grupos, ao nível das dimensões do questionário de avaliação das atividades de autocuidados, sendo que, de uma forma geral, os utentes com a diabetes controlada cumprem os requisitos essenciais à terapêutica, nomeadamente ao nível da alimentação geral, alimentação específica, exercício físico, medicação e cuidados com os pés. Porém, constatamos que os utentes com a diabetes não controlada apresentam maior necessidade e frequência de monitorização da glicemia. Esta necessidade é consequência de uma menor adesão ao tratamento e aos autocuidados que lhes estão associados. Assim, estes utentes têm que controlar os níveis de glicemia com mais frequência que os restantes, de forma a controlar a sua doença. Deste modo, verificamos que os utentes que não têm a diabetes controlada apresentam menor adesão terapêutica ao nível da atividade física, cuidados com a alimentação específica e cuidados com os pés.

Em resumo, dado o aumento da prevalência da diabetes, devido a fatores hereditários e de estilo de vida adotados, torna-se de crescente relevância a

implementação de programas de intervenção que tenham em atenção as representações cognitivas dos utentes sobre a sua doença, os conhecimentos e, principalmente, as principais dimensões onde se verifica mais desconhecimentos, e a importância dos autocuidados, baseado nas variáveis anteriores. Assim, é importante implementar uma estratégia eficaz de adesão terapêutica, adaptada às necessidades específicas dos utentes ao nível das crenças individuais sobre a doença, conhecimentos, de modo a promover maior adesão aos autocuidados e a um melhor prognóstico.

No que se refere às limitações do nosso estudo, apesar de esta investigação ser pioneira numa população de diabéticos tipo II (com diabetes controlada e não controlada, avaliada pelos níveis de HBA1C) numa unidade de cuidados de saúde primários e do rigor utilizado em todo o processo de investigação, este estudo apresenta algumas limitações metodológicas enunciadas a seguir e que devem ser consideradas.

Salientamos, inicialmente, a especificidade cultural da amostra, ou seja, o nosso estudo confina-se unicamente a um local restrito, o que também contribui para que os resultados não possam ser generalizados a nível regional ou nacional. Assim, seria desejável que o estudo fosse replicado com uma amostra aleatória e com uma representatividade geográfica mais alargada. O estudo padece também das limitações inerentes à utilização de instrumentos de auto-relato, nomeadamente os problemas de desejabilidade social que não foram controlados e poderão ter dado um viés positivo às respostas dadas.

Apesar destas limitações o estudo apresenta um aspecto positivo importante do ponto de vista metodológico que o enriqueceram. O estudo utiliza indicadores objectivos (e.g. hemoglobina glicosilada) e subjectivos de adesão terapêutica, colmatando uma das críticas mais comuns a este tipo de estudos.

Consideramos ter cumprido os objetivos propostos para este estudo e ter dado mais um passo no conhecimento relativo à importância do estudo das variáveis que influenciam a adesão ao tratamento, de forma a poder proporcionar, a estes utentes, melhores terapêuticas e uma melhor qualidade de vida.

Ao nível de investigações futuras sugere-se que estas incidam sobre o estudo das variáveis que contribuem de forma significativa, para um aumento da adesão terapêutica, sobretudo junto dos utentes com diabetes não controlada, de forma a podermos ter um maior controlo sobre estes pacientes e uma melhor qualidade de vida e bem-estar dos mesmos.

Assim, parece ser importante que estes estudos contemplem estas variáveis, incidam sobre os fatores que contribuem para o aumento dos autocuidados/adesão terapêutica, tais como o locus de controlo interno e externo, empenho e motivação sobre as dimensões fulcrais nas quais devem incidir os programas de intervenção, com utentes com a diabetes não controlada.

Com esta investigação compreendemos que a alteração das crenças, principalmente nas dimensões identidade e consequências, e um maior conhecimento, pode realmente ser um dos objetivos dos programas terapêuticos, para um aumento dos autocuidados. Neste sentido, torna-se importante testar a eficácia de um programa de intervenção em grupo, nestes pacientes, focando o aumento dos conhecimentos e ajustamento das crenças individuais.

Referências Bibliográficas

- Adolfsson, E., Walker-Engsteon, S., Smide, B., & Wikblad, K. (2007). Patient education in type 2 diabetes- A randomized controlled 1- year follow-up. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 35 (76), 341-350.
- Adolfsson, E., Starrin, B., Smide, B., & Wikblad, K. (2008). Type 2 diabetes patients experiences of two different educational approaches- A qualitative study. *Internacional. Journal of Nursing*, 4 (8), 986-994.
- Almeida, L.S., & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- American Diabetes Association (2011). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 34, (2) 11- 61. doi:10.2337/dc11-S011
- American Diabetes Association (2011). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 34, 62-69.
- Al- Qazaz, H., Hassali, M., Shafire, A., Sulaiman, S., & Sundra, S. (2011). Perception and knowledge of patients with types 2 diabetes in Malaysia about their disease and medication: A qualitative study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 7, 180-191.
- Ardena, G., Paz-Pacheco, E., Jimeno, C., Paterno, E., & Juban, N. (2010). Knowledge, attitudes and practices of persons with type 2 diabetes in a rural community: Phase I of community- based Diabetes Self- Management Education. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 90, 160-166.
- Avilés, A., Alvara-Sali, M., Martinez-Vasquez, D., & Pince-Rosas, A. (2007). Nivel de conocimiento sobre enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2 del primer nivel de atención médica, *Médecine*, 143 (6), 76-90.
- Barnett, H., Krentz, J., Strojek, K., Sieradzki, J., Azizi, F., Embong, M., & Winkler, G. (2008). The efficacy of self-monitoring of blood glucose in the management of patients with type 2 diabetes treated with a gliclazide modified release-based regimen. A multicentre, randomized, parallel-group, 6-month evaluation (DINAMIC 1 study). *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 10, 1239-1247. doi:10.1111/j.1463-1326.2008.00894.x
- Bains, S., & Egede, L. (2011). Associations Between Health Literacy, Diabetes Knowledge, Self-Care Behaviours, and Glycemic Control in a Low Income

- Population With Types 2 Diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 3 (13), 335-340.
- Bastien, A., Sunaert, P., Bernard, S., Nobels, L., Snanwaert, F., & Van Royen, P. (2009). Supporting diabetes self-management in primary care: Pilot-Study of a group-based programme focusing on diet and exercise. *Primary Care Diabetes*, 3, 103-109.
- Bastos, F., Severo, M., & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Medicina Porto*, 20, 11-20.
- Bem, A., & Kunde, J. (2006). A importância da determinação da hemoglobina glicada no monitoramento das complicações crônicas da diabetes mellitus. *Jornal Brasileiro Patologias Medicina Laboratorial*, 3 (42), 185, 191.
- Bishop, G. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bonds, D. E., Camacho, F., Bell, R. A., Duren-Winfield, V. T., Anderson, R. T., & Goff, D. C. (2004). The association of patient trust and self-care among patients with diabetes mellitus. *BioMedicine Central Family Practice*, 5 (26). doi:10.1186/1471-2296-5-26
- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., & Weinman, J. (2006). Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60 (6), 631-637.
- Bruce, D., Davis, W., Cull, B., & Timothy, E. (2003). Diabetes education and knowledge in patients with type 2 diabetes from the community, The Fremantle Diabetes Study. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 17 (5), 82-89.
- Campuzano-Maya, G., & Latorre-Sierra, G. (2010) La HbA1c en el diagnóstico y en el manejo de a diabetes. *Medicina & Laboratorio*, 16, 211-241.
- Clark, M., & Hampson, S. (2001). Implementing a psychological intervention to improve lifestyle self-management in patients with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, 42, 247-256.
- Chan, M., & Molassiotis, A. (1999). The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (2),432-456.
- Chiu, Y., Chang, M., Lin, L., Chang, P., Lo, W., Wu, L., Chen, T., & Hwang (2009). Adherence to a Diabetic Care Plan Provides Better Glycemic Control in

- Ambulatory Patients With Types 2 Diabetes. *Kaohsiung Journal Medicine Science*, 25, 184-192.
- Cox, D. J., & Gonder-Frederick, L. (1992). Major developments in behavioral diabetes research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (4), 628-638.
- Colagiuri, S., Cull, C., & Holman, R. (2002) Are lower fasting plasma glucose levels at diagnosis of type 2 diabetes associated with improved outcomes?. *Diabetes Care*, 25 (8), 1410–1417.
- Deshpande, A. D., Harris-Hayes, M., & Schootman, M. (2008). Epidemiology of diabetes and diabetes-related complications. *Physical Therapy*, 88 (3), 1254-1264. Doi: 10.2522/ptj.20080020
- DeFronzo, R. (2009) Banting Lecture. From the triumvirate to the ominous octet: a new paradigm for the treatment of type 2 diabetes mellitus. *Diabetes*, 58 (4), 773-795.
- Diabetes Control and Complications Trial Research Group (DCCT) (1996). The absence of a glycemic threshold for the development of long-term complications: the perspective of the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes*, 45 (10), 1289-1298.
- Direcção-Geral da Saúde (2000). *Educação Terapêutica na Diabetes mellitus*. Circular Normativa N°14/DGCG, de 12/12/2000 Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2003) *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
- Direcção-Geral da Saúde (2007) “*Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*”. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2006) *Pé Diabético – Programa de Controlo da Diabetes mellitus*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
- Direcção-Geral da Saúde (2011). *Prescrição e determinação da Hemoglobina Glicada*. Norma da Direcção Geral de Saúde a N°033/2011, de 30/09/2011, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde DGS (2011). *Diagnóstico e Classificação da Diabetes mellitus*– Norma da Direcção Geral de Saúde N°002/2011, de 14/01/2011 Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- Direcção-Geral da Saúde (2011). *Diagnóstico Sistemático de Nefropatia*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Eves, N. D., & Plotnikoff, R. C. (2006). Resistance training and type 2 diabetes. Considerations for implementation at the population level. *Diabetes Care*, 29 (8), 1933-1941. doi:10.2337/dc05-1981
- Farmer, K. (2012). Leventhal's common sense model and medication adherence. *Research and Social and Administrative Pharmacy*, 8 (2), 355, 356.
- Funell, M., & Anderson, M. (2004). Empowerment and self-management of Diabetes. *Clinical Diabetes*, 22 (3), 123-127.
- Garay-Sevilla, E., Nava, L. E., Malacara, J. M., Huerta, R., Diaz de Leon, J., Mena, A., & Fajardo, M. E. (1995). Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 9, 81-86.
- Garcia, E. (2010). HBA1C, standarización y expression de resultados. *Endocrinol Nutrición*, 57 (5), 177-181.
- Gatt, S., & Sammut, R. (2008). An exploratory study of predictors of self-care behaviour in persons with type 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1525-1533. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.02.00.
- Gardete-Correia, L., Boavida, M., Raposo, F., Mesquita, C., Fona, C., Carvalho, R., & Massano-Cardoso, S. (2010) First diabetes prevalence study in Portugal: PREVADIAB study. *Diabetic Medicine*, 27, 879–881
- Gimenes, H. T., Zanetti, M. L., & Haas, V. J. (2009). Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 17 (1), 23-34.
- Glasgow, R.E. (1995). A practical model of diabetes management and education. *Diabetes Care*, 18 (1), 117-126.
- Glasgow, R. E., Hampson, S.E., Strycker, L.A., & Ruggiero, L. (1997). Personal model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes selfmanagement. *Diabetes Care*, 20 (4), 556-561.
- Geulayov, G., Goral, A., Muhsen, K., Lipsitz, J., & Gross, R. (2010). Physical inactivity among adults with diabetes mellitus and depressive symptoms: Results from two independent national health surveys. *General Hospital Psychiatry*, 32, 570–576. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.09.004

- Giugliano D, Standl E, Visboll T, Betteridge J, Bonadonna R, Campbell IW, Schernthaner GH, Staels B, Trichopoulou A., & Farinaro E. (2008). Is the current therapeutic armamentarium in diabetes enough to control the epidemic and its consequences? What are the current shortcomings?. *Acta Diabetologica*, 46, 173-181.
- Giugliano, D., Maionino, M., Bellastello, G., Cliodini, P., & Esposito, K. (2011). Multiple A1C targets and insulin analogues in types 2 diabetes: a systematic review. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 25, 275-281.
- Gonder-Frederick, L., Cox, J., & Ritterband, M. (2002). Diabetes and behavior medicine: The second decade. *Journal of Consult Clinic Psychology*, 70, 611-625.
- Grilo, M. (2003). *Estudo dos Conhecimentos e Representações de Doença Associados à Adesão Terapêutica nos Diabéticos Tipo II*. Tese de Mestrado em Educação para a Saúde, apresentada ao instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Hagen, M., & Orbell, S. (2003). A Meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18 (2), 141-184.
- Hampson, S. E. (1998). Illness representations and the self-management of diabetes. In K. J. Petrie, & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness. The Netherlands: Harwood Academic Publishers*, 3, 323-347.
- Hampson, S. E., Glasgow, R. E., & Zeiss, A. M. (1994). Personal models of osteoarthritis and their relation to self-management activities and quality of life. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 143-158.
- Hartz, A., Kent, S., James, P., Xu, J., & Daly, J. (2006). Factors that influence improvement for patients with poorly controlled type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 74, 227-232.
- Heisler, M., Piette, J., Spencer, M., Kieffer, E., & Vigan, S. (2005). The relationship between knowledge of recent HBA1C values and diabetes care understand and self-management. *Diabetes Care*, 28, 816-822.
- Hill-Briggs, F., Gary, T. L., Bone, L. R., Hill, M. N., Levine, D. M., & Brancati, F L. (2005). Medication adherence and diabetes control in urban African Americans with type 2 diabetes. *Health Psychology*, 24 (4), 349–357. doi:10.1037/0278-6133.24.4.349

- Hinzman, R., Schadaege, C., & Tran, C. (2012). What do we need beyond Hemoglobin A1C to get the complete picture of glycemic in people with diabetes? *Internacional Journal Medicine Science*, 9 (8), 665-681.
- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (6), 555-56.
- Hu, G., & Tuomilehto, J. (2007). Lifestyle and outcome among patients with type 2 diabetes. *International Congress Series*, 1303, 160-171. doi:10.1016/j.ics.2007.03.022
- Jayne, R., & Rankin, S. (2001) Application of Leventhal's Self-Regulation Model to Chinese Immigrants with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Scholar Ship*, 5, 45-56.
- Jordan, D., & Jordan, J. (2010). Self-care behaviours of Filipino-American adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 24, 250-258.
- Keogh, K., White, P., Smith, S., McGilloway, S., Doward, T., & Gibney, J. (2007). Changing illness perceptions in patients with poorly controlled type 2 diabetes, a randomized controlled trial of a family based intervention: protocol and pilot study. *BMC Family Practice*, 3, 23-34.
- Kumoravel, B., Bachman, M., Murray, N., Dhataniga, K., Fenech, M., John, W., Scarpello, T., & Sampson, M. (2012). Use of haemoglobin A1C to detect impaired fasting glucose of type 2 diabetes in a United Kingdom community based population. *Diabetes Reserch and Clinical Praticce*, 96, 211-216.
- Lange, L., & Piette, J. (2005). Perceived health status and perceived diabetes control: psychological indicators and accuracy. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 129-137.
- Leventhal, H., & Diefenbach, M. (2003) Model of self-regulation of health and illness. *Routledge*, 3, 42-65.
- Leventhal, H., Safen, A., & Panagis, D. (1983). The Impact of Communications on the Self-Regulation of Health Beliefs, Decisions, and Behaviour. *Health Education Behaviour*, 10, 3-17.
- Leventhal, H. & Nerenz, D. (1985). The assesement of illness cognitive. Measurement strategies in health. *Psychology*, 3, 517-554.

- Leventhal, H., Musumeci, T., & Leventhal, E. (2006). Psychological approach to the connection of health and behavior. *Journal of Psychology, 36* (4), 666-682.
- Mann, D. M., Ponieman, D., Leventhal, H., & Halm, E. A. (2009). Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *Journal of Behavioral Medicine, 32* (6), 278–284. doi:10.1007/s10865-009-9202-y
- Maes, S., & Karoly, P. (2005). Self-Regulation Assessment and Intervention in Physical Health and Illness: A review. *Applied Psychology, 54*, 267-299.
- Martinez, B., Locaíza, B., Aguilar, J., Navarro, D., Delgado, G., & Flores, F. (2008). Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado. *Enfermería Global, 13*, 1-8.
- Maroco (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS (3ª Ed.)* Lisboa: Sílabo
- Moss-Moris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health, 17* (1), 1-16.
- Negarandeh, R., Mahmoodi, H., Noktehdan, H., Heshmat, R., & Shakibazadeh, A. (2012). Teach back and pictorial image educational strategies on knowledge about diabetes and medication/ dietary adherence among low health literacy patients with types 2 diabetes. *Primary Care Diabetes, 6*, 1-8.
- Norris, L., Lau, J., Smith, S., & Schmid, M. (2002). Engलगau, Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care, 25* (5) 1159–1171.
- Observatório Nacional de Diabetes (2011). *Diabetes: factos e números. Relatório Anual do Observatório Nacional e Diabetes*. Retirado de: <http://www.spd.pt/images/relatorio%20anual%20diabetes%202010.pdf>
- Olivarius, H., Beck-Nielsen, A., Andreasen, M., Horder, P., & Pedersen, S. (2006). Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus, *Journal of Psychosomatic Research, 323*, 970–975.
- Ogden, J. (2004). *Health Psychology: a textbook*. United Kingdom: Open University Press.
- Orem, D.E., (2001). *Nursing: Concepts of Practice*, 6th ed. Mosby, New York.
- Organização Mundial da Saúde (2009). Cuidados Inovadores para Condições Crónicas. Componentes estruturais de acção. Relatório mundial. On line: <http://www.who.int/chronic-conditions/en/11/10/2009>.

- Oftedal, B., & Bem, K. (2009) Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (10), 2548- 2556
- Pais-Ribeiro, J.L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Persell, S., Keating, N., Landrum, M., Landon, B., Ayanlar, J., Borbas, C., & Guadagnoli, E. (2004). Relationship of diabetes- specific knowledge to self-management activities, ambulatory preventive care, and metabolic outcomes. *Preventive Medicine*, 39, 746-752.
- Raum, E., Kramer, H., Ruter, G., Rothenbacher, D., Roseman, T., Szecseny, J., & Brenner, A. (2012). Medication non-adherence and poor glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Research And Clinical Practice*, 3, 110-113.
- Ridder, D., Geenen, R., Knijer, R., & Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Department of Clinical & Health Psychology, Utrecht University*, 372, 246-255.
- Roberto, N., Enrique, P., Germán, M., & Rosa, A. (2008). Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. *Revista Medicina Hered*, 19 (2), 68-72.
- Roglic, G., Unwin, N., Bennett, P., Maathers, C., Tuomilehto, J., Nag, S., & Connolly, V. (2005) The Burden of Mortality Attributable to. *Diabetes care*, 28, 2130-2135.
- Saldana, B., Martinez, B., Hernandez, L., Novoa, S., Palacios, P., & Garcia, J. (2007). Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. *Medicina Familiar*, 9 (3), 147, 159.
- Searle, A., Norman, P., Thompson, R., & Vedhara, K. (2007). Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: Relationships with self-management behaviours. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 175-184.
- Searle, A., Norman, P., Thompson, R., & Vedhara, K. (2007). A prospective examination of illness beliefs and coping in patients with type 2 diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 12, 621-638.
- Siebolds, M., Gaedeke, O., & Schiwedes, U. (2006) Self-monitoring of blood glucose. Psychological aspects relevant to changes in HBA1C in type 2 diabetes

- patients treated with diet plus oral antidiabetic medication. *Patient Education and Counseling*, 62, 104-110.
- Silverman, R., Arosa, H., Kwiatkowski, T., Kirsten, M., Graff, K., Baneman, E., Kohn, N., Bowman, C., Smith, K., & Lesser, M. (2010). Increased A1C Among Adult Emergency Department Patients With Type 2 Diabetes. *Annals of Emergency Medicine*, 6, (57), 575-580.
- Silva, I. L. (2006). *Psicologia da Diabetes*. Coimbra: Quarteto.
- Smith, K., Pagé, V., Gariépy, G., Béland, M., Badawi, G., & Schmitz, N. (2012). Self-rated diabetes control in a Canadian population with type 2 diabetes: Associations with health behaviours and outcomes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 95, 162-168.
- Smith, W., & Doiwd, S. (2001). Psychological determinants of glycaemic control in type 2 diabetes. *Department Public Health and Primary Care*, 30, 654-658.
- Song, M., & Lipman, T. (2008). Concept analysis: Self-monitoring in type 2 diabetes mellitus. *Internacional Journal of Nursing Studies*, 45, 1700-1710.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2010) Estudo de monitorização da implementação regional e nacional do rastreio sistemático e tratamento da retinopatia e nefropatia diabéticas e os cuidados do pé diabético. *Direção Geral de Saúde*.
- Standards of Medical Care in Diabetes (2011). Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus Abbreviated Report of a WHO Consultation: World Health Organization 2011. *Diabetes Care*, 34 (1), 54-60.
- Tahrani, A., Piga, M., Kennedy, A., & Barnett, A. (2010). Glycemic control in types 2 diabetes: Targets and new therapeutics. *Pharmacology & Therapies*, 125, 328-361.
- Tahrani A, Piya M., & Barnett A (2009) Saxagliptin: a new DPP-4 inhibitor for the treatment of type 2 diabetes mellitus. *Advanced Therapeutics*, 26(3), 249-262
- Tonstad, S. (2009). Cigarette smoking, smoking cessation, and diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 85, 4-13.
- Toobert., D., Hampton, S., & Glasgow, R. (2000). The summary of Diabetes Self-activities Measure- Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23 (7), 943-950.

- Trento, M., Passera, P., Borgo, E., Tomalino, M., Bajardi, M., & Cavallo, F. (2007). A 5-year randomized controlled study of learning, problem solving ability, and quality of life modifications in people with type 2 diabetes managed by group care. *Diabetes Care*, *27*, 670–675.
- UK Prospective Diabetes Study (1998) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet*, *352*, 837-53.
- Valdez, R. (2009). Detecting undiagnosed type 2 diabetes: Family history as a risk factor and screening tool. *Journal of Diabetes Science and Technology*, *3*(4), 722-726.
- Valdés, S., Botas, P., Delgado, E., Alvarez, F., & Díaz-Cadóniga, M. (2011). HBA1C in the prediction of type 2 diabetes compared with fasting and 2-h post-challenge plasma glucose: The Asturias Study. *Diabetes & Metabolism*, *37*, 27-32.
- Vazão, M. (2008). *Relações entre Optimismo Disposicional, Representações da Doença, Adesão às Atividades de Autocuidado e Bem-Estar Subjectivo*. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde, apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Voorham, J., Haajer- Ruskamp, Wolffenbutell, B., Stolk, R., & Dening, P. (2011). Medication Adherence Affects Treatment With Types 2 Diabetes. *Clinical Therapeutics*, *33* (1), 75-80.
- Weinman, J., Petrie, K., & Moss-Morris, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, *11*, 431-444
- Wens, J., Vermeire, E., Hearnshaw, H., Lindenmyer, A., Biot, Y., & Van Royen, P. (2008). Educational interventions aiming at improving adherence to treatment recommendations in type 2 diabetes. A Sub-analysis of a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *79*, 377-388.
- World Health Organization (2009). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2011). *Highlights on health in Portugal*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2011). *Diabetes*. Consultado em Setembro 2, 2011 em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>

Zimmet P, Alberti K., & Shaw, J. (2001) Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature*, 414, 782-787.

- Anexos -

Anexo I

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

O presente estudo intitula-se de “ Representações da Diabetes, conhecimentos acerca da doença e autocuidados: um estudo com Diabéticos Tipo II controlados e não controlados”, inserindo-se no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa – Braga, estando sob orientação da Dr^a Ana Trovisqueira e da Professora Doutora Eleonora Costa. Este estudo obteve o Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte.

Este estudo tem como objectivo estudar as crenças, os conhecimentos acerca da diabetes e os comportamentos de saúde em pacientes diabéticos. A sua participação envolve o preenchimento de alguns questionários breves, sendo necessário cerca de 10 a 15 minutos para o preenchimento dos mesmos.

A sua participação é muito importante para a concretização deste estudo e é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem dar qualquer explicação e sem qualquer consequência.

Os dados recolhidos serão confidenciais e de acesso restrito ao investigador e orientadoras do estudo.

O investigador

(Luís Baptista)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

Anexo II

Folha de Rosto

Questionário de Dados Sócio-demográficos e Clínicos

Questionário de dados Sócio-demográficos e Clínicos

Data: ____ / ____ / ____

Género:

Masculino

Feminino

Idade: _____

Peso: _____ Altura: _____

Área de Residência:

Rural

Urbana

Estado Civil:

Solteiro(a)

Casado(a)

União de Facto

Divorciado(a), Separado(a)

Viúvo(a)

Anexo III

Folha de Rosto

Illness Perception Questionnaire Brief (Weinman & Petrie, 2004; versão portuguesa de McIntyre & Trovisqueira, 2004)

Questionário de Crenças sobre a Doença -Versão Breve

(Weinman & Petrie, 2004; versão portuguesa: Araújo-Soares, Trovisqueira & McIntyre, 2004)

Por favor, para cada uma das questões que se seguem, coloque um círculo à volta do número que melhor corresponde à sua maneira de pensar:

Qual o grau em que a sua doença afecta a sua vida?				
0	1	2	3	4
Não afecta nada				Afecta gravemente a minha vida
Quanto tempo pensa que vai durar a sua doença?				
0	1	2	3	4
Muito pouco tempo				Para sempre
Qual o grau de controlo que sente sobre a sua doença?				
0	1	2	3	4
Nenhum controlo				Tenho muitíssimo controlo
Até que ponto pensa que o seu tratamento pode ajudar a sua doença?				
0	1	2	3	4
Não vai ajudar nada				Vai ajudar muitíssimo

Anexo IV

Folha de Rosto

Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD) (Sousa & McIntyre, 2003)

Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD)

(Sousa & McIntyre, 2003)

Gostaríamos que respondesse a algumas questões acerca da diabetes tipo 2 (Diabetes Mellitus Não Insulinodependente). Para tal, leia atentamente as seguintes frases e marque uma cruz (X) no **Verdadeiro**, **Falso** ou **Não Sei**. Note que em cada grupo pode haver mais que uma resposta verdadeira ou falsa.

	Verdadeiro	Falso	Não Sei
1. A diabetes é definida por			
a) ter açúcar a mais no sangue.			
b) a pessoa ter muita sede.			
c) o nosso corpo produzir sempre insulina a mais.			
d) haver perda rápida de peso .			
2. A diabetes pode ser causada por			
a) ter peso a mais.			
b) fazer uma alimentação pouco saudável.			
c) ter pouca actividade física.			
d) ter familiares com diabetes			
e) não descansar o suficiente.			
3. A diabetes é uma doença que			
a) dura pouco tempo.			
b) cura completamente, se o doente tomar a medicação receitada pelo médico.			
c) é de longa duração.			
d) vai durar para o resto da vida.			
e) aparece e desaparece.			

Anexo V

Folha de Rosto

Questionário de Avaliação das Atividades de Auto-Cuidado com a Diabetes (*Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* – SDSCA Toobert, Glasgow & Anderson, 2000; versão portuguesa adaptada por Bastos, Severo & Lopes, 2007)

ESCALA DE ATIVIDADES DE AUTO-CUIDADO COM A DIABETES

(Glasgow, Toobert & Hampson, 2000; versão portuguesa: Bastos & Lopes, 2004)

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a diabetes durante os últimos sete dias. Se esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente.

1 ALIMENTAÇÃO GERAL		Nº de dias							
1.1	Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.2	Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.3	Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0	1	2	3	4	5	6	7
2 ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA		Nº de dias							
2.1	Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vacas, porco, cabrito)?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.2	Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.3	Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.4	Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.5	Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.6	Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.7	Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
3 ACTIVIDADE FÍSICA		Nº de dias							