

# **Autodeterminação e Qualidade de Vida na Diabetes: Revisão Sistemática da Literatura**

**VERSÃO FINAL APÓS DEFESA**

**Carlos Filipe Ribeiro Ferreira**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof. Doutora Ludovina Ramos

**novembro de 2020**



# Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à minha orientadora Professora Doutora Ludovina Ramos, pela ajuda que me deu ao longo de todo este tempo, pelas palavras de motivação e conforto, por nunca ter desistido de mim, por estar sempre presente e disponível. Aos professores do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, por todos os conhecimentos que me transmitiram ao longo do Mestrado.

Ao DR. Tiago Sousa, pela ajuda que me concedeu para que fosse possível iniciar o estudo anterior, apesar de não ter sido possível prosseguir com o mesmo até ao fim, agradeço pela prontidão na resposta, pela ajuda disponibilizada e por toda a preocupação que teve para comigo.

Aos meus amigos que estiveram sempre presentes nesta caminhada, que sempre me apoiaram neste percurso. Em especial à Ana, Ângela, Diana, Inês, Milene, Nélia, Rita, por toda a ajuda e por não me ter deixado desistir! “O caminho foi longo, mas teve um fim”.

E por último, e não menos importante, à minha família, ao meu irmão, principalmente aos meus pais que permitiram que o sonho se tornasse realidade, face às diversas dificuldades que este percurso teve, foi graças ao nosso esforço que foi possível. Aos familiares que já não podem assistir a este momento, e que foram uma referência e que me transmitiram valores para a vida, mas que infelizmente já não conseguiram vivenciar este sonho comigo, o meu abraço profundo de gratidão



# Resumo

O presente trabalho, de revisão sistemática de literatura, procurou compreender a relação entre a autodeterminação e a qualidade de vida em sujeitos com diagnóstico de Diabetes. A pesquisa foi efetuada com recurso a quatro bases de dados, *B-on*, *Pubmed*, *Ebsco*, *Scielo*, *Scopus*, durante a segunda quinzena de julho de 2020.

Tendo por base a metodologia de revisão sistemática da literatura, este trabalho consiste na compilação de artigos publicados sobre diabetes, Teoria da Autodeterminação (*Self-determination Theory*) e Qualidade de Vida (*quality of life*), passando por várias etapas de triagem, seleção, extração (Estratégia de Pesquisa) e comparação dos dados obtidos na literatura.

# Palavras-chave

diabetes; autodeterminação; qualidade de vida; autorregulação; motivação autónoma; motivação controlada; autoeficácia



# **Abstract**

The present study, a systematic literature review, aimed to understand the relationship between self-determination and quality of life in subjects diagnosed with Diabetes. The research was carried out using four databases, B-on, Pubmed, Ebsco, Scielo, Scopus, during the second half of July 2020.

Based on the methodology of systematic literature review, this work consists of the compilation of published articles on diabetes, self-determination theory and quality of life, going through several stages of screening, selection, extraction and comparison of data obtained in the literature.

# **Keywords**

diabetes; self-determination theory; self-regulation; quality of life; autonomous motivation; controlled motivation; self-efficacy



# Índice

Introdução.....	1
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico.....	2
1.1 Caracterização da doença.....	2
1.2 Psicologia e Teoria da Autodeterminação.....	4
1.3 Qualidade de vida na diabetes .....	7
Capítulo 2 – Metodologia .....	9
2.1 Descrição da metodologia .....	9
2.2 Critérios de inclusão .....	9
2.3 Critérios de exclusão .....	10
2.4 Estratégia de pesquisa .....	10
3. Seleção dos estudos.....	11
4. Resultados.....	12
4.1 Análise dos resultados extraídos .....	13
5. Discussão .....	31
6. Conclusão.....	33
Referências.....	34



# Lista de Figuras

Figura 1. Diagrama com seleção dos estudos. Adaptado de: Moher D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097.

[doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097)..... 12



# Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização dos estudos .....	14
Tabela 2. Descrição da amostra, objetivos e resultados.....	22



# Lista de Acrónimos

DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
PA	Prática de Atividade Física
RSL	Revisão Sistemática da Literatura
TAD	Teoria da Autodeterminação



# Introdução

O presente trabalho foi efetuado com recurso à metodologia de revisão sistemática da literatura, visando sistematizar a informação sobre os estudos focados na relação da qualidade de vida com a teoria da autodeterminação, na população com diagnóstico de diabetes.

Assim, pretendeu-se, com este estudo, analisar e verificar a pertinência dos construtos centrais: autodeterminação e qualidade de vida em sujeitos portadores da diabetes.

Com recurso às linhas orientadoras presentes na literatura para a execução da Revisão Sistemática da Literatura (RSL), que se encontram indicadas na secção metodologia, este estudo tem como finalidade efetuar a seleção, triagem e comparação dos estudos encontrados, com recurso à equação de pesquisa utilizada “diabetes and *Self-determination Theory and Quality of Life*”. Visando abranger os construtos centrais indicados anteriormente, por forma a entender-se a relevância dos mesmos na população com diabetes.

Dado ao número elevado de indivíduos diagnosticados com diabetes, as implicações que a doença acarreta e o seu impacto na saúde e qualidade de vida daqueles, consideramos que este será um tema atual no qual será necessário intervir com celeridade. Para isso, propusemo-nos debruçar sobre dois construtos que, a nosso ver, parecem estar interligados, dado que a autodeterminação terá efeitos na manutenção da saúde e por sua vez na qualidade de vida, uma vez que esta doença exige que o sujeito tenha determinados cuidados para a manutenção da sua saúde. Ao contrário de outras doenças orgânicas, esta exige cuidados regulares, na qual o doente possui um papel essencial para o sucesso do tratamento.

Considerámos, pois, a pertinência no estudo destes dois construtos uma vez que quem tenha sido diagnosticado com a doença poderá ter alterações na sua qualidade de vida ao longo do curso da sua vida, e a pertinência do modelo de autodeterminação na gestão doença, não só para a manutenção da saúde, mas também a influência na qualidade de vida, tal como tem sido descrito na literatura.

É neste enquadramento que passamos a apresentar o nosso trabalho, com uma primeira parte em que é abordada a contextualização e caracterização da doença, é feito o enquadramento da psicologia - do ponto de vista da Teoria da Autodeterminação – e, por fim, introduz-se a questão da qualidade de vida na diabetes. Posteriormente, são endereçados os procedimentos de revisão da literatura levados a cabo, finalizando com a análise dos principais resultados e conclusões.

# Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

## 1.1 Caracterização da doença

A diabetes *mellitus* (DM) é uma doença que se encontra categorizada no grupo de doenças metabólicas, caracterizada ainda como hiperglicemia. Constata-se que a insulina poderá ter uma produção insuficiente ou utilização ineficaz (Diabetes Care, 2010), no pâncreas sendo a insulina uma hormona responsável pelo controlo da glicose no sangue (World Health Organization [WHO], 2016).

Para além da presença de hiperglicemia, verificam-se alterações no metabolismo dos carboidratos, proteína e gorduras (Alberti & Zimmet, 1998; Conget 2002), que resulta da deficiência da secreção ou ação da insulina, podendo estes dois fatores estarem presentes em simultâneo ou apenas um de forma isolada (Barba, 2018).

Esta doença encontra-se dividida em vários grupos, existindo também uma condição que não é diabetes, mas sim uma condição que pode levar ao desenvolvimento da doença. Designada de pré-diabetes ou hiperglicemia intermédia, esta condição pode ser revertida por forma a que a doença não se torne em diabetes (Mata-Cases et al., 2015). A pré-diabetes ou hiperglicemia intermédia surge quando ocorre um nível elevado da glicose, em comparação com os valores normais, no entanto, estes mesmos valores não são tão elevados para o diagnóstico da diabetes (Rett & Gottwald-Hostalek, 2019).

Para além da hiperglicemia intermédia, de acordo com a Norma (002/2011) da Direção-Geral de Saúde [DGS] (2011) relativa ao diagnóstico da diabetes, é referida a existência de quatro condições clínicas diferentes de diabetes: Tipo 1, Tipo 2, Gestacional e outros tipos diabetes específicos (DGS, 2011). O tipo de diabetes específicos pode surgir devido a uma multiplicidade de causas, algumas delas são: síndromes monogénicas de diabetes ou doenças do pâncreas exócrino, ou até mesmo devido à toma de medicamentos (e.g., glucocorticoides) que são usados para o tratamento de VIH/Sida ou transplante de órgãos. A diabetes gestacional surge entre o segundo e terceiro mês de gravidez sendo que até então nunca tinha evidenciado a presença de diabetes (American Diabetes Association [ADA], 2019).

Na diabetes tipo 1 e tipo 2, verifica-se uma semelhança no aparecimento da doença, sintomas e formas de tratamento. Como referido, os sintomas na diabetes tipo 1 e tipo 2 são semelhantes, apesar de no tipo 2 poderem ser menos acentuados ou até mesmos inexistentes o que pode levar ao prolongamento do pré-diagnóstico, assim como a uma imprecisão do início da doença. Na diabetes são descritos os seguintes sintomas: sede excessiva (poliúria); cansaço excessivo / fadiga; fome excessiva e perda de peso repentina (International Diabetes Federation [IDF], 2019).

Nem sempre os sintomas estão presentes de forma evidente na DM (Conget, 2002; Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2016), e inerente a este facto podem suceder elevados níveis de glicose no sangue, o que por sua vez irá levar à ocorrência de lesões (SPD, 2016). Estas complicações surgem fruto da degeneração vascular e manifestam-se em função do órgão afetado (e.g., olhos, coração, rins, membros inferiores...), podendo levar a uma insuficiência renal crónica, cardiopatia crónica isquémica ou até mesmo a uma retinopatia diabética. Sendo esta última complicação considerada uma das principais causas de cegueira em sujeitos com idade inferior a 60 anos (Bastida, Aguilar, & González, 2002). Como evidenciado anteriormente, a DM representa uma das causas primárias no que se refere a amputações em adultos, cegueira e falência renal. Em termos de doenças é uma das principais causas de trombozes e doenças cardíacas (Campuzano-Maya & Latorre-Sierra, 2010).

As complicações na DM estão relacionadas tanto com a idade de início da DM, assim como ao controlo inadequado da doença (Bastida, Aguilar, & González, 2002; Tonetto, Baptista, Gomides, & Pace, 2019).

Quanto ao diagnóstico do Tipo 1 geralmente é efetuado de forma mais precoce em criança, embora possa surgir também na idade adulta, analogamente também o tipo 2 pode surgir em criança, mas é mais comum o aparecimento em idade adulta (National Institute of Diabetes and Kidney Diseases [NIH], 2013).

O tratamento da diabetes tipo 1 passa pela administração de insulina, enquanto que na diabetes tipo 2 o tratamento passa pela toma de medicamentos especiais (NIH, 2013), designados de antidiabéticos, no entanto pode haver também a necessidade de insulina (IDF, 2019). Na diabetes tipo 1 vai haver sempre a necessidade de insulina, embora possa haver períodos temporários de remissão da doença (Seabra, 1992)

Para além do tratamento acima referido em ambos os tipos de diabetes, existe a necessidade de efetuar mudanças no estilo de vida do doente, isto é, é necessário proceder a um cuidado a nível alimentar e prática de exercício físico (NIH, 2013).

Como podemos constatar, a diabetes exige um grande esforço do doente, o qual provoca desgaste uma vez que ocorrem alterações na sua rotina que vão desde o tratamento em si, controlo da dieta e prática de exercício físico, mas também a necessidade de realizar exames e frequentes consultas. Estas são algumas das alterações que irá vivenciar ao longo da sua vida (de Lima, 2015). Apesar das evoluções científicas que têm ocorrido na diabetes, e ao contrário de outras doenças, não basta que o doente apenas tome um comprimido para o tratamento/gestão da doença, o doente tem o papel ativo no tratamento da doença (Pineda et al., 2004).

## 1.2 Psicologia e Teoria da Autodeterminação

Mesmo quando a diabetes é aceite pelo doente e este aprende a viver com ela no seu meio, existe sempre a ocorrência de angústia e preocupação (Seabra, 1992). O doente terá de fazer escolhas, isto é, ocorre uma dualidade entre o que o sujeito tem de fazer e o que ele realmente queria fazer. Levando a uma grande instabilidade emocional, perante as perdas e ganhos que irá ter (de Lima, 2015).

Como tal, existe a necessidade de um acompanhamento por uma equipa multidisciplinar (Seabra, 1992), bem como da sua família, por forma a providenciar o suporte necessário (de Lima, 2015; Seabra, 1992). Este acompanhamento deve abranger três dimensões a orgânica, a psíquica e a educacional. Quanto à dimensão psíquica, deverá ser trabalhada por um psicólogo visando o processo de aceitação da doença e redução do sofrimento. Deverá ser ainda trabalhada a motivação para gestão da doença e adesão ao tratamento (de Lima, 2015).

No que diz respeito à motivação, esta tem sido um assunto fundamental na psicologia, dado que possui um papel central na regulação biológica, social e cognitiva. Está relacionada com os mecanismos que influenciam a ativação e intenção (e.g., energia, justiça e persistência) (Ryan & Deci, 2000). É comum a motivação ser tratada como um construto apenas, no entanto, cada sujeito é diferente do outro e como tal a motivação será diferente (Ryan & Deci, 2000), tal como podemos constatar a seguir.

A Teoria da Autodeterminação (TAD) - em inglês Self-determination Theory (STD) - representa um importante contributo que permite perceber melhor este processo de uma forma mais abrangente. O modelo denota a importância da motivação, mas também o tipo de motivação. Dado que o sujeito pode estar altamente motivado, mas essa motivação pode não trazer resultados positivos, nomeadamente a longo prazo (Williams et al., 2009).

A TAD foca-se no processo que está associado à aquisição de motivação para novos comportamentos de saúde e à manutenção dos mesmos ao longo do tempo. A este propósito, são referidos os processos de internalização e integração como fundamentais, a partir dos quais o sujeito se autorregula, e que estão subjacentes aos comportamentos de saúde e de bem-estar. Estes processos estão intimamente associados à promoção ou satisfação das necessidades de autonomia e competência do indivíduo (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008).

Para aumentar a adesão e os resultados de saúde é necessário que os ambientes promovam a autonomia e confiança. Os sujeitos tendem ainda a fazer mais mudanças no comportamento e valores se tiverem uma relação de confiança e identificação com os profissionais de saúde (Ryan et al., 2008).

A TAD constata a necessidade de considerarmos o papel da autonomia para entender a regulação comportamental; tratando-se de um modelo empírico da personalidade e motivação,

preocupa-se como a autonomia pode ser aumentada ou reduzida (controlada) pelos fatores ambientais (sociais) e biológicos (Ryan & Deci, 2006).

A motivação poderá ser promovida, então, com recurso à autonomia e competência. Uma parte substancial dos comportamentos de saúde (e.g., atividade física, toma de medicação) não são motivados de forma intrínseca, podendo ser, muitas vezes, considerados como desagradáveis. Para que estes comportamentos sejam mantidos fora do ambiente de tratamento ou controlado existe a necessidade de reconhecer a necessidade de valorização e importância a nível pessoal / interno, para que os mesmos perdurem ao longo do tempo (Ryan et al., 2008).

De acordo com a TAD, a motivação ocorre num processo contínuo, da motivação intrínseca à extrínseca, havendo várias formas de regulação comportamental nesta última, com qualidade motivacional diferente associada a cada uma delas (controlada para a regulação externa e introjetada, e autónoma para a identificada e integrada). Em sentido geral, na extrínseca a realização de uma determinada ação / atividade prende-se com o atingir um determinado propósito; já na intrínseca existe um envolvimento do sujeito na ação/atividade. Este modelo pode ajudar os sujeitos a tornarem-se cada vez mais autónomos, uma vez que à medida que as motivações são internalizadas, surge um aumento da sua autonomia (autodeterminação) (Girelli & Luccidi, 2016), logo, mais qualidade motivacional associada.

É comum as alterações de comportamento serem motivadas apenas por motivação controlada. Uma das formas de motivação controlada consiste na regulação externa, na qual a pessoa procura obter uma recompensa externa, evitar uma punição ou até mesmo cumprir com pressões sociais (Ryan et al., 2008). Na motivação controlada existe uma pressão do ambiente externo (Paul-Ebhohimhen & Avenell, 2008; Ryan & Deci, 2000). Tal como referido no exemplo do tópico da diabetes, a motivação externa seria “o que o sujeito tem de fazer” em oposição da motivação autónoma “o que realmente queria fazer” (motivação autónoma).

A motivação controlada surge muitas das vezes por imposição (autoridade), ou através de regulação externa como foi referido anteriormente, na qual são sugeridos incentivos ou contingências. Também pode surgir através da introjeção, no qual o sujeito pretende evitar a rejeição ou sentimentos de culpa, ou receber aprovação ou louvor. Seja a introjeção ou regulação externa, ambas colocam em causa a adesão a longo prazo (Ryan et al., 2008).

No caso da motivação controlada, terá efeitos enquanto a fonte de motivação for mantida, seja ela com recurso à recompensa ou punição. E pode levar à ocorrência de dois cenários possíveis: cenário um - o sujeito termina com os comportamentos saudáveis assim que a fonte de motivação se extingue; cenário dois - ocorrem falhas no esforço do sujeito que, por sua vez, recebe um feedback negativo, o que levará à cessação do esforço (Paul-Ebhohimhen & Avenell, 2008). Como tal, segundo a TAD, existe a necessidade de perceber quais as forças que estão a ser empregues naquele momento e através destas interpretações vamos poder encontrar várias motivações e consequências distintas (Deci & Ryan, 2000).

Em contrapartida, a motivação autónoma é obtida através da regulação identificada, ou seja, quando o sujeito se identifica a nível pessoal com um dado comportamento ou prática de saúde (Ryan et al., 2008). Esta identificação/internalização pode ser facilitada pelos profissionais através da prestação de informações relevantes e raciocínios importantes, e fornecendo ao sujeito a possibilidade de escolha e ponderação, em vez de aplicarem pressão ou controlo. Segundo a TAD as regulações identificadas e integradas são motivação autónoma, permitindo uma maior manutenção e mudança no comportamento (Ryan et al., 2008).

Para além da motivação autónoma e internalização, existe a necessidade competência. A competência expressa-se através da capacidade de o sujeito se sentir capaz (competência) para mudar, assim como a confiança (Ryan et al., 2008).

A competência pode ser potenciada pelos profissionais através das informações pertinentes e feedback. Traduzindo-se no fornecimento de ferramentas e habilidades para ocorrer a mudança, bem como, um suporte perante as dificuldades que possam surgir quanto ao controlo ou competência. Ou seja, não ocorre uma imposição por parte dos profissionais de saúde, mas um convite para experimentarem os comportamentos de saúde que necessitam de ser colocados em prática (Ryan et al., 2008).

A literatura tem revelado a importância da TAD aplicada à diabetes. Williams e colaboradores (2009) realizaram um estudo no qual procuraram aplicar o modelo de mudança de comportamento inserido na TAD. Neste estudo o apoio percebido fornecido pelos profissionais de saúde teve uma relação positiva com a competência percebida para a autogestão da diabetes. A competência percebida relacionou-se positivamente com a qualidade de vida e adesão à medicação.

Os profissionais que promovem uma autorregulação autónoma dos doentes para a utilização da medicação e a perceção de competência para a autogestão da diabetes, podem ajudar na adesão ao tratamento, melhoria dos resultados fisiológico e qualidade de vida. Em síntese, a TAD de comportamentos de saúde possibilita um enquadramento útil para entender a qualidade de vida e adesão ao tratamento (Williams, et al.2009).

### **1.3 Qualidade de vida na diabetes**

Segundo a OMS a qualidade de vida define-se de acordo com as percepções do sujeito, quanto aos seus objetivos, expectativas, padrões e inquietações. E ainda, quanto à sua percepção na vida no seu meio envolvente designadamente, contexto cultural e sistema de valores (World Health Organization [WHO], 1997).

A qualidade de vida tem sido um conceito subjetivo para uns e objetivo por outros. Isto é muitas vezes depende de quem emprega o termo (e.g., políticos, economistas) o foco da qualidade de vida é diferente, assim como, os critérios de avaliação. Para alguns a Qualidade de vida pode estar relacionada com o número de bens materiais, enquanto para outros na opinião do próprio indivíduo ou até mesmo na observação de especialistas (Pais-Ribeiro, 1994).

O construto de qualidade de vida é geralmente aceite como um conjunto de propriedades (multifatorial), podendo sofrer alterações ao longo tempo e é algo subjetivo (Pais-Ribeiro, 2009)

A qualidade de vida não poderá ser analisada de forma absolutamente objetiva, no sentido em que se trata de uma experiência subjetiva e pessoal. Uma vez que cada pessoa vivência a sua vida de forma diferente, é necessário que seja o próprio a avaliar a mesma (Skevington, 1999).

A qualidade de vida tem sido impulsionada nos contextos de saúde, para avaliar os resultados das intervenções em doentes, que até então eram utilizados apenas com recurso aos marcadores fisiológicos da doença. Uma vez que o doente não é o mesmo as intervenções (medicamentosas ou outras) poderão ter efeitos distintos (Pais-Ribeiro, 1994).

Em contexto clínico muitas vezes a qualidade de vida é avaliada segundo os marcadores (manifestações do problema), no entanto, estes marcadores por si só não caracterizam a qualidade de vida do sujeito, para isso será necessária uma interpretação do problema pelo próprio, uma vez que é este que lida com o mesmo (Skevington, 1999).

No campo da diabetes vários estudos têm contemplado a variável qualidade de vida, os efeitos que a influenciam. Vão desde variáveis como o tipo da diabetes, prolongamento da doença, controlo glicémico, demográficas e género.

Segundo de Los Ríos Castiljo et al., (2004) no estudo realizado com doentes tipo 2, verificou-se um deterioro na qualidade de vida dos sujeitos com o avanço continuo da doença inerente a cronicidade da mesma (evolução da doença).

Em um estudo desenvolvido por Jacobson, Groot, e Samson (1994), e que visou avaliar a qualidade de vida com dois instrumentos (SF-36: Health Survey 36 item short form e DQOL: Diabetes Quality of Life Measure) na diabetes tipo 1 e 2, os resultados reportaram não haver diferenças significativas quanto ao nível de escolaridade, género e duração da doença. Foi ainda

identificada uma maior qualidade de vida relativamente ao padrão de relações, havendo uma maior qualidade de vida em casados e solteiros, em relação aos divorciados ou separados.

Por fim, neste estudo foi ainda encontrado um maior impacto na qualidade de vida e menores níveis de satisfação com a doença em sujeitos com diabetes tipo 2 que tomavam insulina, em comparação com os que não tomavam. No entanto, os sujeitos com diabetes tipo 1, relataram menor qualidade de vida em relação à tipo 2 (Jacobson, et al., 1994).

Em relação a sujeitos com e sem diabetes, a grande maioria dos estudos reporta uma menor qualidade de vida em sujeitos com diabetes, em destaque no funcionamento físico e bem-estar (Rubin & Peyrot, 1999).

# Capítulo 2 – Metodologia

## 2.1 Descrição da metodologia

A metodologia adotada para a realização deste trabalho foi a Revisão Sistemática da Literatura, através do mesmo procurou-se analisar as relações entre: Teoria da Autodeterminação e qualidade de vida na diabetes.

A realização da revisão de literatura requer a recolha de estudos publicados, e passa por diversas fases, que vão desde a identificação do problema, seleção dos termos e palavras chave que irão ser utilizados, bem como, a definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos a serem incluídos. Passa ainda pela análise e avaliação da teoria encontrada e resumo das informações contidas nos estudos (Gonçalves, Nascimento, & Nascimento, 2015).

De salientar o motivo pelo qual optamos por seguir a metodologia de (RSL), o presente estudo surge como uma alternativa ao trabalho iniciado anteriormente, estudo empírico realizado com população clínica com recolha presencial em âmbito hospitalar. No entanto, devido à conjuntura atual no que respeita à pandemia da Covi-19, bem como, à necessidade de realizar novo pedido de autorização de recolha de dados e deslocação à instituição hospitalar, infelizmente não foi possível prosseguir com o estudo em curso, por forma a reunir uma amostra significativa que permitisse terminar.

Pelas razões supracitadas, ficou decidido utilizar a metodologia de (RSL). Para a sua realização, foram obedecidas algumas regras, conforme as recomendações existentes na literatura.

Por forma a alcançar os objetivos propostos foi utilizado o método de (RSL) Revisão Sistemática da literatura, este estudo visou analisar as seguintes relações: 1. Teoria da autodeterminação e diabetes; 2. Teoria da Autodeterminação e qualidade de vida; 3. qualidade de vida e diabetes; 4. qualidade de vida, Teoria de Autodeterminação e diabetes.

## 2.2 Critérios de inclusão

Para integrar os estudos nesta Revisão Sistemática da Literatura os artigos tinham de obedecer a alguns critérios a designar: a) artigos empíricos; b) intervalo temporal a partir do ano 2000 (inclusive); c) o texto tinha de estar escrito em português, inglês ou espanhol; d) adultos com diabetes tipo 2; e) análise das relações que se encontram em cima referidas.

## **2.3 Critérios de exclusão**

Os critérios de exclusão elegidos foram: a) artigos duplicados; b) artigos que abordem apenas a diabetes; c) artigos que abordem apenas a teoria da autodeterminação; d) artigos que abordem apenas a qualidade de vida.

## **2.4 Estratégia de pesquisa**

Para a realização desta Revisão da Literatura foram utilizadas quatro bases de dados (*B-ON*, *Ebsco*, *Pubmed* e *Scopus*). Ainda foi verificada manualmente a existência de referências que fossem pertinentes de incluir nesta Revisão da Literatura. A presente pesquisa foi efetuada no mês de julho de 2020 e as referências foram exportadas para um programa de gestão de referências (*Mendeley*).

A equação de pesquisa utilizada foi a seguinte: *diabetes AND self determination theory AND quality of life*. De seguida proceder-se-á à explicação do processo efetuado.

### 3. Seleção dos estudos

A pesquisa e seleção dos artigos foi conduzida da seguinte forma:

a) Pesquisa na base de dados *Pubmed*, com recurso à equação supracitada, com recurso a aspas nas duas palavras chaves: “*self determination theory*”; “*quality of life*”, obtendo-se 6 resultados. Destes resultados, foi excluído um, por se encontrar no idioma coreano. Apesar de ter sido aplicado o filtro de três idiomas (português, inglês, espanhol), foi ainda aplicado o filtro: *Article Type (Journal Article)*. Ficando assim com cinco artigos. De referir que devido à pandemia todos os acessos às bases de dados foram efetuados com recurso à VPN da Universidade.

b) Pesquisa na base de dados *Scopus*, com a equação referida anteriormente e com recurso as aspas, de igual forma. Foram ainda aplicados os filtros de idioma e tipo de documento (*article*). No final foram encontrados cinco artigos. De referir que tanto nesta pesquisa como na anterior não houve necessidade de limitar o ano, dado que todos os documentos tinham uma data superior ao ano 2000.

c) Pesquisa na *B-ON*, efetuada com recurso à pesquisa avançada, utilizando, de igual forma, a equação anterior. Selecionou-se a opção (booleana/frase) e deixamos selecionada a opção pré-definida de “Pesquisar também no texto integral dos artigos”. Aplicámos os critérios de inclusão do ano, idioma e revistas científicas. Foi obtido um resultado de 1814 documentos, após uma análise pelo título dos documentos gerados nos resultados, constatou-se que ao contrário das bases de dados anteriores, os resultados gerados não estavam a relacionar os três termos da equação. Para resolução desta dificuldade optou-se por utilizar aspas por forma a que a base de dados pesquisasse os três termos da equação em conjunto, ficando da seguinte forma: diabetes *AND "self determination theory" AND "quality of life"*. Após esta modificação obteve-se os resultados foram satisfatórios, obtendo 84 documentos para análise, durante a extração dos resultados a B-ON retirou automaticamente os duplicados ficando com 53 documentos.

d) Pesquisa na base de dados *Ebsco* foram selecionadas todas as bases de dados disponíveis, e foi selecionada a opção revistas científicas (analisadas por pares), não houve a necessidade de limitar o espaço temporal, dado que todas os documentos eram posteriores a 2000 inclusive. Foi ainda selecionado o idioma inglês, uma vez que, havia um documento em coreano. Após a remoção de duplicados por parte da base de dados obtiveram-se 5 documentos.

Após a pesquisa foram encontrados 68 documentos (N = 68), dos quais foram completados com 1 artigo encontrado com recurso à metodologia “*handsearch*” (permitindo encontrar artigos fora da base de dados). De seguida procedeu-se à remoção de artigos duplicados (10), restaram 59 documentos para análise através do título e resumo. Nesta fase foram excluídos 38 por não cumprirem os critérios de inclusão. Esta triagem permitiu obter (N = 21) para leitura integral. Após nova triagem restaram nove artigos, para uma análise profunda e extração dos dados.

## 4. Resultados

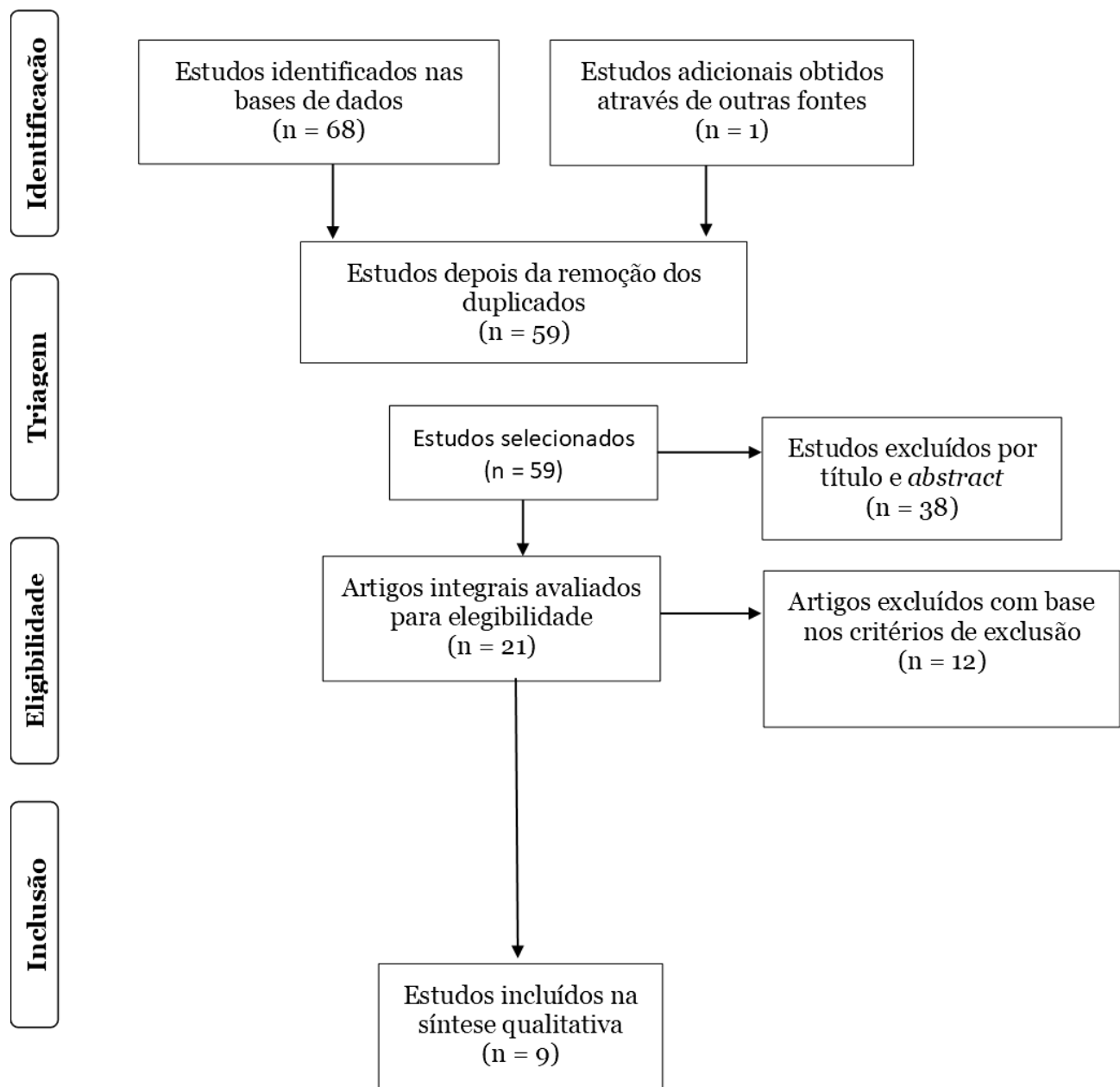


Figura 1. Diagrama com seleção dos estudos. Adaptado de: Moher D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097

## **4.1 Análise dos resultados extraídos**

Os meta-dados importantes foram retirados dos artigos para se proceder à devida análise. Caracterização do estudo: a) Autores e ano; b) Título; c) País; d) variáveis em estudo; f) Método de Recolha; e) Instrumentos utilizados; f) Fiabilidade dos instrumentos utilizados nos estudos quantitativos (Tabela 1).

**Tabela 1.**  
**Caracterização dos estudos**

Ordem	Título, autores e ano de publicação	País	Tipo de Estudo	Variáveis em estudo	Método de Recolha	Instrumentos utilizados	Fiabilidade  (alfas instrumentos utilizados)
1	“I’ve made this my lifestyle now”: a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus. Sebire, et al., (2018)	Reino Unido	Qualitativo	Tipos de motivação contidas na teoria da autodeterminação	Entrevistas	Entrevistas semiestruturadas	Não se aplica, estudo qualitativo
2	Reducing the Health Risks of Diabetes: How Self-determination Theory May Help Improve Medication Adherence and Quality of Life. Williams et al., (2009)	Estados Unidos	Quantitativo	Adesão à medicação; Qualidade de vida; Indicadores fisiológicos.	Entrevista; Aplicação de Escalas	-Apoio à Autonomia Percebida; – Questionário de Saúde (HHCQ); -Autorregulação autónoma para o uso de medicação (TSRQ); -Perceção de competência e autogestão na diabetes (Escala de Perceção de competência) (PCS); -Qualidade de Vida (Qualidade de vida versão curta 12, versão 2 (SF-12v2)) -Informação da adesão (relativa à medicação para a diabetes); - Controlo glicémico e lipídico.	Os alfas do:  -Modelo de medição: variaram entre .94 e .98  -Modelo estrutural: variaram entre .96 e .98

Ordem	Título, autores e ano de publicação	País	Tipo de Estudo	Variáveis em estudo	Método de Recolha	Instrumentos utilizados	Fiabilidade  (alfas instrumentos utilizados)
3	Determinants of physical activity among patients with type 2 diabetes: the role of perceived autonomy support, autonomous motivation and self-care competence., Koponen, Simonsen, & Suominen (2017)	Finlândia	Quantitativo	Atividade física (Diabetes tipo 2): Perceção de autonomia de suporte; suporte autónomo; competência de autocuidado	Questionários	-Perceção de autonomia de suporte (HCCQ) -Motivação autónoma (TSRQ) -Competência de autogestão (PCS) -Energia (RAND-36) -Bem-estar emocional (RAND-36) - Sentido de coerência -Depressão vida e stress –Suporte social na diabetes -Perceção de complicações de saúde Atividade física ocupacional (HBHAF) -“ <i>Commuting physical activity (included in the PA sum scale)</i> ” – (HBHAF) -“ <i>Leisure time physical activity (included in the PA sum scale)</i> ”(HBHAF) -Intensidade da atividade física (“ <i>included in the PA sum scale</i> ”) – (HBHAF) -Atividade física durante a semana	Os alfas variaram entre:  .75 e .93

Ordem	Título, autores e ano de publicação	País	Tipo de Estudo	Variáveis em estudo	Método de Recolha	Instrumentos utilizados	Fiabilidade <small>(alfas instrumentos utilizados)</small>
4	How does change occur following a theoretically based self-management intervention for type 2 diabetes. Steed, Barnard, Hurel, Jenkins, & Newman (2013)	Reino Unido	Quantitativo; (Estudo clínico randomizado controlado - longitudinal)	Teoria de autorregulação e teoria sociocognitiva, em um programa de intervenção em Diabetes tipo 2	Questionários	Programa autogestão na diabetes:  -Autogestão (Medida de atividades de autocuidado); -Qualidade de Vida específico (“ <i>Audit of Diabetes Dependent Quality of Life measure</i> ”); -Cognições da Doença (“ <i>Beliefs About Diabetes Scale</i> ”); -Autoeficácia (Sub escala: Questionário Multidimensional Diabetes) -HbA1C (Hemoglobina glicada – HbA1c)	Sem informação no estudo
5	New Possibilities in Life with Type 2 Diabetes: Experience from Participating in a Guide Self-Determination Programme in General Practice. Karlesen, Bruun, & Oftedal (2018)	Noruega	Qualitativo	Programa intervenção diabetes tipo 2 tendo por base teoria da autodeterminação	Entrevistas semiestruturadas	Programa de Intervenção de autodeterminação guiada (GSD) – aplicado por enfermeiros	Não se aplica estudo qualitativo

<b>Ordem</b>	<b>Título, autores e País ano de publicação</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Variáveis em estudo</b>	<b>Método de Recolha</b>	<b>Instrumentos utilizados</b>	<b>Fiabilidade (alfas instrumentos utilizados)</b>	
6	Physical activity and motivational predictors of changes in health behavior and health among DM2 and CAD patients. Halvari, et al., (2016)	Noruega	Quantitativo (Estudo clínico randomizado)	Programa de intervenção: Atividade física, com recurso ao modelo da autodeterminação de (modelo de comportamentos de saúde) em Diabetes tipo 2 e CAD.	Questionário	<p>Questionários:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Adesão à atividade física registada;</li> <li>-Perceção de autonomia de suporte (HCCQ);</li> <li>-Autorregulação na Atividade Física (TSRQ);</li> <li>-Perceção de competência na atividade física;</li> <li>-Perceção de saúde e vitalidade.</li> <li>-Medições de glicose; (HbA1C)</li> </ul> <p>Intervenção prática de exercício físico segundo instruções de 2 alunos de Mestrado em Ciências do Desporto</p>	Os alfas variaram entre: .78 e .97

<b>Ordem</b>	<b>Título, autores e País ano de publicação</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Variáveis em estudo</b>	<b>Método de Recolha</b>	<b>Instrumentos utilizados</b>	<b>Fiabilidade  (alfas instrumentos utilizados)</b>
7	Testing a Self-Determination Theory Process Model for Promoting Glycemic Through Diabetes Self Manegement. Williams., et al., (2004)	EUA	Quantitativo	Teste de um Modelo de procedimentos baseados na TAD para promover o controlo glicémico através da autogestão da Diabetes	Questionários	Questionário: sociodemográfico; doença e tratamento; motivação autónoma e competência percebida; autogestão da doença. -Questionário HCCQ -Questionário autorregulação do Tratamento (TSRQ) -Escala de perceção de competência para a diabetes -Diabetes Self-Management -HbA1c	Os alfas variaram entre: .67 e .86

<b>Ordem</b>	<b>Título, autores e ano de publicação</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Variáveis em estudo</b>	<b>Método de Recolha</b>	<b>Instrumentos utilizados</b>	<b>Fiabilidade</b> <small>(alfas instrumentos utilizados)</small>
8	Can autonomy support have an effect on type 2 diabetes glycemic control? Results of a cluster randomized controlled trial. Yun et al., (2020)	China	Quantitativo (Estudo clínico randomizado)	Controlo da glicémia na diabetes tipo 2 ("self-managemen"-autogestão)	Intervenção	1.UGG: Informação "cara a cara" pela equipa médica sobre educação DSM (Diabetes self-management) (dieta, exercício, medicamentos, controlo da glicose, prevenção de complicações. Foi ainda dado um panfleto sobre a diabetes) 2. SSG: Também receberam suporte pela equipa médica tal como no UCG. A intervenção foi centrada na resolução de problemas, 8 sessões (diabetes geral, dieta, medicação controlo da glicose, prevenção e complicações associadas). Foi dado um plano de ação/metabolismo para cada tópico. Os participantes foram encorajados a relatar as suas dificuldades e soluções no plano de ação com base no DSM, e posteriormente foram discutidas em	Sem informação

Ordem	Título, autores e País ano de publicação	Tipo de Estudo	Variáveis estudo	em Método de Recolha	Instrumentos utilizados	Fiabilidade  (alfas instrumentos utilizados)
					<p>grupo. Foi dado um manual aos familiares de como oferecer suporte aos pacientes com diabetes</p> <p>SGG: igual ao ASG, tanto a educação DSM sobre a diabetes e o suporte foram fornecidos segundo ponto chave TAD, apoio à autonomia e promoção da motivação: satisfação das necessidades psicológicas básicas (autonomia, competência e relacionamento)</p>	

<b>Ordem</b>	<b>Título, autores e País ano de publicação</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Variáveis em estudo</b>	<b>Método de Recolha</b>	<b>Instrumentos utilizados</b>	<b>Fiabilidade  (alfas instrumentos utilizados)</b>	
9	Motivation and Dietary Self-Care in Adults With Diabetes: Are Self-Efficacy and Automous Self-Regulation Complementary or Competing Cosntructs. Senécal, Nouwen, & White (2000)	Canadá	Quantitativo (Estudo aleatório controlado)	Construtos extraídos da teoria sociocognitiva e autodeterminação em relação ao autocuidado alimentar e à satisfação com a vida	Questionários	- Autoeficácia relativa à dieta alimentar -Autorregulação na autonomia da dieta alimentar ou das atividades alimentares quotidianas; -atividades de autocuidado relacionadas com a dieta alimentar; -Satisfação com a vida.	Os alfas variaram entre: .71 e .94

Seguidamente na presente tabela 2 vão ser apresentados de forma sintetizada os dados relativamente: a) Amostra; b) Objetivos; c) Resultados, pela mesma ordem dos artigos anteriores presentes na (tabela 1).

**Tabela 2.**  
**Descrição da amostra, objetivos e resultados**

<b>Ordem</b>	<b>Amostra</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Resultados</b>
1	<p>N = 30</p> <p>Género: feminino (n = 18); masculino (n = 12)</p> <p>Recentemente diagnosticados com Diabetes tipo 2</p> <p>Idades entre os 40 e 72 anos</p>	<p>Pretendeu-se:</p> <p>1- Explorar qualitativamente como as pessoas recém-diagnosticadas com Diabetes tipo 2 articulam e experimentam a motivação para a mudança de estilo de vida, conforme proposto no TAD;</p> <p>2- Examinar as evidências qualitativas para a internalização motivacional dos pacientes ao longo do tempo (ou seja, a transição de motivação controlada para motivação autônoma).</p>	<p>Os resultados revelaram a diversidade na qualidade da motivação entre e dentro dos indivíduos ao longo do tempo, e que os pacientes com diabetes recém-diagnosticados têm motivações multifacetadas, muitas vezes concorrentes, para mudança de comportamento no estilo de vida.</p> <p>Aplicando a teoria da autodeterminação, identificaram que muitos participantes relataram uma motivação controlada, relativamente dominante, para cumprir com as recomendações de estilo de vida e evitar que a sua não conformidade fosse “descoberta”, ou suprimir a culpa após lapsos nas tentativas de mudança de comportamento.</p> <p>Essas narrativas foram acompanhadas por experiências frustrantes do progresso lento da mudança de comportamento.</p> <p>Uma motivação mais autônoma foi referido como sendo algo frequentemente alcançado ao longo do tempo, e refletindo metas para melhorar a saúde, a qualidade de vida ou o tempo em família.</p>

<b>Ordem</b>	<b>Amostra</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Resultados</b>
2	N = 2973 doentes com Diabetes  Género: feminino (45.3%); masculino (44.7%)	O estudo teve como objetivo a compreensão da adesão à medicação em doentes com diabetes através da aplicação do modelo TAD de comportamento de saúde. Prever a adesão à medicação, e ainda a qualidade de vida e resultados fisiológicos entre os pacientes com diabetes.	Os resultados revelaram que o modelo TAD para os comportamentos de saúde fornece um enquadramento útil para compreender a adesão ao tratamento e a qualidade de vida. Os resultados sugerem, ainda, que os clínicos que apoiam a autorregulação autónoma dos pacientes para o uso da medicação, e a perceção de competência para a autogestão da doença da diabetes, podem facilitar a qualidade de vida dos pacientes, a adesão à medicação e melhoria dos resultados fisiológicos.

<b>Ordem</b>	<b>Amostra</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Resultados</b>
3	<p>N = 2856</p> <p>Género: feminino (n= 1266); masculino (n = 1590)</p> <p>27 aos 75 anos</p> <p>Com Diabetes tipo 2</p>	<p>Os objetivos do estudo foram definidos com base nos pressupostos da TAD, propondo-se a verificar três variáveis centrais do TAD (percepção de autonomia percebida, motivação autónoma e competência de autocuidado) estavam associadas ao envolvimento em atividade física (PA-“<i>Physical activity</i>”), em pacientes com Diabetes tipo 2. Foi controlada a influência de outros fatores importantes no contexto de vida, como sejam a percepção de saúde, medicação, duração da diabetes, saúde mental, stress e apoio social.</p>	<p>De todos os fatores medidos, a motivação foi mais fortemente associada ao envolvimento em Atividade Física. Também os fatores do contexto de vida desempenham um papel. Os doentes mais jovens e os que têm medicação oral eram mais ativos, quando comparados com os mais velhos e com medicação com insulina.</p> <p>A energia e percepção de saúde foram positivamente associados à atividade física.</p> <p>Neste estudo a energia foi um preditor mais forte para a Atividade física do que a depressão diagnosticada.</p> <p>Contrariamente ao esperado, a percepção de promoção de autonomia e a competência para o autocuidado não foram associadas à Atividade Física, após o controlo de outras variáveis explicativas.</p> <p>A percepção autonomia percebida foi associada à motivação autónoma que, por sua vez, mediou o suporte à autonomia percebida na Atividade Física.</p> <p>O apoio à autonomia foi associado à Atividade Física dos pacientes por meio da motivação autónoma.</p> <p>O efeito da motivação autónoma na</p>

Ordem	Amostra	Objetivos	Resultados
			<p data-bbox="1574 316 1854 341">Atividade Física foi direto.</p> <p data-bbox="1574 379 2013 517">Estes resultados apoiam a ideia da TAD de que a internalização do valor do comportamento de boa saúde é necessário para o envolvimento em estilo de vida fisicamente ativo.</p> <p data-bbox="1574 555 2013 660">Os profissionais de saúde podem promover nos seus pacientes a Atividade Física com recurso à motivação autónoma.</p>

<b>Ordem</b>	<b>Amostra</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Resultados</b>
4	N = 124  Diabetes tipo 2  <75anos	O objetivo do estudo foi testar dois modelos racionais e constructos associados (o da autorregulação e o sociocognitivo), que se verificou mediar as mudanças nos resultados após uma intervenção de autocuidado ou autogestão.	<p>A autoeficácia específica relativamente ao exercício mediou, significativamente, a mudança no exercício em três meses (<math>B = .03; .01, p &lt; .05</math>) enquanto que quando controlada a mudança mediada pela autoeficácia específica no comportamento de monitorização em ambos nos três meses (<math>B = .04; .01, p &lt; .01</math>) e os nove meses (follow up) (<math>B = 5.97; 1.01, p &lt; .01</math>). A crença de controlo sobre a mudança, mediada pela diabetes na qualidade de vida específica da doença em três meses (<math>B = -.07; .28, p &lt; .05</math>) e nove meses (<math>B = .79; .28, p &lt; .01</math>) após follow-ups, ocorreu alteração do comportamento de exercício imediatamente após a intervenção (<math>B = -.12; 0.17; p &lt; 0,05</math>).</p> <p>A autoeficácia específica parece ter um papel mais forte na mediação de comportamentos de autogestão, do que as crenças relacionadas com a doença; no entanto, consideram importante trabalhar a crença no controlo da diabetes para uma mudança na qualidade de vida.</p>

<b>Ordem</b>	<b>Amostra</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Resultados</b>
5	N = 9  Adultos  Diabetes tipo 2	O estudo relata a fase de modelação de um complexo modelo de intervenção, que explorou as experiências de adultos com diabetes tipo 2, que participaram num programa de autodeterminação baseado na TAD, conduzido por enfermeiros, e refere como o programa afetou a automotivação para a gestão da diabetes.	Os resultados revelam que após a participação no programa, os pacientes obtiveram novas possibilidades de vida, que parecem ter uma influência positiva na motivação para a autogestão da diabetes.  Através da reflexão sobre a doença, os pacientes desenvolveram uma relação mais próxima com mesma, ajudando na aceitação.  O facto de o diálogo com os enfermeiros ter sido visto como fator de proximidade, ajudou os participantes a tornarem-se mais autodeterminados.
6	N = 108  Adultos  Grupo Controlo: (n = 51)  Grupo de Intervenção: (n = 57)	O objetivo do estudo foi testar uma intervenção de atividade física e o modelo da teoria da autodeterminação (TAD) de mudança de comportamento de saúde em 108 pacientes com diabetes tipo 2 e doença arterial crónica, com distribuição aleatória dos participantes por dois grupos (intervenção e controlo)	Comparando o género feminino com o género masculino, o masculino relatou níveis mais elevados da satisfação da necessidade competência  ( $r = .20, p < .05$ )  e PA ( $r = .16, p < .05$ ). Em relação à idade, os mais velhos  relataram um pouco maior autonomia de

Ordem	Amostra	Objetivos	Resultados
	Idade entre os 41 e 81 anos  Diabetes tipo 2 e Doença Arterial Coronária		suporte ( $r = .16, p < .05$ ) e satisfação das necessidades  ( $r_s = .17 - .27, p < .05$ ) do que os participantes mais jovens.  Em relação à autonomia de suporte, os participantes do grupo de intervenção tiveram um aumento significativo da autonomia de suporte nos 12 meses em relação ao grupo de controlo.  Os resultados sugerem que a intervenção foi vivenciada como autonomia de suporte.
7	N = 159  Diabetes tipo 2	Teste do modelo TAD de mudança de comportamento de saúde para o controlo glicémico num ensaio randomizado de ativação do paciente versus educação passiva.  Avaliação da hemoglobina glicada HbA <sub>1c</sub> .  Avaliação da motivação autónoma e percepção de competência; e autonomia de suporte da equipa clínica	As percepções de autonomia e competência foram promovidas pelo apoio à autonomia percebida, e as alterações na percepção de autonomia e competência, por sua vez, previram uma mudança no controlo glicémico. Os comportamentos de autogestão mediaram a relação entre a mudança de competência percebida, e mudança no controlo glicémico.

<b>Ordem</b>	<b>Amostra</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Resultados</b>
8	<p>N = 364</p> <p>3 Grupos de 12</p> <p>CHSs (centros de saúde):</p> <p>1.UCG – grupo cuidados habituais / controle: (n = 120): 37 género masculino e 83 género feminino.</p> <p>2.SSG – grupo de apoio social: (n = 119): 43 género masculino e 76 género feminino.</p> <p>3.ASG - grupo suporte de autonomia (n=125): género masculino e 82 género feminino.</p> <p>A média de idades era entre os 64 e os 66 anos</p> <p>Diabetes Tipo 2</p>	<p>Avaliar se a intervenção de apoio social ou de apoio à autonomia em pacientes com diabetes tipo 2 pode atingir o controle glicêmico no final da intervenção, e testar se o efeito do controlo glicêmico pode ser mantido por um longo período.</p>	<p>Os pacientes em ASG alcançaram melhor redução de HbA1c no final da intervenção (53% ou 7.23 mmol / mol, <math>p &lt; .001</math>) do que aqueles no UCG e mantiveram com sucesso até 6 meses (42% ou 5.41 mmol / mol, <math>p &lt; .001</math>).</p> <p>Os pacientes em SSG não experimentaram mudança significativa em HbA1c em 3 ou 6 meses quando comparados com pacientes em UCG.</p> <p>Os pacientes em</p> <p>ambos o SSG (<math>B .12, p &lt; .05</math>) e ASG (<math>B .22, p &lt; .001</math>) experimentaram melhora no exercício em 3 meses.</p> <p>Os pacientes no ASG mantiveram melhora no exercício por até 6 meses (<math>B .21, p &lt; .001</math>), mas aqueles no SSG não.</p> <p>Ocorreram ainda:</p> <p>-Redução HbALc (Hemoglobina glicada)</p> <p>-Comportamentos (DSM) - incluindo (dieta, exercício, controlo glicose e medicação).</p>

<b>Ordem</b>	<b>Amostra</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Resultados</b>
9	N = 638  Género: feminino (n = 313); masculino (n = 324)  Com Diabetes tipo 1 e 2	Este tudo pretendeu examinar os construtos da teoria sociocognitiva e da teoria da autodeterminação, em relação ao autocuidado alimentar e a satisfação com a vida em 638 sujeitos com Diabetes. Foi proposto um modelo motivacional para o autocuidado alimentar na diabetes, fazendo apelo à relação com a autoeficácia / regulação autónoma e satisfação com a vida.	A autoeficácia foi associada significativamente com a adesão, enquanto que a autorregulação autónoma esteve mais associada com a satisfação com a vida. Segundo o modelo, as intervenções para o autocuidado alimentar deveriam focar-se no aumento da autoeficácia e a regulação autónoma.

## 5. Discussão

O presente trabalho de revisão sistemática de literatura incluiu nove artigos que foram realizados entre os anos 2000 e 2020 (Halvari, et al., 2016; Karlesen, et al., 2014; Koponen, et al., 2017; Sebire, et al., 2018; Senécal., et all, 2000; Steed et al., 2014; Williams, et al., 2004; Williams, et al., 2009; Yun, et all., 2020), a execução dos mesmos foi efetuada numa diversidade de países (e.g., Canadá, Reino Unido, Finlândia e Noruega).

O método utilizado para recolha dos dados nos estudos, foi com recurso a entrevistas e/ou questionários de autorresposta. As amostras recolhidas nos estudos incluem sujeitos tanto género masculino como do género feminino.

Relativamente ao tipo de estudos, e quanto à forma de abordagem, temos sete estudos quantitativos (Koponen, et al., 2017; Senécal, et all., 2000; Steed et al., 2014; Halvari et al., 2016; Williams, et al., 2004; Williams, et al., 2004; Yun, et all., 2020).

Obtivemos e analisámos dois estudos com abordagem qualitativa (Karlesen, et al., 2018; Sebire, et al., 2018;), um deles é observacional e retrospectivo (Sebire, et al., 2018), e o outro é experimental (Karlesen, et al., 2018).

Oito dos nove estudos considerados utilizaram como amostra a diabetes tipo 2, sendo que em um deles a amostra era constituída por sujeitos com diabetes tipo 1 e tipo 2 (Senécal, et all, 2000) e em um outro (Williams, et al., 2004) não constava a indicação do tipo amostra utilizada para além da diabetes mellitus.

Em termos gerais, os resultados apontam para uma diversidade de motivações inerentes à mudança de comportamento e estilo de vida em sujeitos recentemente diagnosticados com diabetes.

Foram ainda encontrados resultados que denotam a presença de motivação controlada e que foi transformada, ao longo do tempo e na sequência da promoção de processos de internalização, em motivação autónoma. Como sabemos, e de acordo com a literatura, um tipo de motivação controlada levará, a médio ou longo prazo, a uma maior probabilidade de extinção do comportamento. Para que o mesmo se mantenha a longo prazo, existe a necessidade de que a motivação seja internalizada pelo indivíduo, isto é, autónoma.

No que concerne à atividade física, essencial no âmbito da gestão da doença, verifica-se que a motivação autónoma é um preditor direto daquela prática em doentes com diabetes tipo 2. Os profissionais de saúde podem promover a prática de atividade física com recurso à mobilização baseada em um tipo de motivação autónoma, de internalização de comportamentos de saúde para um estilo de vida ativo, quando estes não são realizados do ponto de vista intrínseco.

Relativamente à autogestão da doença, a análise dos estudos leva-nos a considerar que as crenças relacionadas com a doença têm um papel menos predominante que a autoeficácia específica dos comportamentos relacionados com a gestão da doença, verificando-se, ainda assim, a relevância de trabalharmos a crença de controlo da diabetes para que haja a promoção de uma maior qualidade de vida.

Por último, é de referir que se constatou uma associação positiva entre a autoeficácia e a adesão ao tratamento, a par de uma influência significativa da motivação autónoma na perceção de satisfação com a vida.

Em conclusão, e com base nos artigos analisados, o modelo da TAD propicia um enquadramento sustentável e adequado à interpretação das motivações tanto para a adesão no tratamento, como para a gestão da doença e melhoria na qualidade de vida. Ao analisarmos a produção científica produzida, verificamos que o racional fornecido pela TAD parece, pois, representar um papel fundamental para o entendimento das motivações em doentes com diabetes, permitindo, desta forma, dar um contributo notável no que concerne às intervenções.

## 6. Conclusão

O modelo explicativo fornecido pela Teoria da Autodeterminação (aplicado aos comportamentos de saúde) tem vindo a ser considerado de grande utilidade na compreensão do processo de adesão e gestão do tratamento e qualidade de vida na diabetes. Os estudos realizados sobre a temática sugerem que a possibilidade de melhoria na qualidade de vida, adesão ao tratamento e melhoria nos resultados fisiológicos nos doentes com diabetes, estará associada a um apoio, por parte dos profissionais de saúde, na promoção da autorregulação (para comportamentos de saúde), no uso da medicação e na perceção de competência para a autogestão da diabetes, tal como previsto pela TAD.

A conceptualização que é feita pela Teoria da Autodeterminação, ao permitir, entre outras coisas, diferenciar e entender os tipos de motivação de um ponto de vista também qualitativo, viabiliza a intervenção em uma mobilização comportamental que se quer prolongada no tempo (dadas as características da doença em causa). Dito de outro modo, a TAD possibilitará a compreensão não apenas dos comportamentos de saúde (e o seu ajuste), como tem implicações no desenho de intervenções potenciadoras do sucesso da gestão da doença, no ajudar o doente a adquirir comportamentos de saúde que potenciem a sua qualidade de vida e, consequentemente, a melhoria na autogestão da diabetes, não só a nível de marcadores fisiológicos, mas também psicológicos e comportamentais.

As intervenções com a população com diabetes deverão ser pensadas no sentido de contemplarem a promoção de um tipo de motivação autónoma e da satisfação de necessidades como a de competência, promovendo a internalização da regulação comportamental e identificação com a doença e tratamento. Para isso, urge informar o doente e dar-lhe a possibilidade de escolha, em vez de uma imposição de um comportamento uma vez que este poderá não ter resultados a longo prazo.

Existem comportamentos que podem ser promovidos e poderão melhorar a qualidade de vida dos sujeitos com diabetes e autogestão que fazem da doença (e.g., controlo da glicémia, redução da medicação), e que vão desde à prática de atividade física à reeducação alimentar (dieta), entre outros. Existe a necessidade de explicar qual a importância desse comportamento e dar opção de escolha. Ao promovermos uma regulação identificada e integrada (dois tipos de regulação comportamental da motivação extrínseca que são consideradas formas de motivação autónoma) possibilitamos ao sujeito entender verdadeiramente o porquê daquele comportamento e em que o pode beneficiar, dando-lhe a possibilidade de ponderação e integração das razões de ação no self.

# Referências

- Alberti, K. G. M. M., & Zimmet, P. Z. (1998). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of a WHO consultation. *Diabetic medicine*, *15*(7), 539-553. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-9136\(199807\)15:7<539:AID-DIA668>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-9136(199807)15:7<539:AID-DIA668>3.0.CO;2-S)
- American Diabetes Association [ADA]. (2019). 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes 2019. *American Diabetes Association*, *42*, 13-28. <https://doi.org/10.2337/dc19-S002>
- Barba Evia, J. R. (2018). Diabetes: ¿epidemia o pandemia? *Revista Latino americana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio*, *65*(4), 211-221.
- Bastida, J. L., Aguilar, P. S., & González, B. D. (2002). Los costes socioeconómicos de la diabetes mellitus. *Atención Primaria*, *29*(3), 145-150. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)70526-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)70526-X)
- Campuzano-Maya, G., & Latorre-Sierra, G. (2010). La HbA1c en el diagnóstico y en el manejo de la diabetes. *Medicina & Laboratorio*, *16*(05-06), 211-241.
- Conget, I. (2002). Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. *Revista española de cardiología*, *55*(5), 528-535. [https://doi.org/10.1016/S0300-8932\(02\)76646-3](https://doi.org/10.1016/S0300-8932(02)76646-3)
- de Lima, S. M. (2015). Papel da psicologia no acompanhamento do paciente com diabetes. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, *14*(4), 76-80. <https://doi.org/10.12957/rhupe.2015.20062>
- de Los Ríos Castillo, J. L., Sosa, J. J. S., Santiago, P. B., & Sustaita, V. G. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *42*(2), 109-116.
- Diabetes Care. (2010). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, *15*, 539-553. <https://doi.org/10.2337/dc10-S062>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Norma da Direção Geral da Saúde (002/2011)*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes/norma-da-direccao-geral-da-saude-n-0022011-de-14012011-pdf.aspx>
- Girelli, L., & Luccidi, F. (2016). A Self-determination theory based intervention to promote healthy eating and physical activity in school-aged children. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, *16*(3), 13-20.
- Gonçalves, H. D. A., Nascimento, M. B. D. C., & Nascimento, K. C. S. (2015). Revisão sistemática e metanálise: níveis de evidência e validade científica. *Revista Eletrônica Debates em Educação Científica e Tecnológica*, *2*, 386-389.

- Halvari, H., Healey, J., Olafsen, A. H., Byrkjeland, R., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2016). Physical activity and motivational predictors of changes in health behavior and health among DM 2 and CAD patients. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 27(11), 1454-1469.
- International Diabetes Federation [IDF]. *IDF diabetes atlas, 9th ed.* Brussels, International Diabetes Federation, 2019. [www.diabetesatlas.org](http://www.diabetesatlas.org)
- Jacobson, A.M. Groot, M., & Samson, J.A. (1994) The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. *Diabetes care*, 17(4), 267-274.
- Karlsen, B., Rasmussen Bruun, B., & Oftedal, B. (2018). New possibilities in life with type 2 diabetes: Experiences from participating in a guided self-determination Programme in general practice. *Nursing research and practice*, 2018, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2018/6137628>
- Koponen, A. M., Simonsen, N., & Suominen, S. (2017). Determinants of physical activity among patients with type 2 diabetes: The role of perceived autonomy support, autonomous motivation and self-care competence. *Psychology, Health & Medicine*, 22(3), 332-344.
- Mata-Cases M., Artola, S., Escalada, J., Ezkurra-Loyola, P., Ferrer-García, J.C., Fornos, J.A., Girbés, J., & Rica, I. (2015). Consenso sobre la detección y el manejo de la prediabetes. Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 41(5), 266-278. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avdiab.2014.10.007>
- Moher D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2013). *Guía para personas con diabetes tipo 1 y 2*. NIDDK, National Institutes of Health, National Diabetes Information Clearinghouse.
- Paul-Ebhohimhen, V., & Avenell, A. (2008). Systematic review of the use of financial incentives in treatments for obesity and overweight. *Obesity Reviews*, 9(4), 355-367.
- Pais-Ribeiro. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 12, 179-191.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. N. de Jesus, & C. Nunes (Coords.), *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso.
- Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Ambard, M., Mengual, E., Medina, M., Leal, E., Martínez, Y., & Cano, R. (2004). Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23(1), 13-17.
- Rett, K., & Gottwald-Hostalek, U. (2019). Understanding prediabetes: definition, prevalence, burden and treatment options for an emerging disease. *Current medical research and opinion*, 35(9), 1529-1534. <https://doi.org/10.1080/03007995.2019.1601455>
- Rubin, R. R., & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. Diabetes/metabolism research and reviews. *Diabetes Metab. Res. Rev.*, 15 (5), 205-215

- Ryan, R., & Deci, E. L. (2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of personality*, 74(6), 1557-1586.
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *The European health psychologist*, 10(1), 2-5.
- Seabra, H. (1992). Intervenção Psicológica na área da diabetes. *Análise Psicológica*, 10, 241-244.
- Sebire, S. J., Toumpakari, Z., Turner, K. M., Cooper, A. R., Page, A. S., Malpass, A., & Andrews, R. C. (2018). “I’ve made this my lifestyle now”: A prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus. *BMC public health*, 18(1), 1-10.
- Skevington, S. M. (1999). Measuring quality of life in Britain: Introducing the WHOQOL-100. *Journal of psychosomatic research*, 47(5), 449-459. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00051-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00051-3)
- Senécal, C., Nouwen, A., & White, D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health psychology*, 19(5), 452.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2016). *Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. In Letra Solúvel – Publicidade e Marketing, Lda.
- Steed, L., Barnard, M., Hurel, S., Jenkins, C., & Newman, S. (2013). How does change occur following a theoretically based self-management intervention for type 2 diabetes. *Psychology, health & medicine*, 19(5), 536-546.
- Tonetto, I. F. D. A., Baptista, M. H. B., Gomides, D. D. S., & Pace, A. E. (2019). Quality of life of people with diabetes mellitus. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, 1-8. [doi.org/10.1590/s1980-220x2018002803424](https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018002803424).
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*, 23(1), 58.
- Williams GC, Patick H, Niemic CP, Williams LK, Divine G, Lafata JE et al., (2009). Reducing the health risks of diabetes: How self-determination theory may help improve medication adherence and quality of life. *Diabetes Educ*, 35, 484-492.
- World Health Organization [WHO]. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. (1997). *WHOQOL: measuring quality of life*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>.
- World Health Organization [WHO]. (2016). *Global report on diabetes: executive summary*. World Organization. [https://doi.org/10.1016/s0212-5382\(04\)71624-6](https://doi.org/10.1016/s0212-5382(04)71624-6)

Yun, Q., Ji, Y., Liu, S., Shen, Y., Jiang, X., Fan, X., Liu, J., & Chang, C. (2020). Can autonomy support have an effect on type 2 diabetes glycemic control? Results of a cluster randomized controlled trial. *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 8(1). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjdr-2019-001018>