



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Diabetes Mellitus: Percepção da doença e adesão ao tratamento**

**Muriel Corrêa Neves Rodrigues**

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

Orientadora: Profª Dra. Claudia Maria Gomes Mendes da Silva

**Covilhã, Outubro de 2015**



## Dedicatória

A todos os pacientes crônicos. Em especial os diabéticos, àqueles que compartilharam comigo um pouco das suas vidas e suas dificuldades com tanta disposição, contribuindo para esta nova experiência.



# Agradecimentos

À professora Cláudia, pela paciência e as orientações para a construção desse trabalho, assim como a todos os professores da UBI que me acolheram e colaboraram para o meu crescimento enquanto pesquisadora. Além de outros funcionários que sempre me trataram com muito respeito.

Aos funcionários do Hospital Cova da Beira e do Centro de Saúde da Covilhã, principalmente médicos e enfermeiras, que abriram as portas de seus consultórios e compartilharam saberes imprescindíveis. Também os participantes deste estudo, pela atenção e disponibilidade em contribuir para a construção desse conhecimento, sem os quais esta pesquisa não seria possível.

A todos que me apoiaram, especialmente Jânio Júnior, que plantou essa sementinha, acreditou e me incentivou todos os dias. Como também meus pais, meu irmão, meus familiares e amigos. Principalmente os amigos que passaram a ser amigos virtuais, sempre online nas madrugadas, e mesmo tão longe estavam presentes, fazendo com que a saudade fosse minimizada de alguma forma. Obrigada pelas mensagens de incentivo e ânimo.

Aos amigos que construí nessa caminhada, amigos portugueses e de todas as nacionalidades, amigos de trabalho, de estudo, de noites em claro, companheiros de viagens. Aos brasileiros na Covilhã que se tornaram uma família com o passar dos dias. Às famílias das amigas que me acolheram e me fizeram sentir tão em casa e com vontade de voltar sempre.

Às amigas de quarto (o famoso quarto 6), que sempre estavam lá para um abraço quando havia desespero, saudades, desânimo ou simplesmente quando eu estava apenas cansada, pelas conversas, risadas, jantares, partilhas e pelos 'miminhos'. Aprendi tanto com cada um.

E por fim, agradeço à Covilhã, essa cidade tão encantadora, que me trouxe paz, me deu a oportunidade de um contato comigo mesma, com as pequenas coisas. Ensinou-me a olhar diferente para o universo. Como? Não sei. Talvez pela magia que existe em cada ruela, em cada olhar. Não é fácil ser estrangeira em outro país, mas as pessoas da Covilhã foram acolhedoras, tornando tudo mais fácil.



## Resumo

Com o aumento da prevalência da Diabetes Mellitus e a baixa adesão ao tratamento, pretendeu-se investigar a relação entre as representações da doença e a adesão às atividades de autocuidado com a Diabetes. Este estudo trata-se de uma investigação transversal, quantitativa, com a recolha de dados por meio de inquéritos autoadministrados. Participaram 78 diabéticos do tipo 2, sendo 43 participantes do sexo masculino e 35 do sexo feminino, com a média de idade de 66 anos, residentes na sua maioria no concelho da Covilhã. O tempo do diagnóstico é em média de 14 anos, a maior parte dos pacientes faz uso de medicação oral ou medicação oral juntamente com a insulina, e apenas, 14% da amostra faz o tratamento apenas com a insulina. Foi percebido que quanto mais tempo de diagnóstico, mais os pacientes se preocupam com a monitorização da glicemia e em tomar os medicamentos. Os pacientes realizam o controle regular da sua glicemia diariamente ou semanalmente. Segundo algumas informações clínicas 72,7% dos pacientes tem a HbA1C superior a 7,0%, e apenas 27,2% pacientes com bons níveis. Para as Atividades de Autocuidado com a Diabetes foi possível constatar que os cuidados com a monitorização da glicemia, com a toma de medicamentos e os cuidados com os pés, são considerados satisfatórios. Os participantes mostraram ainda cuidados com a alimentação em pelo menos quatro dias por semana, sendo a atividade física a dimensão com mais desfavorável. Os resultados apresentam uma fraca identificação da natureza da doença e dos sintomas, e de forma geral uma compreensão mais empobrecida da diabetes. Os participantes deste estudo não percebem a gravidade das consequências que a diabetes provoca, embora eles consigam assimilar a cronicidade da sua doença, pois compreendem que a diabetes é uma doença que vai durar para sempre. Além do bom nível do controle pessoal, os pacientes também demonstram uma compreensão satisfatória em relação ao controle pelo tratamento. Grande parte da amostra não apresentou sintomatologia grave para a depressão ou de ansiedade, porém percebeu-se que os níveis emocionais foram mais altos nas mulheres. Estes resultados, assim como outros, demonstram a necessidade da autogestão da diabetes pelos participantes, para gerir a sua doença a cada dia, seus sintomas, entender as suas limitações, aumentando assim, a adesão para alcançar um bom controle metabólico.

## Palavras-chave

Diabetes Mellitus, Representação da doença, Autocuidado, Adesão ao Tratamento.

# Abstract

With the increasing prevalence of Diabetes Mellitus and low adherence to treatment, the aim was to investigate the relationship between the disease representations and the adherence to self-care activities with Diabetes. This study deals with a cross-sectional quantitative research, with data collection through self-administered surveys. Participated in 78 type 2 diabetic patients, 43 male participants and 35 female, with a mean age of 66 years living mostly in the municipality of Covilha. The time of diagnosis is 14 years on average, most patients make use of oral medication or oral medication with insulin and only 14% of the sample does treatment with insulin. It was realized that the more time of diagnosis, most patients are concerned about the monitoring of blood glucose and take medications. Patients perform regular control of your blood glucose daily or weekly. According to some clinical information 72.7% of patients have higher HbA1c to 7.0%, and only 27.2% patients with good levels. For Self-Care Activities with Diabetes it was established that the care of blood glucose monitoring, with the intake of medicines and foot care, are considered satisfactory. Participants also showed care food for at least four days a week, and physical activity with less favorable size. The results show poor identification of the nature of the disease and symptoms, and generally a more impoverished understanding of diabetes. The study participants do not realize the seriousness of the consequences that diabetes causes, although they are able to assimilate the chronicity of their illness, for they understand that diabetes is a disease that will last forever. In addition to the good level of personal control, patients also demonstrate a satisfactory understanding in relation to the control treatment. Much of the sample did not show serious symptoms for depression or anxiety, but it was realized that the emotional levels were higher in women. These results, as well as others, show the need for self-management of diabetes by participants to manage their disease every day, their symptoms, understand their limitations, thus increasing the membership to achieve good metabolic control.

## Keywords

Diabetes Mellitus, Illness Representation, Self-care, Treatment Adherence.



# Índice

Introdução.....	1
<b>1 Enquadramento Teórico .....</b>	<b>3</b>
1.1 Doença Crónica.....	3
1.2 Diabetes Mellitus.....	5
1.2.1 Diagnóstico e Classificação .....	6
1.2.2 Tratamento .....	9
1.3 Representações de saúde e doença .....	12
1.4 Adesão ao tratamento .....	15
1.4.1 Modelo de autorregulação de Leventhal .....	16
1.4.2 Fatores determinantes da adesão .....	18
1.5 Estratégias de saúde .....	20
1.6 Consequências psicológicas da Diabetes.....	20
1.6.1 Ansiedade.....	21
1.6.2 Depressão .....	22
1.7 Intervenção psicológica na Diabetes .....	24
<b>2 Metodologia .....</b>	<b>27</b>
2.1 Objetivos.....	27
2.2 Participantes.....	28
2.3 Instrumentos.....	32
2.4 Procedimento.....	35
<b>3 Resultados.....</b>	<b>37</b>
3.1 Consistência interna dos instrumentos e análise descritiva dos resultados .....	37
3.2 Análise Inferencial.....	44
<b>4 Discussão .....</b>	<b>51</b>
Conclusão.....	63
Referências Bibliográficas .....	67
Anexos.....	77



# Lista de Tabelas

- Tabela 1. Caracterização da amostra em função dos dados sociodemográficos e clínicos.
- Tabela 2. Resultados das médias dos dados clínicos em função do sexo.
- Tabela 3. Estatística descritiva dos resultados por dimensões da escala IPQ-R.
- Tabela 4. Resultados (frequência) das dimensões da escala de Percepção da Doença.
- Tabela 5. Resultados descritivos para a subescala Causas do IPQ-R.
- Tabela 6. Estatística descritiva dos resultados por dimensões da escala de Atividades de Autocuidado na Diabetes.
- Tabela 7. Estatística descritiva dos resultados por dimensões da escala HADS.
- Tabela 8. Distribuição da média das subescalas Ansiedade e Depressão e valores clínicos da amostra.
- Tabela 9. Resultados das dimensões da escala de Atividades de Autocuidado na Diabetes em função do sexo.
- Tabela 10. Correlação entre as informações clínicas e as dimensões da escala de Atividades de Autocuidado na Diabetes.
- Tabela 11. Correlação entre as dimensões da escala de Atividades de Autocuidado na Diabetes e HADS.
- Tabela 12. Correlação entre as dimensões da escala de Atividades de Autocuidado na Diabetes e da escala de Percepção da Doença.
- Tabela 13. Correlação entre as dimensões da escala de Percepção da Doença.
- Tabela 14. Médias das dimensões da escala IPQ-R entre os pacientes do Hospital e do Centro de Saúde.
- Tabela 15. Médias das subescalas Ansiedade e Depressão em função do sexo.



## Lista de Acrónimos

APA	American Psychological Association
ADA	American Diabetes Association
CAM	Programa de Medicina Complementar e Alternativa
DM	Diabetes Mellitus
DM 1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM 2	Diabetes Mellitus tipo 2
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DSM-5	Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - 5
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
IMC	Índice de Massa Corporal
IPQ	Illness Perception Questionnaire
IPQ-R	Questionário de Percepção da Doença Revisito
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences





# Introdução

O campo da saúde foi durante muito tempo dominado pelo modelo biomédico, sendo a saúde definida como a ausência de doença ou invalidez (Leal, 2006). Esta visão biomédica foi criticada por ser uma abordagem reducionista, e que não considerava o ser humano como um todo, onde as doenças eram causadas somente por fatores físicos (Gross, 2004). Entretanto, desde o final da Segunda Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde - OMS, tem sido a referência que norteia os princípios do sistema de saúde, propondo em 1948 que a saúde deve ser considerada como um estado de bem estar físico, mental e social completo e não apenas a ausência de doença. Essa proposta modificou a forma de entender a saúde, passando a prevalecer o modelo biopsicossocial (Leal, 2006).

O modelo biopsicossocial é baseado na abordagem dos sistemas, não havendo fatores únicos para explicar os fenômenos, mas fatores que se influenciam mutuamente em diferentes níveis. Segundo Gross (2004) os fatores biológicos interagem com os fatores psicológicos e com os fatores sociais para compreender a saúde ou a doença. Para o novo conceito de saúde, a área física do ser humano deixa de ser o foco principal e passa a dividir espaço com as áreas psicológica e social. A partir de então, as intervenções em saúde têm um caráter multidisciplinar e voltam-se não somente para a prevenção de doenças, mas também para a promoção da saúde das pessoas, tornando-se cada vez mais importante a melhoria da saúde como um todo (Gross, 2004; Matos, 2006).

As investigações sobre saúde e doença também passam a ser contempladas, pois cada vez mais o ser humano procura entender as questões de vida e morte, buscando prolongar consideravelmente a sua esperança de vida. Muitas investigações têm o objetivo de compreender o processo saúde-doença, algumas com foco nas situações crônicas de saúde (Freitas & Mendes, 2007).

O estudo da saúde apresenta duas faces na história sociocultural, por um lado a melhoria das condições de saúde, com o aumento da perspectiva de vida, por outro o aumento da medicalização, alta tecnologia médica. Entretanto, para pressupor um comportamento é preciso considerar as percepções, valores, representações simbólicas, crenças e sentimentos, e que podem ser modificados através de novos conhecimentos (Gazzinelli, Gazzinelli & Penna, 2005).

A área da Psicologia que possui como objeto de estudo, investigação e intervenção na saúde é a Psicologia da Saúde, tendo esta área o objetivo da promoção da saúde e prevenção das doenças, ou seja, promover um comportamento saudável nos indivíduos, fazendo com que estes reconheçam os comportamentos prejudiciais para a saúde (Leal, 2006; Ogden, 2004).

A partir do modelo biopsicossocial, a Psicologia da Saúde surge e busca compreender a saúde e a doença dentro de uma perspectiva que engloba aspectos biológicos, psicológicos e sociais, tanto para a promoção de saúde, como para a prevenção de doenças, afastando-se

também do simples modelo linear de saúde. A Psicologia da Saúde vê os fatores psicológicos não só como possíveis consequências da doença, mas também como contributo para a sua etiologia (Gross, 2004; Ogden, 2004; Pereira, 2006).

Para Pereira (2006) a finalidade da Psicologia da Saúde é avançar com as contribuições da Psicologia para melhor compreender e intervir na saúde, manter a saúde e prevenir doenças, bem como intervir nos cuidados básicos de saúde, a nível das comunidades. Jesus (2006) acrescenta que a intervenção em Psicologia da Saúde promove o bem-estar psicológico e a qualidade de vida dos sujeitos.

A intervenção psicológica em saúde integra-se ao nível da prevenção primária, no que diz respeito a uma promoção de estilo de vida mais saudáveis, e, sobretudo ao nível de prevenção secundária, ou seja, o controle dos efeitos das doenças, sendo um importante desafio na atualidade (Silva, 2010). O controle e a gestão das doenças crónicas têm-se destacado no sistema de saúde, associados a um crescimento deste tipo de enfermidades. O seu caráter crónico, que impõe a necessidade de tratamentos prolongados no tempo, exige que os pacientes sejam ativos na gestão da sua própria condição de saúde (Harvey & Lawson, 2009).

A escolha de estudar as doenças crónicas, nomeadamente a Diabetes Mellitus, surge do atual quadro epidemiológico da doença, da ênfase das ações e programas da política de saúde, podendo o estudo contribuir para o processo de construção de atuações mais sensíveis e voltadas para as representações do doente acerca da diabetes. Xavier, Bittar e Ataíde (2009), defendem que a concepção de saúde e a maneira como os pacientes encaram a sua doença são resultados de experiências pessoais, tendo uma relação direta com as suas crenças e os valores que são formados ao longo da vida, sendo fatores a considerar diante das propostas de tratamento.

Acredita-se ainda na contribuição da psicologia, que possibilita um olhar diferente para algumas particularidades do sujeito, elucidando fatores que interferem para uma boa adesão. Segundo Chafey e Dávila (2007), tanto a comunidade científica quanto os profissionais de saúde tem aceitado e destacado a importância da psicologia no tratamento da diabetes, mesmo que ainda não haja psicólogos atuando ativamente como parte da equipe de tratamento da diabetes dentro dos hospitais e clínicas.

Neste estudo pretendeu-se investigar a relação entre as representações da doença e a adesão às atividades de autocuidado em pacientes adultos com diabetes do tipo 2, levando em consideração as características sociodemográficas e clínicas destes participantes, assim como o atual estado emocional.

O trabalho aqui apresentado é constituído por um capítulo de enquadramento teórico e conceitual sobre a Diabetes Mellitus e as variáveis psicossociais implicadas na gestão desta doença, seguido da apresentação da metodologia e resultados do estudo empírico realizado com uma amostra de 78 adultos com diabetes, seguidos nas consultas externas de diabetologia no Centro Hospitalar Cova da Beira e no Centro de Saúde da Covilhã. Termina com a discussão dos resultados da investigação e as conclusões retiradas.

# 1 Enquadramento Teórico

## 1.1 Doença Crónica

Nos dias atuais, as doenças crónicas são consideradas uma epidemia e um sério problema de saúde pública mundial, sendo a principal causa de mortalidade e incapacidade prematura em muitos lugares do mundo, representando um significativo custo em termos económicos e de qualidade de vida a nível mundial. Freitas e Mendes (2007) ressaltam que a condição crónica será responsável por grandes problemas de saúde no mundo, comprometendo principalmente os idosos. Diante das enfermidades crónicas destacam-se as cardiovasculares por serem responsáveis por aproximadamente 30% de todas as mortes no mundo, no qual a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus são os principais fatores de risco (Mantovani et al., 2011).

Entende-se por doença crónica a condição médica ou problema de saúde com sintomas ou incapacidades que requerem uma gestão a longo prazo (Freitas & Mendes, 2007). Para Silva (2010) são as doenças que não têm cura ou com tratamento de longa duração, que têm de ser geridas e nas quais o comportamento ou o estilo de vida das pessoas parece desempenhar um papel fundamental.

Após o diagnóstico médico são acionados alguns processos psicológicos, nesse momento o indivíduo reflete sobre a ameaça da doença, responde emotivamente e desenvolve estratégias de *coping* para reduzir a ameaça percebida. A resposta a um diagnóstico de doença grave está associada a alguns fatores, como por exemplo, a ameaça à identidade pessoal, onde em algumas situações pode ocorrer o indivíduo imaginar-se abandonando o seu estado de autonomia para tornar-se paciente, e vir a depender de outras pessoas (Bennett, 2002). No primeiro momento o doente tem pouco conhecimento sobre a doença e o seu surgimento é inesperado, representando a perda da saúde e da vida normal que tinha antes da doença. Para alguns o diagnóstico traz incertezas para o futuro, com perdas da perspectiva de novos projetos. Essas inseguranças podem dificultar o enfrentamento adequado das ameaças, tanto quanto a própria doença, refletindo-se no tratamento que será proposto (Bennett, 2002; Marques, 2012).

A doença crónica surge impondo modificações importantes na vida e que podem, muitas vezes, ser permanentes, provocando em alguns pacientes crises pessoais (Brannon & Feist, 2001). Freitas e Mendes (2007) destacam que ocorrem perdas de ordem social, económicas e pessoais, com alterações no quotidiano da vida da família, no rompimento das relações sociais. A carga psicossocial de uma doença crónica pode levar ao risco de desenvolvimento de sintomas depressivos (Hasan, Mamun, Clavarino & Kairuz, 2015). Algumas investigações mostram que os pacientes com diagnóstico de doença crónica apresentam maior

probabilidade de desenvolver sintomas patológicos (stresse, ansiedade e depressão) (Ramos & Ferreira, 2011).

Almeida (2003) corrobora que o impacto do diagnóstico de uma patologia crónica, que afeta os aspectos centrais da vida, reflete-se em alterações no autoconceito e na autoestima e podem colocar o paciente em risco acrescido de perturbação emocional. Esses indivíduos, ao serem expostos a situações aversivas, apresentariam dificuldades no confronto com a doença, comprometendo a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

Fatores psicológicos poderão influenciar a aceitação da doença e a adaptação ao tratamento em pessoas com doença crónica. É necessário que a pessoa tome consciência da importância dos cuidados com a doença para a manutenção de seu bem-estar e aprenda novas estratégias para administrar as recomendações básicas de tratamento e as situações do seu dia a dia (Pereira et al., 2007). Não é raro surgirem conflitos em algumas pessoas quando lhes é solicitado mudanças no estilo de vida, nas atividades do quotidiano, para que tenham hábitos considerados saudáveis que irão prevenir a recorrência e/ou complicações da doença crónica. Os doentes podem ter fases com períodos de estabilidade e instabilidade, trazendo problemas físicos, psicológicos e sociais, que necessitam também de diferentes tipos de gestão (Freitas & Mendes, 2007).

Barsaglini (2008) esclarece que, devido à cronicidade, o processo de vivência da doença obriga o doente a desenvolver formas personalizadas de pensar sobre sua condição e de como lidar com ela, envolvendo fatores de ordem estrutural, simbólica, das experiências prévias e atuais, assim como do próprio curso da doença. As pessoas que vão tomando consciência da gravidade das complicações crónicas e procuram gerir as conseqüências da doença na sua vida, utilizarão a capacidade de fazer escolhas e atender às que lhes agradam mais, ajustando-se emocionalmente a essas escolhas. As atividades diárias e os relacionamentos sociais vão-se tornando mais importantes e parecem estar associados a uma maior satisfação com a vida (Mantovani et al., 2011; Silva, 2010).

É importante gerir não só a doença, como também os fatores de risco que estão associados a ela. Atualmente, os hábitos da sociedade moderna contribuem para o aumento da incidência de doenças crónicas, as dietas com muita gordura saturada e colesterol, o estilo de vida sedentário, o abuso de substâncias, o fumo e altos níveis de stresse, todos têm sido relacionados com o desenvolvimento de condições crónicas em pessoas geneticamente susceptíveis (Freitas & Mendes, 2007).

Quanto ao tratamento, é importante que os pacientes de doença crónica participem dos tratamentos propostos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), os comportamentos dos pacientes no dia a dia, tais como a adesão aos esquemas terapêuticos, a prática de exercício físico, uma alimentação equilibrada, o sono regular, a interação com as organizações de saúde e o abandono do tabagismo, influenciam positivamente a saúde. É necessário que os pacientes desenvolvam bom vínculo com os profissionais de saúde, recebam informações e instruções adequadas quanto à sua doença e como geri-la, e se sintam à

vontade para esclarecerem dúvidas, colocando o seu posicionamento sobre o tratamento proposto quando necessário. A qualidade da interação entre o paciente e o profissional de saúde influenciará os resultados de doenças como o câncer, a diabetes, a hipertensão, as cefaleias ou a úlcera péptica (OMS, 2003).

Entre as doenças crônicas destaca-se a Diabetes Mellitus (DM), doença crônica grave que afeta cerca de 2% da população mundial, prevendo-se que venha a ultrapassar os 3% na próxima década, aumentando ao longo do século XXI (Silva, Ribeiro & Cardoso, 2006).

## 1.2 Diabetes Mellitus

A diabetes é uma doença cada vez mais frequente na nossa sociedade e sua prevalência aumenta muito com a idade, atingindo ambos os sexos e todas as idades. A DM é caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue, a hiperglicemia, que se deve em alguns casos a insuficiente produção, noutros a insuficiente ação da insulina e, frequentemente, à combinação destes dois fatores (Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

A diabetes se não tratada de forma adequada leva o indivíduo a apresentar complicações crônicas irreversíveis, como disfunção e falência de órgãos, tais como rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos, acarretando várias doenças (Ramos & Ferreira, 2011). É possível reduzir os seus danos através de um controle rigoroso da hiperglicemia, da hipertensão arterial, entre outros, bem como de uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis (retina, nervos, rim, coração, etc.) (Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

Diante o número de pessoas afetadas, a morbidade associada, os custos envolvidos e a redução dos anos de vida, é possível constatar que a diabetes está entre os quatro mais importantes problemas de saúde (Franco, Heleno & Lopes, 2013). Sendo um problema de saúde pública que causa impacto social e econômico, tanto em termos de produtividade (ausência de trabalho), quanto aos altos custos médicos (medicações e hospitalizações) (Ramos & Ferreira, 2011). Além dos custos econômicos, a diabetes causa custos difíceis de serem quantificados, como a dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida, causando grande impacto na vida das pessoas e suas famílias (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007). Hasan, Mamun, Clavarino e Kairuz (2015) ressaltam as complicações no percurso da diabetes, incluindo as doenças relacionadas com a saúde mental, como exemplo, a depressão, sendo a condição comórbida mais associada com a diabetes.

No ano de 2013 constatou-se a existência de 382 milhões de pessoas com diabetes no mundo. Em 2035 espera-se que este valor suba para 592 milhões (International Diabetes Federation, 2013; Observatório Nacional da Diabetes, 2014). A maior parcela de pessoas com diabetes tem idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos (Observatório Nacional da Diabetes, 2014). Clavijo, Carvalho, Rios e Oliveira (2006) apresentam idades ligeiramente mais elevadas que compreendem a faixa entre os 45 e os 64 anos, e mencionam uma maior prevalência da diabetes tipo 2 em mulheres, especialmente nos países desenvolvidos.

Relativo à prevalência da diabetes, a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007) menciona marcantes diferenças entre diversos países e grupos étnicos, especificando que as taxas mais elevadas são descritas para Nauru, na Oceania, e para os índios Pima, no Arizona, EUA, onde praticamente metade da população adulta apresenta DM. Os autores Mann, Ponienman, Leventhal e Halm (2009) mencionam que aproximadamente um em cada dez adultos norte-americanos tem diabetes tipo 2. A diabetes é a segunda maior causa de doença cardiovascular no Reino Unido e uma das principais causas de morte e incapacidade na maioria dos países desenvolvidos (Abubakari et al., 2013). Estima-se também que 52 milhões de europeus vivem com diabetes, com um número semelhante entre homens e mulheres (8,4% vs. 7,8%) (Jakab, 2010, cit in Costa, Campos & Costa, 2014).

Em 2013, a prevalência estimada da diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,8 milhões de indivíduos) foi de 13,0%. A DM provocou 5,1 milhões de mortes em todo o mundo no ano de 2013. Mais de 79 mil crianças e jovens desenvolveram diabetes tipo 1. Mais de 21 milhões de nascimentos foram afetados, durante o período de gravidez, por hiperglicemia materna (84% por diabetes gestacional e 16% por diabetes prévia à gravidez) (Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

Nos últimos cinco anos tem-se verificado uma diminuição significativa do número de anos potenciais de vida perdida por Diabetes Mellitus em Portugal. Não obstante, em 2012 a diabetes representou cerca de sete anos de vida perdida por cada óbito por diabetes na população com idade inferior a 70 anos. A diabetes ocupa um papel significativo nas causas de morte, tendo a sua relevância crescido ligeiramente nos últimos anos. É importante salientar que em 2012 foi o ano em que se registrou o maior número de óbitos por diabetes em Portugal, desde que existem registos informatizados da mortalidade (Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

### **1.2.1 Diagnóstico e Classificação**

O critério diagnóstico da DM foi modificado em 1997 pela American Diabetes Association (ADA), posteriormente reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo estas modificações sido realizadas, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007), para prevenir de maneira eficaz as complicações micro e macrovasculares da DM.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2007) esclarece, ainda, que atualmente são usados três critérios para o diagnóstico da diabetes, que são: os sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal, acrescidos de glicemia casual acima de 200mg/dl (compreende-se por glicemia casual aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições); a glicemia de jejum  $\geq 126$ mg/dl (7 milimois) (em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia); e a glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75g de glicose acima de 200mg/dl. O teste de tolerância à glicose deve ser efetuado com os cuidados preconizados pela OMS, com colheita para diferenciação de glicemia em jejum e 120 minutos após a ingestão de glicose (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007).

Quanto à sua classificação, a diabetes mellitus constitui um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, de etiologias múltiplas, resultantes de defeito na secreção de insulina, na sua ação ou de ambos. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde e pela Associação Americana de Diabetes inclui quatro classes clínicas: Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2, Diabetes Mellitus Gestacional e Outros Tipos Específicos (Silva, 2010; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007).

- **Diabetes Mellitus Tipo 1**

A Diabetes tipo 1 (DM 1) é causada pela destruição das células de insulina do pâncreas pelo sistema de defesa do organismo, geralmente devido a uma reação autoimune (Observatório Nacional da Diabetes, 2014). Porém, existem casos em que não há evidências desse processo, sendo referida como forma idiopática (que significa surgir espontaneamente ou de causa desconhecida). O DM 1 idiopático corresponde a uma minoria dos casos, estes pacientes apresentam graus variáveis de deficiência de insulina (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007).

A incidência da diabetes tipo 1 pode variar conforme o país, entre 0,013% e 4,59% nos indivíduos de zero aos 29 anos de idade, sendo um dos problemas de saúde mais prevalente e grave nos jovens. Estudos sugerem um aumento da incidência em cerca de 45% a 60%, até o ano de 2020 (Silva, 2010).

A DM do tipo 1 ocorre geralmente em crianças e adolescentes. Estes pacientes necessitam de injeções de insulina diariamente para controlar os níveis de glicose no sangue (Observatório Nacional da Diabetes, 2014). Os fatores relacionados com a origem da DM 1 são a hereditariedade, infecções virais e doença autoimune, todavia, não há determinantes isoladamente (Silva, 2010).

Os indivíduos que apresentam a diabetes tipo 1 conseguem ter uma vida sem grandes limitações, quando cumprem o tratamento adequado. É necessário a autovigilância e o autocontrole da diabetes através da análise dos níveis de glicemia efetuada diariamente, que possibilitam o ajuste da insulina, da alimentação e da atividade física. Ou seja, o tratamento para os pacientes com DM 1 engloba o controle dos níveis de insulina, a alimentação e exercício físico, pois a alimentação aumenta o açúcar no sangue (glicemia), enquanto a insulina e a atividade física diminuem, havendo um balanço entre esses três fatores (Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

Sandoval e Silva (2004) chamam a atenção para as ocorrências de hipoglicemia, decorrente da queda do nível de glicose no sangue, mais frequente entre pessoas com diabetes do tipo 1, as autoras destacam a gravidade da situação e a necessidade de tratamento imediato, uma vez que pode colocar a vida do paciente em risco. A ameaça de ocorrer a hipoglicemia traz sérias preocupações para os diabéticos e seus familiares, gerando uma ansiedade significativa (Sandoval & Silva, 2004).

- **Diabetes Mellitus Tipo 2**

A diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) é a forma presente em 90%-95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e na secreção da insulina, isto é, ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o organismo não consegue utilizar de forma eficaz a insulina produzida. Estes pacientes não serão dependentes de insulina para sobreviver, entretanto, em alguns casos necessitam do tratamento com insulina para que haja um melhor controle metabólico (Observatório Nacional da Diabetes, 2014; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007).

O diagnóstico da DM 2 pode ocorrer em qualquer idade, mas geralmente é após os 40 anos. Esse tipo de diabetes vem se tornando cada vez mais comum, quer em grupos mais idosos, quer nos grupos jovens. A diabetes tipo 2 representa 85% da população diabética na maioria dos países, e afeta 10% das pessoas com mais de 70 anos (Observatório Nacional da Diabetes, 2014; Silva, 2010; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007).

A DM 2 pode ser assintomática e passar despercebida por alguns anos, sendo o diagnóstico feito quando há complicações associadas, ou quando há valores alterados da glicose no sangue ou na urina, verificados em exames rotineiros (Silva, 2010; Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

A literatura apresenta alguns fatores possíveis para o desenvolvimento da diabetes tipo 2, tais como: história familiar de diabetes, genética (aspectos multigenéticos ainda não estudados totalmente), estilos de vida não saudáveis, atitudes e comportamentos, alterações ambientais e mesmo as rápidas mudanças culturais e sociais, alimentação inadequada (ingestão calórica excessiva), inatividade física, envelhecimento da população, etnia, ambiente intrauterino deficitário e obesidade (Silva, 2010; Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

A obesidade está presente em cerca de 50% dos homens e 70% das mulheres com diabetes tipo 2, e é um fator que recebe destaque por ser fortemente associado à DM 2. A obesidade está ligada à indução da resistência à insulina, e associada a intolerância à glicose, hipertensão arterial, e hiper trigliceridemia. Ou seja, a obesidade pode causar resistência à insulina e provocar níveis elevados de glicose no sangue, destacando-se como fator de risco aos pacientes (Costa, Campos & Costa, 2014; Silva, 2010).

A caracterização do grau de risco da diabetes mellitus não está padronizada, porém, de acordo com a Secretaria de Atenção à Saúde do Brasil (2006) os fatores indicativos de maior risco são: Idade superior a 45 anos; Sobrepeso (Índice de Massa Corporal, IMC >25); Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas); Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes; Hipertensão arterial, Colesterol (HDL) e Triglicérides elevados; História de macrossomia ou diabetes gestacional; Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos; Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

A manutenção dos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) abaixo de 7% é considerada uma das principais metas dos profissionais da saúde para o controle da diabetes. Pois, após

alguns anos a hiperglicemia prolongada pode desenvolver lesões irreversíveis, afetando os olhos, rins, nervos, vasos e também a coagulação sanguínea. Os testes de HbA1c devem ser realizados pelo menos duas vezes por ano para todos os pacientes diabéticos e quatro vezes por ano (cada três meses) para os pacientes que sofrem alterações nos seus esquemas terapêuticos ou que não conseguem atingir as recomendações do tratamento (Chacra et al. 2003).

- **Diabetes Mellitus Gestacional**

A diabetes gestacional (DMG) corresponde a qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, ocorrendo pela primeira vez durante a gravidez. Semelhante à diabetes tipo 2, a diabetes gestacional está associada tanto à resistência à insulina, quanto à diminuição da função das células beta. A definição é aplicável independente de a insulina ser ou não ser utilizada no tratamento (Observatório Nacional da Diabetes, 2014; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007).

A existência de hiperglicemia durante o primeiro trimestre da gestação aumenta o risco de anomalias e perdas fetais (Duarte, 2002). O controle dos níveis de glicose no sangue materno reduz significativamente o risco para o recém-nascido. Todavia, o aumento do nível de glicose materna pode resultar em complicações para o bebê, podendo resultar em uma macrossomia (tamanho excessivo do bebê), traumatismo de parto, hipoglicemia e icterícia (Observatório Nacional da Diabetes, 2014; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007).

A diabetes gestacional ocorre em 2% a 14% de todas as gestantes, dependendo da população estudada. É associada ao aumento de morbidade e mortalidade perinatal, assim como ao risco aumentado de obesidade ou de perturbações do metabolismo da glicose durante a infância e a vida adulta dos bebês (Duarte, 2002; Observatório Nacional da Diabetes, 2014; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007). Na maioria dos casos há reversão para a tolerância normal após a gravidez, porém existe um risco de 17% a 63% de desenvolvimento de diabetes tipo 2, dentro de 5 a 16 anos após o parto (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007).

- **Outros tipos específicos**

Duarte e cols. (2002) esclarecem que os tipos específicos da diabetes compreendem: defeitos genéticos da célula beta; defeitos genéticos na ação da insulina; doença do pâncreas exócrino; endocrinopatias; induzida por químicos ou fármacos; infecções; formas infrequentes de diabetes autoimune; outras síndromes genéticas por vezes associadas a diabetes (síndrome de Down, síndrome de Klinefelter, síndrome de Turner, entre outras).

## **1.2.2 Tratamento**

Quando se lida com uma doença específica, os principais objetivos são sempre reduzir a morbidade e mortalidade que estão associadas, aliviar a dor e qualquer tipo de

sofrimento, promovendo então uma melhor qualidade de vida para o paciente. Estes são os objetivos destacados por Duarte (2002) para o tratamento dos diabéticos.

Silva, Ribeiro e Cardoso (2006) mencionam que para os profissionais de saúde é essencial o controle metabólico e isso implica o equilíbrio entre alimentação, medicação e atividade física, ocorrendo mudanças em todo o estilo de vida do paciente. O processo de tratamento requer tomar decisões diariamente, enfrentando algumas barreiras (culturais, sociais, econômicas, ambientais, etc.). Com tais mudanças haverá a prevenção das complicações agudas e possivelmente um atraso nas sequelas que a diabetes provoca. Entretanto, Harvey e Lawson (2009) destacam que tais comportamentos não são conseguidos muitas vezes, apesar de pacientes saberem da sua importância.

Parece ser consensual na literatura que o tratamento da diabetes implica uma grande responsabilidade por parte do doente durante toda a sua vida, a partir do diagnóstico, sendo importante que a pessoa se envolva totalmente no seu tratamento, assumindo o papel de agente ativo na gestão da sua doença (Silva, 2010).

Malta (2011) considera alguns fatores como determinantes para o tratamento: a personalidade do paciente, os fatores sociodemográficos, a percepção da vulnerabilidade à doença, da sua severidade, da efetividade do tratamento, dos custos e barreiras que possam surgir. Na sua investigação a autora sugere que as crenças sobre a doença e o estado emocional do diabético influenciam a adesão ao tratamento. Assim como os comportamentos de autocuidado, que também são regidos pelos valores de cada indivíduo, adquiridos ao longo da vida. É importante a compreensão dos comportamentos de cada paciente, em relação aos aspectos associados à percepção dos sintomas, às reações ao diagnóstico e à escolha do tratamento (Figueiras, 2006; Xavier, Bittar & Ataíde, 2009).

Em alguns casos, a ausência de sintomas graves pode conduzir a incertezas sobre a necessidade de seguir o tratamento proposto, sendo as crenças sobre o tratamento influenciadas pelas informações a respeito da doença, que ocorrem em função das experiências anteriores de doença e de influências no meio sócio cultural (Figueiras, 2006). Será de acordo com o que o paciente compreende da diabetes, o seu significado, os riscos e formas de controle, que direcionará as atitudes e o estilo de vida, sendo imprescindível que os diabéticos tenham conhecimentos sobre a sua doença para que consigam tomar atitudes corretas e aderirem ao tratamento proposto. A educação será, então, um ponto fundamental no tratamento destes pacientes (Xavier et al., 2009).

Silva (2003) destaca que seria extremamente útil um espaço para os pacientes, onde possam expor as suas dúvidas, medos, expectativas e mesmo o seu ponto de vista frente ao tratamento, e que os profissionais levassem em consideração estes aspectos como contributo para a adaptação em busca do melhor tratamento para o paciente. A maneira como as instruções são passadas aos pacientes pode influenciar diretamente no autocuidado. Um bom relacionamento entre os profissionais de saúde e os pacientes também será indispensável para uma melhor orientação sobre as práticas de autocuidado, sendo o profissional a pessoa mais

indicada para esta função, desde que saiba perceber e respeitar as crenças de cada paciente (Delamater, 2006; Xavier et al., 2009).

Portanto, a educação para o autocuidado e as informações sobre a diabetes, tornam-se parte imprescindível do tratamento para os pacientes, além dos outros cuidados já mencionados (controle metabólico, exercício físico, alimentação adequada), assim como o envolvimento dos familiares e profissionais de saúde auxiliando e dando suporte aos pacientes na gestão da doença (Antônio, 2010; Brannon & Feist, 2001).

Harvey e Lawson (2009) também mencionam que a educação dos pacientes diabéticos fornece os conhecimentos necessários para a gestão da doença, e que a falta de tais conhecimentos parece ser a razão para o fracasso do autocuidado satisfatório. Todavia, os autores citam estudos que consideram que a educação e o conhecimento não são o suficiente, pois os comportamentos de autocuidados podem ser influenciados pelas funções cognitivas, como por exemplo, a depressão, que é mais comum em pacientes diabéticos que na população em geral, e mesmo a ansiedade e transtornos alimentares (Delamater, 2006; Harvey & Lawson, 2009).

### **1.2.3 Autogestão da diabetes**

Alguns autores esclarecem que não há um tratamento totalmente satisfatório para a diabetes, o que tem sido um problema devido ao aparecimento de complicações no decorrer do tempo. Conviver com a diabetes não é uma tarefa fácil, os pacientes precisam de fazer mudanças na rotina de vida, ter controle da dieta, aplicações de insulina diariamente, controle rigoroso dos níveis glicêmicos, exigindo uma adaptação às mudanças não só por parte do paciente, como de seus familiares. Ressaltando que não há alterações apenas dos aspectos físicos, mas também psicossociais, as variáveis psicológicas e sociais devem estar incluídas na autogestão da doença de maneira contínua (Pereira et. al., 2007; Ramos & Ferreira, 2011; Silva, Ribeiro & Cardoso, 2004).

Entende-se por autogestão as habilidades comportamentais para gerir a própria doença, ou seja, são de responsabilidade do paciente as ações de cuidados com a diabetes, que foram estabelecidas com os profissionais da saúde (Silva, 2010). Entretanto, a autogestão é uma escolha feita pelo paciente, independente das orientações dos profissionais de saúde, isto quer dizer que os diabéticos controlam a autogestão e podem não cumprir orientações recebidas, mesmo que sejam importantes para a sua saúde, todavia essa decisão irá refletir-se na sua saúde e bem-estar (Silva et al., 2006).

Sabe-se que a diabetes é uma doença difícil de ser gerida, e quando os pacientes conseguem bons comportamentos de autocuidado também conseguem bom controle glicêmico, porém são muitos os pacientes que não tem esse bom controle e sofrem com problemas de saúde, ou seja, com as consequências da diabetes (Delamater, 2006).

A dificuldade na gestão da doença decorre do desequilíbrio entre "dever" e "prazer", resultando em sentimentos de privação e insatisfação que são usados pelo doente como

justificativa dos comportamentos de risco e para esclarecer uma necessidade de gratificação imediata (António, 2010).

Para que isso não ocorra os pacientes devem ter consciência do potencial que têm para se autocuidar, Silva (2010) alerta para o desenvolvimento de estratégias nos serviços de saúde que ampliem a autoconfiança dos pacientes, para que não percam a motivação na adesão dos autocuidados. Por outro lado, Oliveira e Marques (2011) apresentam a importância de evocar no paciente o seu núcleo saudável, pois acreditam que o paciente não está doente por completo, deixando comportamentos passivos e tornando-o protagonista do seu próprio cuidado.

É importante motivar o paciente com diabetes para procurar conhecimentos sobre a sua doença e desenvolver habilidades para a mudança de hábitos não saudáveis, pois um maior nível de conhecimento sobre a doença e suas complicações estará relacionado com uma melhoria da qualidade de vida do paciente, assim como com uma maior aceitação da doença (António, 2010). A representação dos sintomas pode ser um fator determinante nas decisões de autogestão da diabetes (Sousa, 2003).

Patrão (2011) defende no seu estudo que na integração do tratamento é necessário levar em consideração as crenças, os sentimentos e as emoções associadas à gestão e o controle das implicações da doença mais do que a sua cura. A autora remete para a teoria de Bandura de 1977, que define as expectativas de eficácia, como as crenças no desempenho de comportamentos específicos e expectativas de resultados. Isso porque a concepção de eficácia direcionará tais comportamentos, pensamentos e aspectos emocionais e, conseqüentemente, influenciará na escolha das atividades, e das situações em que o indivíduo desempenhará esforços e por quanto tempo conseguirá mantê-lo diante de obstáculos ou experiências negativas.

Para a autora, na autogestão da diabetes, a autoeficácia reporta-se à crença sobre a sua própria capacidade em seguir as orientações do regime terapêutico (monitorização da glicemia, alimentação, prática de exercício e medicação). Quanto mais forte for a percepção de auto eficácia, mais persistente será o esforço do paciente (Patrão, 2011).

### **1.3 Representações de saúde e doença**

Figueiras (2006) enfatiza a importância que as crenças de saúde apresentam na vivência da doença. A autora explica que as crenças estão organizadas como modelos mentais na memória do indivíduo, organizadas em representações de como a doença pode alterar as funções corporais, o impacto no seu quotidiano, se haverá cura e como, para proceder e retornar o estado de saúde. Gazzinelli, Gazzinelli e Penna (2005) ressaltam a necessidade de considerar o quanto de subjetividade existe na forma como os pacientes veem e representam o processo saúde-doença, pois mencionam ser importante ter em consideração as representações do indivíduo, ou seja, o modo de pensamento que foi construído juntamente com a sua história de vida e influenciado pela experiência coletiva.

As crenças são redefinidas ao longo dos anos, assim, cada indivíduo tem as suas crenças básicas iniciais, que serão as percepções individuais frente à doença, a gravidade, os custos e benefícios envolvidos na realização de um comportamento. Essas crenças vão sugerir a probabilidade de um determinado comportamento poderá vir a ocorrer ou não. A concepção de saúde e a maneira como os pacientes enfrentam a sua doença são contempladas a partir de experiências pessoais, tendo relação direta com as suas crenças e valores (Ogden, 2004; Xavier et al., 2009).

O modelo de crenças de saúde tem sido utilizado para entender comportamentos ligados à saúde, tanto preventivos como em respostas comportamentais ao tratamento de doenças agudas e crônicas. Esse modelo foi inicialmente desenvolvido por Rosenstock em 1966 e, posteriormente, por Becker e colaboradores nos anos 70 e 80 (Ogden, 2004).

O modelo busca explicar como uma pessoa chega a comportamentos adaptativos de evitamento da doença ou do seu confronto. Harvey e Lawson (2009) ao apresentarem o modelo de crenças de saúde, identificam cinco dimensões básicas: percepção da gravidade da condição, percepção de susceptibilidade ou vulnerabilidade ao processo da doença (que são influentes para o comportamento do autocuidado preventivo), benefícios percebidos (crenças na eficácia) após o diagnóstico, custos e barreiras para a ação, que podem ser internas (sintomas) ou externas. Moniz e Barros (2005) mencionam que as ações preventivas ou corretivas dependerão da ameaça que a doença suscitar, qual o significado que o doente atribui frente à gravidade da doença, a sua vulnerabilidade, e a valoração (cuidados com a saúde, ou mesmo a prevenção). O indivíduo também poderá recorrer a medidas concretas, e isso dependerá da convicção diante da eficácia da medida, e se os benefícios são maiores do que as desvantagens das ações de prevenção ou do confronto (Moniz & Barros, 2005).

O significado que o indivíduo dá a sua doença influencia e é influenciado pelo contexto social, perante as crenças sobre o que é estar doente ou ser saudável (Figueiras, 2006). Muitas vezes é necessária a construção do conhecimento diante de uma reflexão do indivíduo em interação com o seu meio social (Mantovani et al., 2011).

Xavier, Bittar e Ataíde (2009) realizaram um estudo com o objetivo de conhecer as crenças que permeiam as atitudes de autocuidado dos pacientes diabéticos, como resultado, os autores enfatizam a necessidade de se considerar as crenças individuais diante da prática do autocuidado. Mann et al. (2009) também destacam a importância de compreender as crenças dos pacientes perante a sua doença e sobre o seu tratamento e como as crenças afetam os comportamentos de saúde, vendo uma oportunidade para melhorar a adesão aos cuidados com a diabetes, destacando principalmente as medicações.

Um estudo realizado por Abubakari et al. (2013) com diabéticos de diferentes etnias evidenciou que a cultura pode diferenciar as percepções sobre a condição comum, e que essas percepções podem exercer efeito de maneira diferente em seus comportamentos de busca de saúde. Vivenciar uma doença é relacionar-se de forma conflituosa com o social, devido às transformações que acontecem, as limitações em algumas atividades. Alguns

pacientes conseguem enfrentar esses conflitos, conhecendo-se melhor, reconhecendo os seus limites, porém, outros não, e precisem de ajuda profissional (Gazzinelli, Gazzinelli & Penna, 2005).

Oliveira e Pereira (2012), através dos resultados dos seus estudos, concluíram que uma boa gestão da diabetes depende das representações que os pacientes têm sobre a doença, essas representações serão determinantes para que o doente tenha boa adesão ao tratamento e capacidade para gerir a sua doença. Cada paciente segue à sua maneira o tratamento que lhe é proposto, influenciado por experiências adquiridas ao longo da vida, experiência pessoal com eventos de doença, pelo apoio que recebe da família e de outras pessoas, ideias generalizadas sobre a doença, interação com os profissionais e os serviços de saúde (Figueiras, 2006; Maldaner et al., 2008).

Maldaner e colaboradores (2008) também ressaltam que a aceitação do tratamento estará relacionada com a aceitação do paciente frente à sua doença, isto é, a forma como cada indivíduo lida com situações críticas e o impacto que terá na sua vida. Para a aceitação da diabetes cada paciente terá as suas condições internas (reflexo na autoimagem, mudanças de papel na família ou no trabalho e estilo de vida) e externas (apoio recebido da família e dos profissionais de saúde), e o seu comportamento sofrerá influências desses fatores (Brannon & Feist, 2001; Maldaner et al., 2008).

Contudo, a forma como o doente percebe a sua doença vai-se modificando ao longo do tempo, de acordo com cada fase da doença. São as experiências do doente que direcionam as informações compreendidas e, assim, colocam em prática os conhecimentos transmitidos pelos profissionais de saúde (Figueiras, 2006; Mantovani et al., 2011). "A doença significa mais do que um conjunto de sintomas, possui muitas representações simbólicas e culturais" (Xavier et al., 2009, p. 126).

Os pacientes serão movidos pelos significados que atribuem e não por situações específicas relacionadas com a doença, sendo importante entender o que é relevante para cada indivíduo em relação às suas percepções, pois isso influenciará o comportamento do paciente. São as características individuais de cada paciente que conduzirão à adesão ou não ao tratamento (Figueiras, 2006; Maldaner et al., 2008; Pereira, 2006).

Moniz e Barros (2005) também chamam a atenção para a forma como o paciente avalia a doença e acredita ou não na cura, isso é, se acredita na cura irá aderir ao tratamento e cumpri-lo com mais rigor, mas se considera a doença insignificante demais, poderá não cumprir o que lhe for recomendado. Logo, é preciso levar em consideração as significações da pessoa, a sua emocionalidade e o seu comportamento. As autoras Apóstolo, Viveiro, Nunes e Domingues (2007) corroboram com esta ideia, salientando que "os seres humanos são complexos e raramente atuam com base num único motivo" (p. 65), e agem de acordo com aquilo que ponderam ser o melhor a fazer para sua saúde, com o que acreditam. Assim, a decisão do paciente muitas vezes é motivada pelas variáveis psicológicas, pela percepção dos benefícios das suas ações, que o levará a acreditar na eficácia de tais ações, que irão contribuir para melhorar a sua saúde.

## 1.4 Adesão ao tratamento

O termo *adesão* foi proposto para substituir o termo *concordância*, pois é esperado que o tratamento seja decidido entre profissional de saúde e paciente, num processo multifatorial, diminuindo o poder clínico, sendo reconhecido as responsabilidades dos envolvidos no processo de tratamento, promovendo a abertura para o diálogo (Dias et al., 2011; Maldaner et al., 2008).

Alguns autores apontam que na adesão existem três estágios no percurso terapêutico que são: a *concordância*, o paciente concorda com as prescrições médicas na fase inicial, e a característica deste primeiro estágio é a confiança do paciente no diagnóstico e no tratamento; em seguida encontra-se o estágio da *adesão*, onde o paciente continua a seguir as orientações iniciais, de forma contínua, com certa vigilância dos seus comportamentos, mesmo que haja obstáculos no tratamento; e por último a *manutenção*, quando o paciente incorpora o tratamento no seu estilo de vida e não necessita de uma vigilância nas suas ações, transformando assim, os novos comportamentos em hábitos (Apóstolo et al., 2007; Neto, 2004).

A adesão é definida como: o paciente seguir as orientações dos profissionais de saúde, seja o médico, enfermeiro ou outro, em relação a tomar a medicação, seguir o regime dietético, e outras mudanças nos hábitos e estilos de vida, o paciente ter um envolvimento ativo, voluntário e colaborativo. A adesão será positiva quando o indivíduo conseguir atingir pelo menos 80% do que lhe foi recomendado (Delamater, 2006; Dias et al., 2011; Ogden, 2004; Santos, 2010).

Santos (2010) lista as ações que devem ser tomadas pelos pacientes diabéticos desde o diagnóstico: toma da medicação (insulina e/ou antidiabéticos orais), monitorização dos níveis de glicemia, cuidado com os pés, regime alimentar, prática de atividade física, mudança de estilo de vida e cuidados adequados com a saúde. Essas ações devem ser seguidas para o paciente alcançar uma boa gestão da diabetes e para que não existam complicações futuras. Entretanto, o cumprimento dessas ações é baixo, estima-se que 40% dos pacientes não sigam as recomendações médicas (Santos, 2010).

Alguns autores ressaltam que a adesão ao tratamento farmacológico é mais fácil do que às mudanças de estilo de vida (Oliveira & Pereira, 2012; Ribeiro, 2010). Porém, Mann et al. (2009) destacam que os níveis adequados para uma boa adesão aos medicamentos para a diabetes podem variar muito, com estimativas entre 36% a 93%, estes dados foram retirados pelos autores de estudos que avaliaram o uso da medicação usando banco de dados e monitorizações rigorosas.

É importante salientar que a adesão ao tratamento depende de vários fatores a serem considerados, destacando que cada paciente é um ser social único, com as suas particularidades. Logo, será necessário entender quando não há o cumprimento do tratamento proposto, se a não adesão está sendo intencional (apesar de conhecer os

procedimentos, resolve não fazê-los), ou não intencional (o paciente não compreende a informação, esquece, ou tem algum tipo de dificuldade) (Dias et al., 2011). Entretanto, Santos (2010) alega que não há concordância na literatura que defina que quando o paciente deve ser rotulado de aderente ou não aderente, pois isso dependerá do tipo de doença, do tipo de tratamento e da metodologia utilizada.

Quando o paciente com diabetes consegue suportar os efeitos colaterais do tratamento, após buscar informações, questionar e sanar dúvidas, e assim reaprender a conviver com a doença, dentro das limitações impostas, mostra que está sendo um sujeito ativo e responsável, tendo atitudes positivas e aceitando a doença, ao contrário da passividade dos pacientes que não são aderentes (Maldaner et al., 2008).

#### **1.4.1 Modelo de autorregulação de Leventhal**

Existem teorias que buscam descrever a motivação do indivíduo diante do cumprimento de um tratamento que lhe é proposto, ou seja, o fenômeno motivacional, muitas teorias complementam-se e permitem a compreensão da adesão e não adesão ao tratamento. Sobre tais teorias, Apóstolo, Viveiros, Nunes e Domingues (2007), Harvey e Lawson (2009), Mann et al. (2009), assim como outros autores em diversos estudos, destacam o Modelo de Autorregulação do Comportamento de Leventhal, os Modelos de Adesão ao Tratamento e o Modelo de Crenças da Saúde.

O Modelo de Autorregulação do Comportamento tem sido cada vez mais utilizado para reconhecer como os vários domínios de crenças de saúde estão associados com a adesão ao tratamento, particularmente à medicação para a diabetes (Mann et al., 2009). Para Abubakari et al. (2013), de acordo com esse modelo, o paciente tende a formar representações emocionais e cognitivas sobre a sua condição de saúde, sendo essas representações determinantes nas estratégias de enfrentamento e comportamentos que irá adotar em resposta ao problema de saúde percebido.

As representações da doença foram estudadas por Leventhal e colaboradores em 1984, e o modelo de autorregulação apresenta o processo do indivíduo perante uma ameaça à sua saúde (Bennett, 2002). Alguns autores consideram a teoria de Leventhal uma das mais válidas na compreensão dos comportamentos associados à doença e ao tratamento, pois os pacientes formam crenças pessoais sobre a sua doença e sobre o tratamento proposto (Bennett, 2002; Sousa, 2003). Para Figueiras (2006) a teoria de autorregulação estabelece um novo modelo para o conhecimento do que é determinante nos comportamentos que influenciam os processos psicológicos da saúde e da doença.

O modelo de autorregulação de Leventhal descreve que, diante de um problema ou uma mudança, o indivíduo ficará motivado para resolver tal problema e retomar o seu estado de normalidade. Estar saudável é o estado normal do indivíduo, assim a doença será interpretada como o problema e o indivíduo será motivado a recompor o seu estado normal de saúde (Ogden, 2004). O modelo vê o paciente como um solucionador de problemas, cujo

comportamento reflete as tentativas de fechar a lacuna entre a sua percepção da situação atual e o estado ideal (Harvey & Lawson, 2009).

A doença representa um acontecimento negativo, uma ameaça, que será definida pelas representações de doença do indivíduo. Essas representações podem ser encontradas na literatura como "cognições de doença", que são as crenças implícitas de senso comum que o indivíduo tem diante da sua doença (Sousa, Landeiro, Pires & Santos, 2011). Apesar de serem passíveis de mudança, as crenças são agrupadas em dimensões que afetam igualmente à adaptação à doença (Bennett, 2002; Sousa, 2003).

Ogden (2004) ressalta que para o indivíduo estar motivado a voltar ao seu estado de normalidade ele terá que atribuir um sentido ao problema. De acordo com Leventhal, para dar sentido ao problema é necessário que o indivíduo se conecte às suas cognições acerca da doença. Os sintomas ou mensagens sociais (diagnóstico do médico, por exemplo) contribuirão para a construção destas cognições de doença e se constituirão conforme as dimensões: identidade, causa, consequência, dimensão temporal, cura/controlado (Malta, 2011; Ogden, 2004).

Sousa (2003) descreve as dimensões que compõem a representação da doença da seguinte forma: *identidade*: será a ideia que o paciente tem sobre a natureza da sua condição, os sintomas que estão associados, e as relações entre elas; *causa*: o que provavelmente ocasiona a doença, que poderão ser causas internas ou externas; *duração*, também mencionada na literatura como *dimensão temporal*: é a percepção de qual será a duração provável dos seus problemas de saúde (se são doenças agudas, crônicas ou cíclicas); *consequências*: serão as crenças diante a gravidade da doença e o possível impacto no funcionamento físico, psicológico, social e econômico.

Após um trabalho com pacientes com doença aguda, Lau e Hartman (1983, cit in Harvey e Lawson, 2009) adicionaram uma quinta componente ao modelo: *cura/controlado*, que traduz a percepção do paciente perante a sua condição de saúde, se ela é passível de cura ou controle, até que ponto a doença pode ser controlada ou mesmo curada.

O indivíduo passa por três etapas no modelo de autorregulação: a) representação cognitiva da doença, quando a pessoa recebe e interpreta a informação obtida pelos sinais e sintomas da doença ou mesmo pelas mensagens sociais, aqui haverá a busca de compreensão e ação perante a doença; b) em seguida a identificação e o desenvolvimento de estratégias de coping; Harvey e Lawson (2009) conceituam esta fase como um plano de ação ou fase de enfrentamento; e c) na última fase ocorre uma avaliação, alguns autores chamam de ponderação, o indivíduo avalia/pondera a eficácia da estratégia de coping adotada, ou seja, do plano de ação estabelecido anteriormente, se este possibilitou a passagem a uma nova condição, mantendo o máximo bem-estar, ou optará por uma estratégia alternativa (Malta, 2011; Ogden, 2004; Sousa et al., 2011).

Esse é o processo visto como autorregulador, e os três componentes do modelo se inter-relacionam, de forma dinâmica e contínua, processos cognitivos e emocionais podem

operar de forma independente, embora interajam para regular o *self* (Harvey & Lawson, 2009; Ogden, 2004).

Conforme descrito acima, na segunda etapa do modelo de autorregulação o indivíduo identifica e desenvolve estratégias de coping. Serra (2000) relaciona a capacidade de resolver um problema ou aguentar uma situação, que pode ser considerada como difícil, ao coping. O conceito de coping na literatura é definido como estratégias, estilos de respostas, cognições ou comportamentos. Ribeiro (2009) menciona que o a palavra coping é utilizada pelos investigadores como adaptação, confronto, gerir, lidar com.

Santos (2010) menciona que as competências de coping dos doentes, perante as resoluções de problemas específicos da diabetes, ou a capacidade para lidar com situações stressantes do quotidiano, podem intervir nos autocuidados e no resultado do tratamento. Bennett (2002) esclarece que o coping é um processo que reduz uma perturbação relacionada à avaliação de ameaças ligadas à experiência de determinados acontecimentos. O coping será a capacidade de resolver ou mesmo suportar acontecimentos negativos ou stressantes, as estratégias têm como função lidar com as exigências sociais e ambientais, buscando a motivação para manter o estado de equilíbrio psíquico (Serra, 2000; Silva, 2010).

"As estratégias de coping utilizadas podem ser várias e usadas em simultâneo, dependendo, entre outras, da natureza, estágio, etiologia e crenças acerca da doença. Tanto as estratégias de coping centradas no problema, como as estratégias de coping centradas nas emoções, podem ser eficazes na redução do stress e da angústia" (Bennett, 2002, p. 103).

Compreende-se que o coping é um processo de mudança, portanto, o indivíduo não fica limitado a uma estratégia de coping, mas sim ao uso das estratégias existentes, que se alteram à medida que se desenvolvem as suas avaliações, ou seja, a pessoa pode iniciar o processo com uma estratégia, e proceder com outra, ou mesmo utilizar combinações de várias estratégias durante o processo, conforme a sua relação com o meio (Scherer et al. 1988 cit in Correia, 2010).

Amorim (2009) apresenta que os pacientes com uma doença crónica como a diabetes, estão continuamente a avaliar os seus sintomas e a evolução da doença, vivenciando diferentes tipos de estratégias de coping para lidar com as situações stressantes geradas devido ao adoecimento e no confronto com a situação, buscando uma forma de limitar o impacto da doença na sua vida. A autora considera o coping relacionado à doença um importante preditor na saúde psicológica e somática e considera o processo de coping adaptativo como um fator estabilizador.

#### **1.4.2 Fatores determinantes da adesão**

Alguns fatores como a complexidade do tratamento, custos, benefícios e barreiras ao tratamento, fatores sociodemográficos, assim como a crença sobre o regime terapêutico e a efetividade do mesmo, estratégias de coping adotadas e até mesmo a personalidade, são

apontados na literatura como determinantes na adesão ao tratamento (Bennett, 2002; Silva, Ribeiro & Cardoso, 2006).

A adesão ao tratamento também está associada à compreensão do regime terapêutico, à informação que o paciente consegue reter e à sua satisfação com as consultas médicas. O grau de satisfação frente às consultas, bem como a forma de comunicação dos profissionais de saúde, podem também interferir e comprometer o tratamento proposto (Bennett, 2002; Silva et al., 2006).

Para manter e até mesmo melhorar a adesão dos pacientes, é necessário entender o motivo que os leva a não aderir ao tratamento. Situações influenciam o regime terapêutico, alguns fatores podem estar associados à adesão, tais como: fatores demográficos, sociais, variáveis individuais (idade, escolaridade), variáveis psicológicas (como exemplo, humor negativo), estados emocionais, e até mesmo transtornos mentais, traços de personalidade, competências de coping, representação cognitiva dos sintomas e causas da doença, autoconceito e autoestima, presença de perturbações do comportamento alimentar e apoio social, assim como a relação de confiança com os profissionais de saúde, o próprio sistema de saúde e mesmo os fatores relacionados com a doença e o tratamento (Delamater, 2006; Maldaner et al., 2008; Pereira et al., 2007; Silva, 2010).

O apoio social é também considerado muito importante, por vários autores, para uma boa adesão ao tratamento. Este tem um papel central na manutenção da saúde, funcionando como protetor em situações adversas, facilitando a adaptação em situações de crise emocional e mesmo como um amortecedor do stresse (Amorim & Coelho, 2008; Delamater, 2006). Segundo Franco, Heleno e Lopes (2013) quanto menos rede social, mais dificuldades o doente terá na adaptação ao tratamento.

Entende-se por rede de apoio social a família, amigos, pessoas próximas, que permitam ao paciente perceber a satisfação em relação à qualidade de vida, incluindo também os profissionais de saúde envolvidos na equipe de atendimento (Franco, Heleno & Lopes, 2013; Maldaner et al., 2008). A rede de apoio auxiliará o paciente a enfrentar os sintomas da doença, sendo importante que a família seja incentivada a envolver-se e também esteja comprometida com o tratamento (Maldaner et al., 2008). Delamater (2006) enfatiza o papel da família no controle da diabetes, considerando que o baixo nível de conflitos entre os familiares e uma boa comunicação se associará a melhor adesão ao tratamento. Katz (1969, cit in Oliveira & Pereira, 2012) já mencionava em seus estudos piores comportamentos de autogestão quando havia conflitos conjugais, logo, uma boa relação conjugal demonstrava ter influência positiva nos comportamentos de autocuidado de pacientes diabéticos, com melhor adaptação à doença.

Alguns autores mencionam a personalidade como um indicador que direciona o indivíduo para evitar comportamentos de risco para a saúde, ou mesmo utilizar recursos, como procurar ajuda médica. A personalidade então predispõe para uma estabilidade nos acontecimentos de vida, ou seja, há uma tendência para o indivíduo manter acontecimentos positivos ou negativos ao longo da sua vida (Botelho, 2006; Jesus, 2006).

Para Santos (2010) a personalidade tem sido associada à adesão ao tratamento da diabetes, sugerindo algumas investigações que indicam que as características da personalidade predizem o controle metabólico nos adultos. A autora menciona que as pessoas que buscam realizações e possuem elevados níveis de exigências sociais têm probabilidade de apresentar bom controle metabólico, ao contrário das personalidades dependentes, que têm dificuldades em manter relacionamentos interpessoais, com pouco controle dos impulsos e de seus comportamentos e tendem para a autodestruição (Santos, 2010).

## **1.5 Estratégias de saúde**

Já se sabe que a adesão implica um papel ativo do paciente no planejamento e na execução do tratamento, concomitantemente ao cumprimento de tal. Todavia, para que os pacientes entendam melhor o regime terapêutico e consigam uma adesão positiva será relevante a educação terapêutica, pois fornecer informações relevantes aos pacientes poderá ser um meio de melhorar a autogestão (Ogden, 2004; Silva, 2003).

Silva, Ribeiro e Cardoso (2006) salientam que alguns profissionais de saúde apresentam comportamentos de cuidador, buscando por vezes resolver os problemas dos pacientes, estimulando assim a dependência dos mesmos. Estes autores consideram importante a mudança de papel de tais profissionais, que ao contrário de impor e controlar os comportamentos dos pacientes, devem atribuir um papel de apoio, com a função de ajudar, criando condições para que os pacientes assumam o controle sobre a sua vida.

A interação entre o médico e o paciente concederá a oportunidade do indivíduo se expressar, expor as suas expectativas, os seus medos, o seu ponto de vista sobre o tratamento proposto e mesmo sobre a sua doença, refletindo num esforço posterior do paciente e consequentemente em uma maior satisfação (Ogden, 2004; Silva, 2003). Figueiras (2006) e Silva (2006) sugerem que a adesão é mais efetiva quando há comum acordo entre o doente e os profissionais de saúde, e por conseguinte uma abordagem educativa deverá ocorrer de forma integrada entre estes profissionais.

Quando se trata da educação com pacientes diabéticos, a abordagem educativa vai além de aspectos relacionados com a alimentação, a prática de atividade física, o cuidado com os pés e o controle glicémico, salienta-se também os fatores emocionais que influenciam a adesão ao tratamento. É importante motivar o paciente para aprender sobre a sua doença e desenvolver habilidades para a mudança de hábitos, com o objetivo de uma melhor qualidade de vida (António, 2010; Trindade & Teixeira, 2000).

## **1.6 Consequências psicológicas da Diabetes**

Diante de um diagnóstico de doença, especialmente de doença crónica, há um impacto emocional significativo no indivíduo. Chafey e Dávila (2007) apresentam que essa reação dependerá de algumas variáveis, por exemplo, como a informação sobre a doença foi apresentada, a personalidade do paciente, o histórico familiar de diabetes. A complexidade e

a intensidade das atividades de autocuidado, a sua interferência na vida quotidiana do paciente, o medo de possíveis complicações e sintomas que podem afetar o funcionamento psicossocial e ocupacional, são outros fatores que podem ocasionar algum tipo de perturbação psicológica e, conseqüentemente, comprometer a qualidade de vida da pessoa (Chafey & Dávila, 2007).

Há o interesse de algumas investigações sobre a relação entre a qualidade de vida e o sofrimento psíquico associados à Diabetes Mellitus, destacando-se a prevalência da depressão e ansiedade, bem como outras perturbações psiquiátricas, mais elevada em pacientes com diabetes. No estudo realizado por Clavijo, Carvalho, Rios e Oliveira (2006), os autores citam algumas pesquisas que indicam a prevalência de ansiedade e transtornos de humor como fator de risco em pacientes diabéticos, sendo maior nestes doentes do que em outros pacientes crônicos.

Também são várias as investigações que mencionam uma relação significativa entre a presença de ansiedade e/ou depressão com o mau controle glicêmico (Silva, 2010; Marques, 2012), além de baixa adesão ao regime terapêutico, diminuição na qualidade de vida e possíveis outros transtornos que podem surgir a longo prazo (Costa, Campos & Costa, 2014).

É esperado que em situação de crise, como o aparecimento de doenças, as pessoas apresentem manifestações depressivas no período de adaptação (Thomas & Alchieri, 2005). O impacto da diabetes tem início no diagnóstico, sendo comum ocorrer manifestações de sintomas depressivos, de ansiedade, angústia, isolamento social, raiva, irritabilidade, frustração e pessimismo em relação ao futuro após o diagnóstico (Antônio, 2010; Silva, 2010).

Perceber a existência de sintomas depressivos ou ansiosos é extremamente importante para garantir a adesão ao tratamento, evitando complicações futuras. Como apresenta Blackwell (1999, cit in Pereira, 2007), pacientes com transtornos depressivos podem estar desmotivados, e os ansiosos esquecem instruções recebidas ou temem por efeitos colaterais do tratamento medicamentoso. Os estados emocionais podem influenciar o controle metabólico diretamente (via sistema nervoso autónomo) ou indiretamente (interferindo na capacidade de gerir a doença). Ogden (2004) chama a atenção para a importância da compreensão das conseqüências psicológicas geradas pela doença, pois assim, os profissionais de saúde podem estar mais atentos e direcionar a avaliação dos sintomas psicológicos, tais como a ansiedade e a depressão, quando perceberem a necessidade.

Para uma melhor compreensão destes sintomas que podem influenciar o processo de autocuidado com a diabetes nestes pacientes e, conseqüentemente a sua qualidade de vida, será abordado a seguir, de forma separada, o conceito de ansiedade e o conceito de depressão.

### **1.6.1 Ansiedade**

Silva (2010) considera que a ansiedade um constructo complexo e descreve-a como uma sensação de medo ou insegurança, preocupação irrealista e evitamento de situações, comportamento desassossegado ou de inquietação, acompanhado por alguns sintomas

somáticos, como insônia, tensão muscular, hiperventilação e hiperfuncionamento do sistema nervoso autônomo. O Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM-5) apresenta a ansiedade como a antecipação de ameaça futura.

A ansiedade pode acompanhar o desenvolvimento de um indivíduo de forma normal, devido a mudanças, experiências novas e inéditas. Pode ser ainda um sinal de alerta, que avisa sobre um perigo eminente e possibilita a tomada de medidas para enfrentar a ameaça. Além dos efeitos motores e viscerais da ansiedade (por exemplo, palpitação e sudorese), há também efeitos nos pensamentos, percepção e aprendizagem, pois a ansiedade tende a produzir confusão e distorções perceptivas, que podem interferir na aprendizagem, baixando a concentração, reduzindo a memória e prejudicando a capacidade de relacionar uma coisa com outra (associação) (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Estar ansioso pode de alguma forma interferir na diabetes, ou seja, pode haver influência nas respostas neuroendócrinas que induzem a situação de hiperglicemia, bem como afetar o tratamento quando há, por exemplo, o medo de tomar a insulina (Matos, 2006).

Na pesquisa de Clavijo e colaboradores (2006), realizada no Brasil com 168 indivíduos diabéticos e não diabéticos, os transtornos de humor e da ansiedade estavam presentes nos dois grupos, porém evidenciado no grupo dos pacientes diabéticos. Houve também a prevalência do transtorno de ansiedade em diabéticos do tipo 2 de baixo rendimento econômico. Os autores apresentam ainda um estudo realizado na Alemanha por Kruse, Schmitz e Thefeld (2003, cit in. Clavijo et al., 2006) que encontrou maior probabilidade da associação dos transtornos de ansiedade com a diabetes mellitus. Por outro lado, Costa, Campos e Costa (2014) apontam estudos onde há uma associação de maus hábitos alimentares e baixo apoio social como causas de sintomas de ansiedade nos pacientes diabéticos.

Kaplan, Sadock e Grebb (2003) chamam a atenção para a diferenciação dos tipos normais e patológicos de ansiedade, pois um paciente com ansiedade patológica requer uma avaliação neuropsiquiátrica e um plano de tratamento individualizado.

### **1.6.2 Depressão**

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a depressão é definida pelo número e intensidade de sintomas, que podem variar desde uma diminuição do humor, redução da energia vital e da capacidade de obtenção de prazer, até sintomas somáticos, como lentidão psicomotora importante, distúrbio do sono, perda ou aumento de peso (OMS, 2010). A Organização Mundial de Saúde (2010) aponta ainda que em 2020 a depressão será a segunda maior causa de incapacidade a nível mundial.

A depressão pode ser entendida como situações vividas de maneira irregular às vivências normais (Calil & Guerra, 2004), interferindo no organismo na sua totalidade, ou seja, o indivíduo é prejudicado em seus aspectos físicos, do humor, pensamentos, causando em geral, um nível elevado de sofrimento (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

A pessoa deprimida terá dificuldades em realizar tarefas, pois a depressão provoca limitações (Lima & Migott, 2003), modificando também a forma como o indivíduo vê o mundo,

a realidade, e cria embaraços na maneira de entender as coisas, manifestar emoções, ter disposição e mesmo sentir prazer (Grevet, Cordioli & Fleck, 2005).

A depressão não é causada por um único fator, que se explique isoladamente, ou seja, a presença de sintomatologia depressiva resultará numa interação de diversos fatores: biológicos, ambientais, psicológicos, envolvendo aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento (Stella et al., 2002).

Moreira et al. (2003) realizaram uma análise da literatura acerca da depressão na diabetes, confirmando a associação entre as duas. Além disso, chegaram à conclusão de que a diabetes duplica o risco de depressão, e que um em cada três pacientes diabéticos tem depressão, sendo que as mulheres diabéticas recebem duas vezes mais diagnóstico de depressão do que os homens (Clavijo et al., 2006; Lin et al., 2004; Moreira, et al., 2003). Todavia, Peyrot (2003) alerta que somente um terço dos diabéticos deprimidos é diagnosticado.

Alguns autores mencionam que a depressão tende a ocorrer mais frequentemente em mulheres e apresentam algumas justificativas para estes dados. Fabela (2002) descreve que as mulheres têm uma maior sensibilidade aos agentes provocadores de depressão, e destaca ainda o fato do cérebro normal das mulheres possuir uma velocidade de produção de serotonina 52% inferior ao homem. Canale e Furlan (2006) voltam-se para fatores hormonais das mulheres, tais como mudanças do ciclo menstrual, gravidez, aborto, período pós-parto, menopausa. Ainda de acordo com estes autores, a depressão nos homens é mascarada pelo consumo de álcool ou outras drogas, ou excesso de trabalho, sendo apresentada inicialmente como uma irritabilidade, falta de coragem, raiva, sendo mais difícil de ser percebida e diagnosticada (Canale & Furlan, 2006).

É difícil entender a relação causal entre os sintomas depressivos, o controle glicêmico e as complicações da diabetes, porém Moreira et al. (2003) esclarecem que parece existir uma relação cíclica, onde o agravamento de um tem influência sobre o outro, seja direta ou indiretamente. Para Lin e colaboradores (2004) quando a depressão está relacionada com a diabetes existe uma evidente pobreza do controle da glicemia.

Clavijo e colaboradores (2006) destacam uma pesquisa realizada nos Estados Unidos que revela que a ocorrência de diabetes era maior entre os pacientes que apresentavam sintomas depressivos. Por meio da outra pesquisa realizada por Musselman, Betan, Larsen, Phillips (2003, cit in. Clavijo et al., 2006) os autores mencionam que a depressão e seus sintomas associados tornam-se um fator de risco para a evolução da diabetes tipo 2 e podem acelerar as complicações que a doença traz. A depressão não afeta apenas o humor do paciente diabético, mas compromete todo o seu bom funcionamento (Lin et al., 2004).

Segundo Silva (2010) a depressão em pacientes com diabetes diminui a qualidade de vida, pois está associada a fatores como a obesidade, aumento de ingestão alimentar, perturbações alimentares e inatividade física, fatores estes que se associam ao mau controle glicêmico, bem como a morbidade médica, limitação social e o absentismo no trabalho.

Os períodos de depressão, em alguns casos, podem alternar com momentos em que o paciente se sente melhor e outros momentos em que a tristeza ou outras situações de depressão sejam evidentes, possivelmente como uma resposta à perda de um estilo de vida mais espontâneo, de determinados papéis ou funções até então desempenhados (Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001).

É importante destacar que alguns autores mencionam que a maior parte dos pacientes deprimidos não procura ajuda médica, entretanto, os quadros depressivos são tratáveis entre 70 a 80% dos casos, havendo a interação do tratamento farmacológico com o tratamento psicológico (Canale & Furlan, 2006; Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Para Sousa (2003) os níveis mais elevados de ansiedade e depressão são encontrados em pacientes de meia idade, entre 30 e 49 anos, mais do que em pessoas mais velhas. Entretanto, estudos realizados por Edege e Zheng (2002) e Katon et al. (2004) destacam que tanto a depressão, quanto a ansiedade, são diagnosticadas principalmente em pacientes com mais de 65 anos.

## **1.7 Intervenção psicológica na Diabetes**

Como já apresentado no decorrer deste trabalho o diagnóstico de diabetes pode influenciar o funcionamento normal do indivíduo. A condição de adoecer cronicamente e o tratamento contínuo podem provocar frustrações, como por exemplo, pela redução da autonomia pessoal. O paciente diabético apresenta preocupações e medos diante de problemas graves decorrentes da evolução da doença, ou até mesmo a negação da doença para evitar tais preocupações. Sentimentos como insegurança, medo, desamparo, ansiedade, surgem e, por vezes, poderão interferir significativamente na adesão ao tratamento (Pereira et. al., 2007; Silva, 2010). Ser diabético traz ao indivíduo uma experiência de transformações no seu mundo, ter que aprender a viver com algumas restrições e com situações que lhe exigem controle físico e psíquico de si mesmo (Curcio, Lima, Gallani & Colombo, 2008).

Antônio (2010) destaca que vários autores referem a influência dos fatores psicossociais na evolução da diabetes. Surge assim, a necessidade de os fatores emocionais, como depressão, ansiedade e stresse, sejam avaliados quando percebido um baixo controle glicêmico, pois os estudos demonstram uma relação significativa entre eles, sugerindo que tais fatores são de extrema importância para o seguimento de um tratamento adequado (Ramos & Ferreira, 2011).

A motivação para a adesão aos autocuidados pelos pacientes com diabetes poderá ocorrer por meio da intervenção psicológica, podendo ser percebida como um processo susceptível de mudança (Silva, 2010). Para tal, o acompanhamento psicológico torna-se relevante, pois poderá detectar os fatores que impossibilitam uma adequada adesão (Silva, 2006). Maldaner et al. (2008) ressaltam que o apoio psicológico ao paciente é imprescindível no que se refere à manutenção do tratamento.

Os psicólogos da saúde participam tanto na investigação, como no tratamento da Diabetes Mellitus, voltando-se para a compreensão da doença, os seus efeitos, a dinâmica familiar, principalmente quando se trata de crianças diabéticas, e nos fatores que influenciam a adesão ao tratamento proposto pelos médicos, minimizando assim, complicações da saúde posteriormente (Brannon & Feist, 2001).

O papel do psicólogo junto dos pacientes diabéticos terá a finalidade de promover uma maior aceitação da doença e do tratamento, modificando hábitos e estilos de vida, e consequentemente, o aumento da adesão aos autocuidados, potencializando os recursos pessoais para enfrentar a doença, cabendo também ao psicólogo a promoção do vínculo entre o paciente e os profissionais de saúde (António, 2010).

Meneses e Ribeiro (2004) pontuam algumas funções, sendo que o psicólogo poderá trabalhar as crenças de susceptibilidade (prevenção primária), repassar informações para a população em geral buscando detectar as pessoas com risco, poderá incentivar a uma melhor adesão ao tratamento, ressaltando sinais e/ou sintomas, assim como a gravidade da doença (prevenção secundária). Após uma avaliação, o psicólogo poderá também implementar ou auxiliar na implementação de ações para regular e manter uma condição estável aos pacientes. E ainda quando necessário, oferecer psicoterapia sistematizada, individual, de casal, familiar ou de grupo.

Diante da gravidade das doenças crónicas, não apenas em relação aos custos económicos, mas as consequências da doença, em especial da diabetes mellitus, e as implicações na qualidade de vida dos pacientes, ressalva-se a importância do esclarecimento e discussões constantes. Principalmente pela existência de investigações que apontam a probabilidade do desenvolvimento de sintomas psicopatológicos nos diabéticos. É preciso um olhar diferenciado para estes pacientes, pois o impacto do diagnóstico da diabetes afeta aspectos centrais da vida e coloca o indivíduo propenso às perturbações emocionais. O modelo de autorregulação de Leventhal apresentado aqui, busca a compreensão dos comportamentos dos pacientes associados à doença e ao tratamento, levando em consideração as crenças pessoais sobre a doença e ao tratamento de cada um.

A adesão ao tratamento na diabetes é a grande preocupação atual e o desafio dos profissionais de saúde junto com os diabéticos, pois essa adesão depende de vários fatores ligados ao paciente. Quando o doente compreende o seu processo de saúde e de doença, aceita e cumpre o tratamento proposto, aprende a viver com a doença, se adequando ao novo estilo de vida dentro das suas limitações, estará se afirmando como sujeito ativo e consciente, sendo o responsável pela sua qualidade e expectativa de vida.



## 2 Metodologia

Neste capítulo pretende-se expor a metodologia adotada neste estudo, começando por apontar os seus objetivos, as variáveis do estudo, em seguida a caracterização da amostra, os instrumentos utilizados, apresentação do processo de recolha dos dados e o método utilizado, desde as características psicométricas às análises estatísticas efetuadas.

### 2.1 Objetivos

Pretende-se com esta investigação contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre a vivência da doença crónica, mais especificamente da Diabetes Mellitus. O aumento da prevalência da diabetes (Observatório Nacional da Diabetes, 2014), a baixa adesão ao seu tratamento, associada a um risco elevado de complicações de saúde e mesmo de morte, realçam a importância da investigação nesta área. Tratando-se de uma doença crónica que implica um plano de tratamento que envolve modificações no comportamento do doente (e.g., ao nível da alimentação, do exercício físico, da monitorização dos níveis de glicemia), parece pertinente explorar a influência de variáveis psicossociais e comportamentais na adesão às atividades de autocuidado.

Neste sentido, o objetivo principal deste estudo consiste em verificar a existência de relação entre as representações da doença, ou seja, a forma como as pessoas percebem a sua doença de acordo com o modelo de autorregulação de Leventhal, e a adesão ao autocuidado em pacientes com Diabetes Mellitus do tipo 2.

Também são objetivos deste estudo: Caracterizar os pacientes com diabetes tipo 2, acompanhados no Hospital Cova da Beira e no Centro de Saúde da Covilhã, segundo as suas características sociodemográficas e clínicas; Verificar a adesão às atividades de autocuidado na diabetes, nomeadamente à alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés, medicamentos e hábitos tabágicos; Compreender as crenças referentes à diabetes; Averiguar o estado emocional (presença de sintomas de depressão e/ou ansiedade) dos pacientes diabéticos; Perceber de que modo as representações de doença e o estado emocional podem influenciar os comportamentos de adesão ao regime terapêutico prescrito.

Trata-se de uma investigação empírica, de delineamento transversal, com uma metodologia quantitativa, tendo sido realizada a recolha de dados por meio de inquéritos autoadministrados.

#### Variáveis do Estudo

As variáveis sociodemográficas e clínicas são utilizadas para caracterizar a amostra do estudo (idade, sexo, estado civil, escolaridade, atividade profissional, tempo de diagnóstico,

tipo de medicação, outras patologias, controle glicêmico). Segundo Sousa (2003), os aspectos sociodemográficos também interferem no estado de saúde e de doença, destacando que os homens apresentam uma maior taxa de mortalidade, enquanto as mulheres obtêm níveis mais elevados de morbidade, porém com uma esperança de vida superior aos homens. A autora também menciona que as mulheres apresentam taxas mais elevadas de doenças crônicas, como a hipertensão e a diabetes.

Em relação à percepção do paciente diabético diante da sua doença são usadas as variáveis que compõem o Questionário de Percepção da Doença Revisto - IPQ-R, baseado no modelo de autorregulação do comportamento de doença de Leventhal. A percepção da diabetes será definida por meio da avaliação das crenças sobre a Identidade, Consequências, Duração Cíclica, Duração (aguda/crônica), Controle Pessoal, Controle pelo Tratamento, Representação Emocional, Coerência da doença e Causas da diabetes.

Para determinar as variáveis da adesão ao tratamento é aplicada a escala de Atividades de Autocuidado na Diabetes, construída para medir os comportamentos referentes à alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidado com os pés, medicamentos e hábitos tabágicos.

Concomitantemente, as variáveis sobre o estado emocional do doente, níveis de sintomatologia depressiva e de ansiedade, são avaliadas pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS. Muitos são os estudos que investigam essas variáveis e apresentam resultados significativos, como por exemplo, Hasan et al. (2015) que após uma pesquisa bibliográfica sobre diabetes e depressão apresentou 16 estudos que mostram a depressão como consequência da Diabetes Mellitus.

## 2.2 Participantes

Participaram no estudo pacientes com diabetes que frequentavam as consultas no Centro Hospitalar Cova da Beira e no Centro de Saúde da Covilhã. Foram critérios de inclusão: ter diabetes mellitus do tipo 2, ser acompanhado nas consultas de diabetologia, ter idade superior ou igual a 20 anos. Para os critérios de exclusão: não ter condições físicas e/ou emocionais para responder aos questionários; apresentar dificuldade de comunicação e/ou possuir déficit cognitivo, assim como, viver institucionalizado. Faz-se importante mencionar que foram excluídos cinco inquéritos não condizentes com os critérios apresentados.

A amostra final é constituída por 78 doentes com idades compreendidas entre os 49 e os 85 anos ( $M= 66$ ;  $DP= 8,09$ ), sendo que 43 participantes (55,1%) eram do sexo masculino e 35 (44,9%) do sexo feminino. Os pacientes residem no distrito de Castelo Branco, na sua maioria no concelho da Covilhã. São maioritariamente casados (60,3%), todavia existe um número representativo de pacientes viúvos (20,5%). Apresentam formação escolar baixa, pois 71,8% estudaram apenas no 1º Ciclo (até ao 4º ano). Em relação à situação profissional, 79,5% pacientes são reformados e somente 15,5% têm atividade profissional ativa e remunerada. Conforme as profissões apresentadas pelos pacientes, a maioria (36%) trabalhou ou ainda

trabalha nas indústrias de lanifícios, seguidos de várias outras funções, a saber: comerciante (5,15%), agricultor (3,8%), relojoeiro (3,8%), construtor civil (3,8%), mecânico (3,8%), motorista (2,6%), etc.

**Tabela 1**

*Caracterização da amostra em função dos dados sociodemográficos e clínicas*

<i>Variáveis</i>		<i>(N=78)</i>	<i>(%)</i>	
<b>Sexo</b>	Masculino	43	55,1%	
	Feminino	35	44,9%	
<b>Idade</b>	49 a 65 anos	Homens	20	25,6%
		Mulheres	15	19,2%
	66 a 85 anos	Homens	23	29,4%
		Mulheres	20	25,6%
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	04	5,1%	
	1º Ciclo	56	71,8%	
	2º Ciclo	09	11,5%	
<b>Estado civil</b>	Solteiro	05	6,4%	
	Casado	47	60,3%	
	Viúvo	16	20,5%	
<b>Situação profissional</b>	Empregado	10	12,9%	
	Reformado	62	79,5%	
	Desempregado	03	3,8%	
<b>Tempo de diagnóstico</b>	< 1 ano	02	2,5%	
	1 a 15 anos	49	62,8%	
	16 a 30 anos	27	34,6%	

Considerando os aspectos clínicos, o tempo decorrido desde o diagnóstico dos pacientes é em média de 14 anos (DP= 7,34), sendo que dois pacientes receberam o diagnóstico há menos de um ano (6 meses e 4 meses). Ao serem questionados se têm outros problemas crônicos, além da diabetes, 46 (59%) pacientes responderam que sim, mencionando problemas cardíacos, hipertensão arterial, problemas renais, respiratórios (como asma e bronquite), oncológicos, reumatismo e pancreatite crônica.

Nota-se uma considerável percentagem (55,1%) de indivíduos a fazer tratamento com antidiabéticos orais, enquanto 11 (14,1%) pacientes referem o uso diário da insulina, ressaltando que 23 (29,4%) fazem o tratamento com medicação oral e insulina

concomitantemente. Os participantes mencionaram fazer o controle regular da sua glicemia, e 70 (89%) pessoas responderam realizar este controle diariamente ou semanalmente, sendo que 43 (55%) diabéticos consideram os seus níveis de glicemia estão "mais ou menos", 27 (34%) responderam que seus níveis estão "bons" e 8 (10%) assumiram ter os níveis "maus".

Algumas informações clínicas, tais como índice de massa corporal (IMC), níveis de hemoglobina glicosilada (HbA1c), colesterol e triglicérides, não foram recolhidos para todos os participantes, uma vez que não existiam esses dados atualizados no sistema informático de saúde das instituições, isto é, alguns exames estão datados como feitos há mais de um ano, inviabilizando a confiabilidade dos resultados. Todavia, foi possível recolher informações clínicas atualizadas de 65 pacientes (N=65). Deste grupo 36 (55,3%) apresentaram pré-obesidade e 20 pessoas (30,7%) enquadram-se como obesos. Considerou-se o índice de massa corporal da seguinte forma: IMC <24,9 normal; IMC de 25 - 29,9 pré-obesidade (excesso de peso); e IMC > 30 obesidade (moderada I). Ao serem comparadas as médias entre os pacientes seguidos no Hospital e no Centro de saúde, constatou-se que nos dois grupos os níveis considerados excesso de peso são os mais frequentes.

Referente aos níveis de hemoglobina glicosilada obteve-se informações de 55 pacientes (N=55), sendo que na ficha de 23 pacientes estavam ausentes estas informações, em sua maioria, por não estarem atualizadas. Destes 55 doentes, 40 (72,7%) tem um mau controle, ou seja, a HbA1C é superior a 7,0%, tendo apenas 15 (27,2%) pacientes com bons níveis. Para os níveis de colesterol e triglicérides (N=54), 24 (44,4%) pacientes apresentaram níveis elevados de colesterol (>100), e 20 (37,0%) tinham níveis considerados intermédios (70 a 100). Porém, para os níveis de triglicérides, verificou-se que 38 (70,3%) pacientes têm níveis normais (<100) e 15 (27,7%) pessoas estão com níveis intermédios (de 200 a 399).

Os valores médios de alguns dados clínicos (IMC, HbA1c, Colesterol e Triglicérides) também foram conferidos em ambos os sexos (Tabela 2). Os dados revelam que as mulheres apresentam um nível um pouco melhor de hemoglobina glicosilada (M=1,64; DP=0.49) do que os homens (M=1,8; DP=0.40), todavia essa diferença é pouca, necessitando de ambos os sexos um melhor controle da glicemia. Em relação ao índice de massa corporal 51,2% dos homens (n=38) e 40% das mulheres (n=27) obtiveram resultados para a pré-obesidade, seguidos de níveis altos, que sugerem obesidade.

Considerando os níveis de colesterol, 32,6% (n=29) dos homens do estudo mantêm níveis moderados, enquanto 45,7% (n=25) das mulheres apresentam níveis altos, ou seja, as mulheres dentro desta amostra têm piores níveis de colesterol. Para os níveis de triglicérides, ambos os sexos demonstraram estar dentro dos níveis normais, sendo 55,8% (n=30) dos homens e 40% (n=24) das mulheres.

**Tabela 2***Resultados das médias dos dados clínicos em função do sexo*

	Homens (N=43)			Mulheres (N=35)		
HbA1c	(n=30)	M=1,8	DP=.407	(n=25)	M=1,64	DP=.490
IMC	(n=38)	M=2,21	DP=.622	(n=27)	M=2,11	DP=.698
Colesterol	(n=29)	M=2,03	DP=.731	(n=25)	M=2,52	DP=.714
Triglicerídeos	(n=30)	M=1,20	DP=.407	(n=24)	M=1,46	DP=.588

Na amostra total do estudo (N=78), verificamos que 69 pacientes (88,5%) não fumam, sendo que 53 deles (67,9%) nunca fumaram, 16 (20,5%) deixaram de fumar há mais de dois anos e apenas 9 (11,55%) dos pacientes ainda fumam, com uma média de 18 cigarros por dia (M=18,2; mín. 2 - máx. 30).

Ao serem questionados se algum familiar tem a diabetes, 56 (71,8%) pessoas confirmaram ter alguém na família já diagnosticado com a diabetes, tais como pai, mãe, avós, irmãos ou tios.

A grande maioria dos participantes (91%) mencionou estar "muito satisfeitos" ou "satisfeitos" com as informações que recebem sobre a doença e o tratamento. Assim como, 72 pacientes (92,3%) afirmaram também estarem "muito satisfeitos" e "satisfeitos" com a qualidade do serviço de saúde.

Quando questionados sobre as reações que tiveram perante a notícia de terem diabetes, os participantes mencionaram histórias particulares de suas vidas, e descreveram diversas situações e sentimentos. Cerca de metade dos pacientes, 42 (53,8%), declararam ter tido uma reação de "aceitação" frente à notícia, pois já tinham algum familiar com diabetes, ou o médico já havia alertado para a possibilidade de virem a ter a doença devido a níveis alterados nas suas análises clínicas. Entretanto, os demais participantes referiram sentimentos negativos, dos quais 7 (9%) esclareceram ter ficado preocupados, 6 (7,7%) apresentaram sentir muita tristeza com a notícia, outros 6 (7,7%) responderam ter negado essa situação inicialmente, 5 (6,4%) referiram ter ficado nervosos ou ansiosos com a notícia e 3 (3,8%) pessoas lembram ter ficado muito assustados por não esperarem por tal notícia. Três (3,8%) participantes declararam sentir frustração após receber o diagnóstico, outras 3 pessoas descreveram a sua reação como surpresa e apenas 1 (1,3%) descreveu sentimento de confusão, outro apresentou revolta como a sua primeira reação, e uma pessoa se caracterizou como emocionalmente instável.

## 2.3 Instrumentos

- **Questionário sociodemográfico**

Os dados sociodemográficos e clínicos da doença e do tratamento foram recolhidos por meio de um questionário elaborado para este estudo, para a obtenção de informações sobre dados gerais pessoais (idade, sexo, local de residência, habilitações literárias, ocupação profissional), familiares (estado civil, com quem reside, se há outros familiares com diabetes) e dados da doença e do tratamento (tempo do diagnóstico, tipo de tratamento, controle da glicemia, outras patologias crônicas). Procedeu-se também à recolha de informação clínica sobre cada paciente com o médico assistente, embora em alguns casos não fosse possível aceder a todas as informações.

- **Questionário de Percepção da Doença Revisto (*Illness Perception Questionnaire Revised - IPQ-R*)**

De acordo com Leventhal a primeira resposta ao aparecimento da doença é identificar as ameaças e encontrar estratégias de *coping* adequadas para enfrentar essa situação. A percepção da doença é composta por cinco dimensões já apresentadas: identidade da doença, causas, consequências, evolução e cura/controle. Segundo Bennett (2002), essas dimensões vinham sendo medidas por várias escalas. Diante desta situação Weinman e colaboradores construíram, em 1996, o *Illness Perception Questionnaire* (IPQ), um questionário voltado para cada uma das dimensões da representação da doença (Bennett, 2002).

Entretanto, o IPQ apresentou algumas limitações, pois foi desenvolvido para investigar as representações cognitivas da doença, havendo uma limitação para descrever a resposta do indivíduo à patologia, logo foram criadas e adicionadas algumas questões relativas à representação emocional do doente. A extensão do IPQ permite investigar se o indivíduo compreende a sua doença, além de avaliar de que forma as representações emocionais podem afetar os mecanismos de *coping* e consequentemente os resultados em saúde (Moss-Morris et al., 2002). Para Moss-Morris e colaboradores (2002), o *Illness Perception Questionnaire Revised* (IPQ-R) possui propriedades psicométricas mais fortes que o IPQ original.

O IPQ-R está dividido em três seções, a *Identidade* que consiste em doze sintomas usuais existentes no IPQ original (dor, náuseas, falta de ar, perda de peso, fadiga, rigidez nas articulações, olhos inflamados, dores de cabeça, indisposição no estômago, dificuldade em dormir, tonturas e perda de força) e mais dois sintomas: dores de garganta e dificuldade em respirar. As respostas são dadas em "sim"/"não" em dois momentos, pois os pacientes respondem à pergunta "Desde o início da minha doença tenho sentido esse sintoma?" e em seguida respondem: "Este sintoma está relacionado com a minha doença?". A soma das respostas positivas feita pela última pergunta caracteriza a Identidade da doença (Moss-Morris et al., 2002).

Já na segunda parte da escala as respostas são dadas em uma escala de Likert (discordo plenamente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo e concordo plenamente), e as dimensões são *Consequências*, *Duração* (aguda/crónica), *Duração Cíclica*, *Controle Pessoal*, *Controle pelo Tratamento*, *Coerência da doença*. A dimensão *Causa* é a terceira seção, onde também é utilizada a escala de Likert, e os itens passaram de dez na versão original para dezoito na versão revista (Moss-Morris et al., 2002).

Em relação às propriedades psicométricas, todas as subescalas do instrumento revelaram boa consistência interna, sendo que o *alpha* de *Cronbach* na subescala dimensão temporal cíclica foi de 0,79, na dimensão aguda/ dimensão crónica foi de 0,89 e da identidade foi de 0,75. Para verificar a confiabilidade teste-reteste foram avaliados doentes renais em diálise após o período de três semanas. As dimensões do IPQ-R demonstraram boa estabilidade, com correlações variando de 0,46 a 0,88, sendo considerado um instrumento com boas propriedades psicométricas, que permite a avaliação dos principais componentes relacionados à percepção de doenças (Moss-Morris et al., 2002).

A versão Portuguesa do IPQ foi estudada em 130 doentes com o diagnóstico de Enfarte do Miocárdio (Figueiras, 1999). Após isso, Figueiras, Machado e Alves (2002) traduziram o IPQ-R para o português num estudo dos modelos de senso comum das cefaleias crónicas em casais. Figueiras, Marcelino, Horne e Weinman (2007) também utilizaram o instrumento com participantes portugueses saudáveis, porém, com apenas 8 dimensões: identidade, duração aguda/crónica, consequências, controlo do tratamento, controlo pessoal, coerência de doença, representação emocional e atribuições causais. Alguns itens foram retirados para melhorar a consistência interna da escala.

- **Escala de Atividades de Autocuidado na Diabetes (*Summary of Diabetes Self-Care Activities - SDSCA*)**

A escala de autocuidados em diabetes é uma medida multidimensional de autogestão da diabetes, que mede indiretamente a adesão (*adherence*), através dos níveis de autocuidado, não avaliando a concordância (*compliance*) com o regime prescrito. A escala foi traduzida e adaptada culturalmente para português e aplicada a uma amostra de 103 indivíduos, nesta versão foi preciso acrescentar e subdividir alguns itens (Bastos, Severo & Lopes, 2007).

A escala original é composta por um total de 19 itens, agrupados em seis dimensões: alimentação (dois itens referentes à alimentação em geral e três itens relativos à alimentação específica); exercício físico (dois itens); monitorização da glicemia (dois itens); medicação (um item ou a média de dois, em alternativa); cuidados com os pés (cinco itens); hábitos tabágicos (quatro itens). A escala é parametrizada em dias por semana em que os indivíduos apresentam determinado comportamento, variando o *score* de cada item entre 0 e 7. O *score* por dimensão resulta da média do número de dias dos itens que constituem a dimensão (Bastos, Severo & Lopes, 2007).

A versão aplicada da escala é constituída por 24 itens, incluindo três itens referentes a hábitos tabágicos. Foram ainda acrescentados pelos autores dois aspectos da dieta que culturalmente fazem sentido na população portuguesa: o consumo de pão às principais refeições e a mistura de alimentos do mesmo grupo nutricional (carboidratos). Adicionados itens sobre o consumo de álcool dentro e fora das refeições e também o consumo de doces e açúcar para adoçar as bebidas (Bastos, Severo & Lopes, 2007).

Esta versão traduzida e adaptada apresenta uma consistência interna aceitável nos principais componentes do regime terapêutico. Ao aplicar esta escala é possível identificar áreas de necessidades em cuidados de saúde e o plano de intervenções, bem como avaliar o resultado de tais intervenções, medindo a mudança no comportamento que se pretende modificar (Bastos, Severo & Lopes, 2007).

- **Escala Hospitalar da Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)**

A escala *Hospital Anxiety and Depression (HADS)* foi desenvolvida por Zigmond e Snaith, em 1983, para avaliar de forma breve níveis de ansiedade e depressão em pessoas com doenças físicas em tratamento ambulatorio. Ressalta-se que esta escala é muito utilizada em investigações e práticas clínicas em populações que não tenham problemas psiquiátricos (Pereira & Figueiredo, 2008), ou seja, salienta-se que o objetivo deste instrumento não é o de fornecer diagnóstico psiquiátrico (Amorim, 2009).

Pereira e Figueiredo (2008) destacam que a HADS permite uma avaliação dos níveis mais leves de distress em doentes com patologia física, além da escala não incluir itens focados em aspectos somáticos, o que é apropriado para doentes com patologia não psiquiátrica, visto que poderia elevar e falsear os resultados finais.

Trata-se de uma escala composta por 14 itens, que se dividem em duas subescalas, sendo 7 itens para avaliar a ansiedade e 7 para avaliar a depressão. As respostas para os 14 itens variam entre zero (0 - Baixo) a três (3 - Elevado), numa escala de Likert de 4 pontos. Ou seja, em cada item há 4 possibilidades de resposta, em que o respondente deve optar pela que melhor se enquadra, tomando como referência temporal a última semana (Pereira & Figueiredo, 2008).

De acordo com o estudo realizado por Zigmond e Snaith (1983, cit in Sousa & Pereira, 2008), em 100 doentes com diferentes queixas de doenças física, as pontuações obtidas entre 8 e 10 para cada subescala poderão indicar uma possível perturbação clínica, e entre 11 e 21, uma provável perturbação clínica. Os autores sugerem o valor de oito (8) como ponto de corte, considerando os valores inferiores como ausência de ansiedade e de depressão. Por outro lado, consideram que a gravidade da ansiedade e da depressão podem ser classificadas como “normal” (0-7), Leve (8-10), moderada (11-15) e severa (16-21) (Sousa & Pereira, 2008).

A versão portuguesa da HADS denomina-se Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar e foi traduzida e adaptada por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva (1999). Esta versão foi aplicada a uma amostra de doentes após Enfarte de Miocárdio, num estudo longitudinal

realizado em 5 momentos distintos: 4.º dia do internamento (111 sujeitos); momento da alta (187 sujeitos); 2 semanas após a alta (114 sujeitos); 3 meses após a alta (110 sujeitos) e 6 meses após a alta (60 sujeitos). Os coeficientes de alfa de Cronbach tiveram uma variação entre 0,75 a 0,90 na subescala da ansiedade e entre 0,75 a 0,85 na subescala da depressão (McIntyre et al, 1999).

## 2.4 Procedimento

Antes do início da coleta de dados, houve a aprovação do projeto de investigação pelo Comitê de Ética do Centro Hospitalar Cova da Beira e do Centro de Saúde da Covilhã. Procedeu-se à coleta de dados no período de fevereiro a maio de 2015. Os pacientes eram abordados na sala de espera das consultas e após serem esclarecidos sobre o objetivo do estudo, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, procedeu-se à leitura e assinatura do termo de consentimento informado.

Para o tratamento e análise dos dados fornecidos utilizou-se o *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences - Versão 22.0*), sendo utilizados vários tipos de análise estatística. Com o objetivo de verificar se a amostra apresentava uma distribuição normal ou não, utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, considerando não haver normalidade da distribuição, utilizou-se estatística não paramétrica. Em seguida, foi testada a fidelidade com o alfa de Cronbach nas subescalas dos instrumentos. O alfa varia numa escala de 0 a 1 e quanto mais elevado for o seu valor, mais elevadas são as correlações entre os itens dos instrumentos (Pallant, 2011). De Vellis (1991) considerou os valores de alfa de Cronbach inferior a 0,50 pouco aceitável, valores entre 0,50 e 0,60 maus, entre 0,60 e 0,70 aceitáveis, entre 0,70 e 0,80 bons, e valores entre 0,80 e 0,90 são muito bons, e quando são iguais ou maiores que 0,90 excelentes.

Para a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, assim como para a percepção da doença e avaliação da adesão às atividades de autocuidado, utilizou-se a estatística descritiva, nomeadamente o cálculo de frequências, médias, medianas, desvio padrão, percentagens e valores mínimo e máximo.

Para a verificação da existência de relação entre as dimensões das escalas IPQ-R e do Autocuidado, recorreu-se a análise de correlação de Spearman ( $r_s$ ), este coeficiente varia entre -1 (associação negativa perfeita) e 1 (associação positiva perfeita), sendo o valor 0 indicativo de inexistência de correlações entre as variáveis. Considera-se que a correlação é forte se o coeficiente for superior a 0.8, moderada se o coeficiente atingir entre 0.4 e 0.8, e fraca para o coeficiente inferior a 0.4 (Santos, 2010). Optou-se por este teste por ser indicado quando uma amostra não segue uma distribuição normal. O teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) foi utilizado quando comparados dois grupos independentes. O teste não paramétrico Mann-Whitney também foi empregue para comparar alguns fatores entre os grupos de pacientes atendidos no Hospital e no Centro de Saúde. No caso da escala HADS, utilizada para avaliar a

sintomatologia depressiva e de ansiedade, analisou-se a partir do ponto de corte da própria escala, de acordo com os autores da versão original.

Faz-se importante mencionar que para as análises efetuadas assumiu-se o intervalo de confiança de 95%, considerando estatisticamente significativo os testes com probabilidades iguais ou inferiores a 0.05, aceitando assim que há diferenças significativas entre os grupos avaliados (Marôco, 2011).

## 3 Resultados

Neste capítulo serão descritos os resultados obtidos com os diferentes instrumentos (Revised Illness Perception Questionnaire - IPQ-R; Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes; Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS), de modo a caracterizar a amostra de diabéticos do tipo 2, nestas variáveis. Também será apresentada a consistência interna destes questionários. Em seguida, serão descritos os dados relativos à análise inferencial, em que exploramos as relações existentes entre as variáveis.

### 3.1 Consistência interna dos instrumentos e análise descritiva dos resultados

Para avaliar a fidelidade dos instrumentos utilizados foram calculados os valores do Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) para cada dimensão das escalas IPQ-R, Escala de Atividades de Autocuidado na Diabetes e HADS.

- **Revised Illness Perception Questionnaire - IPQ-R**

Relativamente ao IPQ-R, os resultados apresentados (Tabela 3) mostram que os valores de alfa se situam entre 0.86 e 0.58 nas várias dimensões da escala, demonstrando uma boa a razoável consistência interna, com exceção da escala de Controle do Tratamento em que se obteve um alfa de apenas 0.34. No estudo de adaptação deste instrumento para a população portuguesa esta escala também obteve o valor mais baixo de consistência interna ( $\alpha=0,55$ ) (Figueiras, Machado & Alves, 2002).

Em outro estudo, realizado por Sousa (2003), os valores do Alfa de Cronbach nas subescalas Controle de Tratamento ( $\alpha=0,49$ ) e Controlo Pessoal ( $\alpha=0,50$ ) também foram inferiores aos considerados aceitáveis ( $>0,60$ ). A autora justifica estes valores devido à pouca variabilidade encontrada nas respostas.

**Tabela 3**

*Estatística descritiva dos resultados por dimensões da escala IPQ-R*

	<i>Nº de itens</i>	<i>Média</i>	<i>dp</i>	<i>Min.-max.</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>	<i>Alpha</i>
<b>Identidade</b>	28	1.4	2.31	0-12	2.317	6.076	.84
<b>Duração</b>	6	25.7	4.07	9-30	-1.648	3.941	.84
<b>Consequência</b>	6	16.41	4.00	6-26	-.002	-.271	.58
<b>Controle Pessoal</b>	6	22.99	3.59	14-30	-.204	.402	.78

Controle pelo Tratamento	5	17.74	2.46	14-24	.186	-.555	.34
Coerência	5	18.62	4.48	5-25	-.858	.205	.86
Duração Cíclica	4	12.37	3.10	4-19	-.187	-.649	.71
Representação Emocional	6	15.29	5.44	6-30	.532	-.536	.82
Causas	17	53.46	9.25	27-75	-.188	.169	.76

Para uma melhor compreensão da representação que os pacientes diabéticos têm sobre a sua doença, foram analisados os itens das dimensões da escala de percepção da doença (IPQ-R). Na subescala Duração (aguda/crónica), que mede a percepção da cronicidade da doença, 66 pacientes (84,7%) responderam discordar plenamente ou discordar que a diabetes dura pouco tempo, havendo 74 (94,9%) pessoas que concordaram que a diabetes vai durar para o resto da vida. Corroborando com estes resultados, 71 (91,0%) pessoas acreditam que a sua doença é mais permanente que temporária e 72 (92,3%) pacientes discordam ou discordam plenamente que a diabetes vai passar depressa. Ainda, 62 (79,5%) diabéticos discordam que a sua doença vai melhorar com o tempo.

Relativo à Duração Cíclica, que mede a extensão da vulnerabilidade e imprevisibilidade da doença, 48 (61,6%) participantes não entendem que os seus sintomas mudam de dia para dia, todavia, 28 (35,9%) concordam ou concordam plenamente com essa percepção. Quarenta e um doentes (52,6%) discordam que os sintomas da sua doença "vem e vão em ciclos", mas 35 (44,9%) pessoas responderam concordar. Ainda sobre esta dimensão, verificou-se que 61 (78,2%) participantes concordam que a diabetes passa por fases em que melhora ou piora e 45 (57,6%) acreditam que a sua doença é imprevisível.

Na dimensão Consequência é verificado o impacto da doença sobre a qualidade de vida e a capacidade funcional do indivíduo, neste estudo 53 (68%) dos participantes consideram a diabetes como uma doença grave, contudo ainda há 20 (25,6%) pessoas que discordam que a sua doença é grave. Verificou-se também que 42 (53,9%) participantes concordam que a diabetes tem grandes consequências para a vida, e também foram 42 os participantes que discordaram que a diabetes não tem grande efeito. Em relação às consequências económicas, 32 (41%) inquiridos alegam concordar que ter uma doença crónica (diabetes) gera consequências financeiras de alguma forma, todavia 42 (53,8%) pessoas acreditam que a diabetes não interfere economicamente. Os pacientes diabéticos, na sua maioria (71 participantes), entendem que a sua doença não afeta a forma como os outros os vêem, e 62 (79,5%) indicam que a diabetes não causa dificuldades àqueles que lhes são próximos.

Sobre a dimensão Controle Pessoal, 66 (84,6%) dos participantes concordam ou concordam plenamente que existe muita coisa que podem fazer para controlar os sintomas, bem como 70 (89,7%) pessoas também concordam que o que elas fazem pode determinar se a

doença melhora ou piora, 50 (64,1%) alegam que têm o poder de influenciar a sua doença e 60 (77%) também acreditam que a evolução da sua doença depende deles próprios.

No Controle pelo Tratamento são medidas as crenças sobre a curabilidade e a controlabilidade das consequências. Nesta dimensão, 39 (50%) participantes discordaram quando questionados se há pouco a fazer pela doença, sendo 30 (38,4%) concordar com esta afirmação. Dezoito (23,1%) pacientes concordam que o tratamento pode ser eficaz na cura da diabetes, todavia 57 (73,1%) discordam desta afirmação, mencionando que a diabetes não pode ser curada pelo tratamento. A maioria dos participantes (98,7%) concorda ou concorda plenamente quando questionado se o tratamento pode controlar a diabetes e 74 (94,9%) corroboram que os efeitos negativos da doença podem ser prevenidos ou evitados, por meio de seus comportamentos.

A dimensão Representação Emocional incorpora emoções negativas, como o medo, a raiva, a angústia, diante da doença. Houve 53 (68%) participantes que discordaram ficar deprimidos quando pensavam na sua doença, mas 24 (30,8%) responderam sentir-se deprimidos ao refletir sobre a diabetes. Sessenta e uma (78,2%) pessoas discordaram ou discordaram plenamente quando questionados se ficam perturbados quando pensam na sua doença, assim como 60 (77%) também discordam ou discordam plenamente se sentirem zangados por terem a diabetes. Concernente a preocupar-se com a diabetes apenas 12 (15,3%) participantes mencionaram que a sua doença não os preocupa, em contrapartida 66 (84,6%) alegam que a diabetes lhes causa preocupação. Cinquenta e três (68%) doentes não consideram que ter a diabetes os torna ansiosos, mas 23 (29,5%) sentem-se ansiosos por ter uma doença crónica. Sobre a diabetes causar medo, 30 (38,5%) pacientes afirmam sentir medo por ter a diabetes, mas 47 (60,2%) alegam não ter esse sentimento.

Os itens que compõem a dimensão Coerência referem-se à compreensão que o paciente tem da sua doença. Ao verificar os resultados, constatou-se que poucos participantes, 20 (25,7%), alegam não entender a sua doença, logo 57 (73,1%) afirmam que compreendem a diabetes. Sendo ainda, 60 (76,9%) dos participantes descrevem que os sintomas da diabetes não os confundem e 57 (73,1%) que a diabetes não é um mistério. Ao serem questionados se a doença não faz sentido, 57 (73,1%) discordam desse item, e 59 (75,6%) afirma ter uma ideia clara sobre a doença.

Para uma pontuação mais global sobre a escala IPQ-R, a dimensão Identidade tem uma variação de 0 a 15, sendo que um valor mais alto corresponde a uma boa identidade da doença. As dimensões Consequências, Representação Emocional, Duração (aguda/crónica) e Controle Pessoal variam entre 6 e 30, em que os valores mais elevados correspondem respectivamente, a uma representação de maior gravidade das consequências da diabetes, a uma representação emocional mais negativa, de maior cronicidade e maior controle pessoal. As subescalas Controle pelo Tratamento e Coerência da doença variam entre 5 e 25, em que os valores mais elevados correspondem a uma representação de maior eficácia do tratamento e de uma compreensão mais pobre da doença. A subescala Duração Cíclica varia entre 4 e 20,

em que os valores mais elevados correspondem a uma representação de evolução cíclica da doença (Figueiras, Machado & Alves, 2002).

Para caracterizar a representação da doença de uma forma geral, utilizando a escala de percepção da doença, analisaram-se os valores totais nas dimensões, conforme a tabela 4. A média na dimensão Identidade ( $M=1.41$ ;  $DP= 2.31$ ) indica uma fraca identificação sobre a natureza da doença e dos seus sintomas. Relativamente à Duração da doença (aguda/crónica) os valores ( $M=25.76$ ;  $DP=4.07$ ) mostram que os participantes têm uma maior percepção em relação à cronicidade da doença.

**Tabela 4**

*Resultados (frequência) das dimensões da escala Percepção da Doença - IPQ-R.*

	Média	Desvio Padrão
Identidade	1.41	2.31
Duração (aguda/crónica)	25.76	4.07
Consequência	16.41	4.00
Controle Pessoal	22.99	3.59
Controle pelo Tratamento	17.74	2.46
Coerência	18.62	4.48
Duração Cíclica	12.37	3.10
Representação Emocional	15.29	5.44

Os resultados na dimensão Consequência ( $M=16.41$ ;  $DP=4.00$ ) demonstram que os pacientes diabéticos deste estudo não percebem a gravidade das consequências que a sua doença provoca. No Controle Pessoal ( $M=22.99$ ;  $DP= 2.46$ ) os resultados revelam que os participantes conseguem perceber um bom nível de controle pessoal face à sua doença. No Controle pelo Tratamento a média obtida ( $M=17.74$ ;  $DP=2.46$ ) corresponde a uma boa percepção frente à eficácia do tratamento. Na dimensão Coerência ( $M=18.62$ ;  $DP=4.48$ ) pode-se constatar uma compreensão mais empobrecida da diabetes. Na dimensão Duração Cíclica ( $M=12.37$ ;  $DP=3.10$ ) o resultado corresponde a uma boa representação da evolução cíclica da diabetes. A representação emocional ( $M=15.29$ ;  $DP=5.44$ ) revela que os participantes demonstram um baixo nível de emoções negativas associadas à diabetes.

No IPQ-R são identificados ainda 18 fatores referentes às causas da diabetes que variam entre atribuições psicológicas, fatores de risco e imunidade e acaso/destino. Diante a percepção que os pacientes têm referente a essas causas, observa-se que em relação ao sexo (Tabela 5), as opiniões são semelhantes, 98,7% dos participantes, tanto homens ( $n=43$ ) como mulheres ( $n=35$ ), acreditam que o tipo de alimentação é o primeiro fator a considerar, em seguida aparece o excesso de peso como causa da diabetes, e a hereditariedade sendo o terceiro fator significativo. O que revela que a forma como os pacientes percebem as causas da diabetes está direcionada principalmente para os fatores de risco (causas relativas a comportamentos e estilo de vida).

Tabela 5

*Resultados descritivos para a subescala Causas (N=78)*

		Homens (n=43)	Mulheres (n=35)	Total (N=78)
Stress ou preocupação	Concordam	29	20	49
	Discorda	09	08	17
Hereditariedade	Concordam	34	26	60
	Discorda	06	04	10
Fumar	Concordam	12	06	18
	Discorda	19	14	33
Excesso de peso	Concordam	36	26	62
	Discorda	06	05	11
Destino ou má sorte	Concordam	10	13	23
	Discorda	26	14	40
Tipo de alimentação	Concordam	42	35	77
	Discorda	01	00	01
Poluição do ambiente	Concordam	11	5	16
	Discorda	26	15	41
O meu estado emocional	Concordam	16	13	29
	Discorda	20	17	37
O meu próprio comportamento	Concordam	18	12	30
	Discorda	21	17	38
Pouca assistência médica no passado	Concordam	19	15	34
	Discorda	22	18	40
Acidente ou lesão	Concordam	09	05	14
	Discorda	24	12	36
A minha personalidade	Concordam	10	08	18
	Discorda	26	23	49
Envelhecimento	Concordam	27	18	45
	Discorda	14	16	40
Um micróbio ou um vírus	Concordam	14	07	21
	Discorda	14	13	27
A minha atitude mental	Concordam	18	08	26
	Discorda	20	21	41
Alteração das defesas do organismo	Concordam	28	21	49
	Discorda	10	08	18
Problemas familiares ou preocupações	Concordam	20	09	29
	Discorda	20	22	42
Excesso de trabalho	Concordam	15	04	19
	Discorda	26	25	51

Também relativo às causas da diabetes, chama-se a atenção para as respostas "não concordo, nem discordo", pois 30 (38,4%) pacientes respondem que não sabem se a diabetes é causada por um micróbio ou vírus, 27 (34,6%) pacientes mencionam esta resposta para a causa fumar, considerando não saberem se fumar causa diabetes ou não, 22 (28,2%) pessoas respondem ainda não saber se um acidente ou lesão podem causar a diabetes.

- **Escala de Atividade de Autocuidado com a Diabetes**

Em relação aos resultados da escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes, apresentados na Tabela 6, nota-se que os valores de alfa apresentam-se situados entre 0.89 e 0.34 nas várias dimensões, sendo que as subescalas cuidado com os pés, monitorização da glicemia, atividade física, demonstram um boa consistência interna. Já as subescalas alimentação geral, alimentação específica e medicamentos apresentam baixa consistência, porém serão incluídas por serem aspectos importantes do regime terapêutico. Acredita-se que tais valores são baixos devido ao número reduzido de itens existentes nas subescalas.

No estudo realizado por Bastos, Severo e Lopes (2007) a subescala de alimentação geral, com dois itens, apresentou uma correlação inter-item moderada, de acordo com os critérios definidos, mas muito próximo de forte ( $r = 0,68$ ) e um  $\alpha$  de Cronbach de 0,81. A alimentação específica, constituída na versão portuguesa por nove itens, apresentou uma correlação inter-item fraca ( $r = 0,09$ ) e  $\alpha = 0,45$ . Silva, Ribeiro e Cardoso (2006) também apresentam que o questionário de auto cuidados com a diabetes apresenta uma consistência interna aceitável, devido ao número reduzido de itens que constitui cada subescala. Sendo a subescala cuidados alimentares ( $\alpha = 0,62$ ), a subescala tratamento insulínico ( $\alpha = 0,75$ ), subescala tratamento com anti diabéticos orais ( $\alpha = 0,88$ ), e escala total ( $\alpha = 0,66$ ) (Silva et al., 2006; Silva et al., 2002).

**Tabela 6**

*Estatística descritiva dos resultados por dimensões da escala Autocuidado com Diabetes*

	<i>Nºde itens</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Min.-max.</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>	<i>Alpha</i>
Alimentação geral	3	4.39	1.65	.0-7.0	-.341	-.017	.34
Alimentação específica	6	1.91	1.22	.14-5.29	.630	.025	.48
Atividade física	2	2.46	2.60	.0-7.0	.659	-.960	.74
Monitorização glicemia	2	5.33	2.23	.0-7.0	-1.068	-.228	.78
Cuidado com os pés	3	6.19	1.62	.0-7.0	-2.172	4.076	.89
Medicamentos	2	5.23	1.36	.0-7.0	-.483	1.69	.45

Outros aspectos são possíveis de serem observados a partir dos resultados da tabela 6. No que diz respeito aos resultados alcançados nas sete dimensões da escala de atividades de autocuidado com a diabetes, é possível verificar que a monitorização da glicemia (M=5.33, DP=2.23), o cuidado com os pés (M= 6.19, DP=1.62) e os medicamentos (M=5.23, DP=1.36) são as dimensões em que se obtiveram uma maior média em relação aos dias da semana, o que demonstra que os pacientes diabéticos se preocupam com esses cuidados e aderem a essas atividades particulares na maioria dos dias da semana.

É importante esclarecer que a escala de alimentação específica mede indiretamente a adesão, ou seja, medindo o número de dias em que transgrediram os cuidados com a alimentação, assim quanto menos dias da semana, mais o resultado é favorável. Portanto, os resultados parecem indicar que os pacientes diabéticos deste estudo têm bons comportamentos de adesão no que se refere aos cuidados com a alimentação (a média de dias da semana em que transgridem é inferior a 2). Evidencia-se apenas a atividade física (M=2.46, DP=2.60) como a dimensão mais desfavorável, ou seja, como o comportamento a ser melhorado para uma adesão adequada e esperada.

- **Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS**

Em relação aos resultados da escala HADS, apresentados na Tabela 7, é possível observar que os valores de alfa são de 0.81 e 0.86 nas duas dimensões, podendo então afirmar que este instrumento apresenta uma boa consistência interna, sendo o alfa total de 0.91. Outros estudos realizados com a HADS confirmam uma elevada consistência interna, com o alfa de Cronbach a variar entre os 0,80 e 0,90 para as duas subescalas (Sousa & Pereira, 2008).

**Tabela 7**

*Estatística descritiva dos resultados por dimensões da escala HADS*

	<i>Nº de itens</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Min.-max.</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>	<i>Alpha</i>
<b>Ansiedade</b>	7	5.46	3.98	0-18	.896	.573	.81
<b>Depressão</b>	7	4.29	4.28	0-17	1.069	.176	.86

Sobre a sintomatologia depressiva e de ansiedade, é importante destacar que neste grupo (N=78) poucos foram os pacientes que apresentaram níveis considerados altos segundo a escala HADS (Tabela 8). Cinquenta e nove (75,6%) participantes não apresentaram nível de ansiedade dentro dos níveis considerados normais, nove (11,5%) obtiveram ansiedade leve, oito (10,2%) um nível de ansiedade moderada e dois (2,5%) níveis altos (ansiedade severa). Do mesmo modo, sessenta e uma (78,2%) pessoas demonstraram ausência de sintomas depressivos, sete (8,9%) tiveram níveis leves, nove (11,5%) participantes com níveis moderados de sintomas depressivos e apenas um (1,2%) foi considerado depressão grave.

**Tabela 8***Distribuição da média das subescalas Ansiedade e Depressão e valores clínicos da amostra*

	Média (DP)	Normais ( $\leq 7$ ) n (%)	Leve (8-10) n (%)	Moderada (11-15) n (%)	Severa (16-21) n (%)
<b>Ansiedade</b>	5,46 (3,98)	59 (75,6)	9 (11,5)	10 (12,7)	2 (2,5)
<b>Depressão</b>	4,29 (4,28)	61 (78,2)	7 (8,9)	9 (11,5)	1 (1,2)

### 3.2 Análise Inferencial

Aqui serão apresentados os resultados da relação entre a escala de atividades de autocuidado com os dados sociodemográficos e clínicos, com a escala de ansiedade e depressão (HADS) e com o questionário de percepção da doença (IPQ-R), levando em conta também as relações significativas entre as dimensões da escala.

Considerando a relação dos dados sociodemográficos e as atividades de autocuidado pode-se notar pouca relação entre as variáveis, não havendo correlação significativa entre a idade e a escolaridade dos participantes com o autocuidado com a diabetes. A análise dos resultados (Tabela 9) indica que tanto homens quanto mulheres mostram preocupar-se com a alimentação em média cerca de quatro dias por semana (considerando a semana anterior), evitando ainda alimentos específicos para um bom controle glicêmico, não existindo diferença significativa entre homens e mulheres frente ao autocuidado, conforme os resultados do teste Mann-Whitney, pois os valores entre eles são muito próximos.

**Tabela 9***Resultados das dimensões da escala de Autocuidados com a Diabetes em função do Sexo*

	Sexo	Média	Desvio Padrão	Sig.
<b>Alimentação geral</b>	Masculino (n=43)	4,35	1,43	.603
	Feminino (n=35)	4,43	1,90	
<b>Alimentação específica</b>	Masculino (n=43)	2,38	1,20	.000
	Feminino (n=35)	1,33	0,97	
<b>Atividade física</b>	Masculino (n=43)	2,41	2,67	.732
	Feminino (n=35)	2,52	2,55	
<b>Monitorização da glicemia</b>	Masculino (n=43)	5,22	2,26	.450
	Feminino (n=35)	5,48	2,21	
<b>Cuidado com os pés</b>	Masculino (n=43)	6,00	1,94	.882
	Feminino (n=35)	6,43	1,09	
<b>Medicamentos</b>	Masculino (n=43)	5,31	1,18	.869
	Feminino (n=35)	5,13	1,58	

As dimensões monitorização da glicemia, cuidado com os pés e medicamentos, revelaram melhor cuidado do que a alimentação, com os pacientes referirem cuidar destes

aspectos mais dias por semana. Os hábitos tabágicos não aparecem na tabela, pois são considerados separadamente das variáveis iniciais por serem codificados de uma forma diferente. Na amostra total do estudo (N=78), verificou-se que 69 pacientes (88,5%) não fumam, sendo que 53 deles (67,9%) nunca fumaram, 16 (20,5%) deixaram de fumar há mais de dois anos e apenas 9 (11,55%) dos pacientes ainda fumam, com uma média de 18 cigarros por dia (M=18,2; mín. 2 - máx. 30).

Avaliou-se também a relação entre as informações clínicas, como o tempo de diagnóstico, índice de massa corporal (IMC), níveis de hemoglobina glicosilada (HbA1c), triglicerídeos e colesterol e os resultados na escala de atividades de autocuidado. Constatou-se que não existe correlação significativa entre as variáveis IMC, nível de triglicerídeos e as dimensões do autocuidado (Tabela 10). Todavia, obteve-se uma correlação significativa entre HbA1c e a dimensão medicamentos ( $r=0.304$ ), o que confirma que a toma de medicamentos está associada aos níveis da glicemia. Outra relação relevante é entre o nível de colesterol e a alimentação específica ( $r=-0.277$ ), que traduz que quanto menos cuidado com a alimentação específica, ou seja, maior o consumo de carnes vermelhas, pão, arroz, batata, massa, feijão, alimentos doces, açúcar, incluindo também bebidas alcoólicas, mais altos serão os níveis de colesterol.

**Tabela 10**

*Correlação entre informações clínicas e as dimensões da escala de Autocuidado*

	HbA1C	Colesterol	Triglicerídeos	IMC	Tempo de diagnóstico
Alimentação geral	-.159	-.068	-.178	-.034	.066
Alimentação específica	.031	-.277*	-.162	.046	-.100
Atividade física	-.169	-.094	-.013	-.114	-.208
Monitorização da glicemia	-.018	.009	-.031	-.066	.412**
Cuidado com os pés	-.035	-.098	-.143	-.179	-.097
Medicamentos	.304*	.002	.142	.168	.296**

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

Relativamente ao tempo de diagnóstico, encontrou-se uma relação significativa com as dimensões monitorização da glicemia ( $r=0.412$ ) e medicamentos ( $r=0.296$ ), ou seja, quanto mais tempo após o diagnóstico mais os pacientes se preocupam em monitorizar a glicemia e tomar os medicamentos prescritos pelos profissionais de saúde.

As dimensões alimentação geral e monitorização da glicemia também apresentaram correlação significativa entre elas ( $r=0.268$ ), bem como a monitorização da glicemia e medicamentos ( $r=0.398$ ), ou seja, os pacientes que fazem um bom controle dos seus níveis de glicemia, também estão voltados para cuidar da alimentação e para cumprirem a medicação.

Quanto à relação entre a escala de autocuidado com a diabetes e a escala HADS, obteve-se resultados significativos apenas entre a dimensão depressão e a atividade física ( $r = -0.264$ ) e entre a depressão e o cuidado com os pés ( $r = -0.395$ ), revelando que quanto maiores os níveis de depressão menos os pacientes aderem às atividades físicas e menos têm cuidado com os pés. Para a dimensão ansiedade não houve nenhuma relação significativa com as dimensões do autocuidado. Os resultados revelam ainda uma elevada correlação entre as escalas de ansiedade e depressão ( $r = 0.69$ ) nestes pacientes.

**Tabela 11**

*Correlação entre as dimensões da escala de Autocuidado com a diabetes e a HADS*

	Ansiedade	Depressão
Alimentação geral	-.040	-.520
Alimentação específica	-.101	.000
Atividade física	-.211	-.264*
Monitorização da glicemia	.004	-.033
Cuidado com os pés	-.214	-.395**
Medicamentos	.077	-.025

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

Na escala de percepção da doença apenas duas dimensões tiveram correlação significativa com a escala de autocuidado (Tabela 12), havendo relação entre a alimentação geral e as consequências ( $r = 0.231$ ), o que prediz que quando o paciente consegue perceber o impacto que a doença tem na sua vida, controla mais a alimentação. A dimensão consequências também apresenta correlação negativa bastante significativa com a alimentação específica ( $r = -0.335$ ), o que revela que os pacientes consomem menos alimentos desaconselhados quando constatarem a gravidade da diabetes. Referente à dimensão identidade, houve uma associação com as dimensões monitorização da glicemia ( $r = 0.265$ ) e com o cuidado com os pés ( $r = -0.224$ ), revelando que quanto maior o reconhecimento da identidade da doença e dos sintomas, mais os pacientes diabéticos monitorizam os seus níveis de glicemia. Porém, estes resultados indicam também que quanto mais o doente identifica os sintomas, menos cuidado tem com os pés.

**Tabela 12**

*Correlação entre as dimensões da escala de Autocuidado e da escala de Percepção da doença*

	Identidad	Duração	Conseq.	Controle pessoal	Controle Tratam	Coerênc	Duração cíclica	Repr. emocion	Causa
Alimet. Geral	.095	.044	.231*	.106	.148	.135	.114	-.004	.091

Aliment. Espec	.010	.035	-.335**	.100	.093	.103	-.135	-.151	.062
Atividade Física	-.019	.118	-.033	.162	-.029	.028	.142	.013	.042
Monit. Glicem	.265*	-.045	.151	.050	.099	-.005	.146	.090	.001
Cuidado Pés	- .224*	.095	-.019	.196	.030	.159	-.082	-.119	-.080
Medicam	.197	-.069	.147	.097	.127	.031	.142	.130	.006

\* p < 0.05; \*\* p < 0.01

Ao realizar o teste de Spearman para averiguar as correlações entre as dimensões da escala de Percepção da Doença encontramos correlações positivas entre as seguintes dimensões (Tabela 13): Identidade e Consequências ( $r=0.230$ ), evidenciando que quanto mais os sintomas de doença são percebidos, maior é o impacto da doença percebido; Duração (aguda/crónica) e Controle pessoal ( $r=0.453$ ), revelando que quanto maior é a percepção da cronicidade da sua doença, maior a crença de autoeficácia no controle da doença; Duração e Representação Emocional ( $r= -0.344$ ), isto é, quanto maior é a percepção da diabetes como doença crónica menor a perturbação emocional. Consequência e Representação Emocional ( $r=0.425$ ), evidenciando que quanto maior for a percepção das consequências da doença, maior o seu impacto no estado emocional do doente.

**Tabela 13**

*Correlação entre as dimensões da escala de Percepção da Doença*

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Identidade	1.000	-.076	.230*	-.040	.008	-.081	.198	.214	.040
2. Duração	-.076	1.000	-.092	.453**	.349**	.137	.009	-.344**	-.110
3. Consequência	.230*	.092	1.000	.117	-.020	-.190	.290*	.425**	-.044
4. Controle pessoal	-.040	.453**	.117	1.000	.663**	.205	.038	-.059	-.111
5. Controle tratamento	.008	.349**	-.020	.663**	1.000	.262*	-.077	-.098	.123
6. Coerência	-.081	.137	-.190	.205	.262*	1.000	-.342**	-.421**	.099
7. Duração cíclica	.198	.009	.290*	.038	-.077	-.342**	1.000	.247*	-.069

8. Representação emocional	.214	-.344**	.425**	-.059	-.098	-.421**	.247*	1.000	-.061
9. Causas	.040	-.110	-.044	-.111	.123	.099	-.069	-.061	1.000

A correlação entre o Controle pelo Tratamento e Duração ( $r=0.349$ ) demonstra que quanto maior o discernimento do paciente frente à duração crónica da sua doença, mais será a percepção de efetividade do tratamento. Controle do Tratamento e Controle Pessoal ( $r=0.663$ ) também se relacionam, assim quanto maior a percepção de autoeficácia nos cuidados, mais será a crença de efetividade do tratamento. Na dimensão Duração Cíclica e Representação Emocional ( $r=0.247$ ), revela que quanto mais a doença é percebida como episódica, maior o impacto emocional percebido. Há também correlação entre as dimensões Coerência e Representação Emocional ( $r=-0.421$ ) o que revela que quanto maior a compreensão sobre a diabetes menor a reação emocional. A dimensão Coerência também teve relação significativa com a dimensão Controle pelo Tratamento ( $r=0.262$ ), o que mostra que quanto maior a compreensão da doença mais entendimento o paciente tem da efetividade do seu tratamento. Para a dimensão Duração Cíclica também se observou correlação com a dimensão Consequência ( $r=0.290$ ), ou seja, quando os pacientes consideram a diabetes como episódica, maior a percepção de gravidade e impacto da doença na sua vida. A correlação entre as dimensões Duração Cíclica e Coerência ( $r=-0.342$ ) revela que quanto menor a compreensão da doença, mais o paciente tem percepção de imprevisibilidade da doença.

○ **Pacientes atendidos no Hospital Cova da Beira vs Pacientes do Centro de Saúde**

Com o objetivo de comparar algumas características entre o grupo de pacientes que são acompanhados no Centro Hospitalar Cova da Beira com o grupo de pacientes do Centro de Saúde, utilizou-se o teste de Mann-Whitney (U) para os resultados na escala de percepção da doença, na escala de autocuidado com a diabetes, na escala de ansiedade e depressão e, ainda, para algumas informações clínicas.

Dentre as dimensões do IPQ-R, verificou-se diferenças significativas entre os dois grupos para a Identidade ( $p=0.016$ ), Consequências ( $p=0.023$ ) e Representação Emocional ( $p=0.042$ ) (Tabela 14). Analisando as médias obtidas por cada um dos grupos conclui-se que os doentes seguidos no Hospital revelam uma média para a dimensão Identidade de 1,96 (DP= 2,7), enquanto os pacientes do Centro de Saúde obtiveram média ainda mais baixa ( $M=0,53$ ; DP=0,90). Na dimensão Consequência o grupo do Hospital revela uma média de 17,2 (DP=4,29), e os do Centro de Saúde 15,1 (DP= 3,15). Para a dimensão Representação Emocional os pacientes do Hospital apresentam média de 16,2 (DP=5,45) e os do Centro de Saúde 13,8 (DP=5,15).

**Tabela 14***Médias das dimensões da escala IPQ-R entre os pacientes do Hospital e do Centro de Saúde*

	Nº Itens	Hospital (N=48)		Centro de Saúde (N=30)	
Identidade	28	M=1,96*	DP=2,70	M=0,53*	DP=0,90
Duração (aguda/crónica)	6	M=25,8	DP=3,87	M=25,6	DP=4,40
Consequência	6	M=17,2*	DP=4,29	M=15,1*	DP=3,15
Controle pessoal	6	M=23,2	DP=3,70	M=22,5	DP=3,40
Controle pelo tratamento	5	M=17,9	DP=2,53	M=17,5	DP=2,36
Coerência	5	M=19,0	DP=4,26	M=18,0	DP=4,83
Duração cíclica	4	M=12,3	DP=3,21	M=12,4	DP=2,96
Representação emocional	6	M=16,2*	DP=5,45	M=13,8*	DP=5,15

\* Dimensões com diferenças significativas nos grupos

Para a escala de atividades de autocuidado, encontramos diferenças significativas entre os grupos nas dimensões Monitorização da glicemia ( $p=0.023$ ) e Medicamentos ( $p=0.00$ ). Referente às médias nos grupos observa-se que os pacientes do Hospital apresentaram uma média na dimensão Monitorização da glicemia de 5,7 (DP=2,09) e os do Centro de Saúde 4,6 (DP=2,29). Na dimensão Medicamentos o grupo do Hospital obteve média 5,6 (DP=1,34), enquanto os do Centro de Saúde 4,5 (DP=1,14).

Na escala HADS, não houve diferenças significativas entre os grupos Hospital e Centro de Saúde. Porém, aparece diferença significativa na dimensão ansiedade entre homens e mulheres ( $p=0.003$ ) (Tabela 15), com as mulheres a revelarem maiores níveis de ansiedade.

**Tabela 15***Médias das subescalas Ansiedade e Depressão em função do sexo*

	Homens		Mulheres	
Ansiedade	M= 4,2	DP= 3,39	M= 6,90	DP= 4,19
Depressão	M= 3,3	DP= 3,5	M= 5,46	DP= 4,85

Mesmo não havendo níveis considerados graves para a maioria dos pacientes, ao analisar as médias da escala HADS verifica-se que as mulheres apresentam níveis de sintomatologia depressiva e de ansiedade um pouco mais altas que os homens.



## 4 Discussão

Este trabalho teve como objetivo principal investigar a relação entre as atividades de autocuidado com a diabetes e a representação da doença nos pacientes. As representações têm assumido uma função de evidência nos comportamentos de autocuidado, sendo um importante preditor da adesão (Oliveira & Pereira, 2012). Nos dias atuais há a necessidade de refletir sobre a diabetes mellitus e os seus cuidados, e mesmo que este estudo trate apenas de uma amostra com pacientes que residem no concelho da Covilhã, a adesão terapêutica nos pacientes crônicos vem sendo um problema mundial, merecendo destaque nas investigações.

Temos uma amostra com participantes mais idosos (N=78), com a média de idade de 66 anos, a maior parte é casada, e também são em sua maioria reformados, e que já trabalharam nos lanifícios, profissão comum nesta região. Este dado está de acordo com os números epidemiológicos que indicam um aumento da incidência da diabetes com o envelhecimento da população.

Baquedano, Santos, Martins e Zanetti (2010), ressaltam que uma pessoa com a idade superior a 65 anos tem exigências de autocuidado relacionadas com a própria fase do ciclo vital, necessitando de maior apoio para o cumprimento de seus cuidados, uma vez que a partir desta idade os indivíduos enfrentam barreiras ambientais que podem dificultar o cumprimento do tratamento. Os autores mencionam ainda que na fase adulta os pacientes já construíram valores, crenças e hábitos, o que pode gerar alguma resistência à mudança.

Constatou-se que 71,8% dos participantes tem baixa formação escolar, o que pode dificultar a sua compreensão da doença e mesmo do tratamento. O baixo nível de escolaridade pode limitar o acesso às informações, devido ao possível comprometimento das habilidades de leitura, escrita, compreensão ou mesmo da fala (Pace, Ochoa-Vigo, Caliri, Fernandes, 2006). No estudo de Amorim (2009) notou-se um melhor controle glicêmico nos indivíduos com maior nível de escolaridade. Baquedano et al. (2010) também confirmam que os indivíduos com maior escolaridade mostram uma boa capacidade de autocuidado.

Neste estudo não encontramos correlações entre o autocuidado com a diabetes e a idade, a escolaridade, a situação profissional ou o estado civil. Um estudo realizado por Salvador (2012) também não encontrou relação das variáveis sociodemográficas com a adesão à terapêutica. Para Silva et al. (2006) e Villas Boas et al. (2011) as variáveis sociodemográficas e clínicas parecem não prever a adesão ao tratamento de pessoas com diabetes.

Fatores socioeconômicos são identificados em algumas investigações como importantes para a adesão ao tratamento, onde o baixo nível de escolaridade, o analfabetismo, o desemprego, baixo rendimento, e a distância geográfica dos centros de saúde podem ser importantes obstáculos à adesão (Bugalho & Carneiro, 2004, cit in Albuquerque, Correia & Ferreira, 2015; Ataíde & Damasceno, 2006). Em um estudo qualitativo

realizado por Ataíde e Damasceno (2006), os autores enfatizaram que para a mudança de comportamento, as orientações dadas aos pacientes precisam compreender aspectos subjetivos, emocionais, econômico, sociais e culturais. Observaram o não cumprimento das orientações devido à dificuldade financeira dos pacientes, por exemplo, em seguir uma dieta com alimentos indicados pelos profissionais de saúde que eram incompatíveis com o seu padrão social, situação sinalizada pelos participantes como aspecto que dificultava o cumprimento do tratamento adequado. Torres, Fernandes e Cruz (2007) também apresentam as dificuldades financeiras como obstáculo para o tratamento medicamentoso, assim como os efeitos indesejados e os esquemas terapêuticos complexos.

Nos resultados para os indicadores clínicos sobre o controle e a gestão da diabetes encontrados na amostra, constatou-se neste estudo que 72,7% dos participantes apresentam níveis de HbA1c referentes a um mau controle glicêmico. Há também uma percentagem muito significativa de participantes (89%) que consideram os níveis da glicemia bons ou mais ou menos, contradizendo as informações clínicas, o que poderá traduzir um grande obstáculo à tomada de medidas adequadas de controle da glicemia.

O grande objetivo do tratamento é o controle glicêmico (Sousa, 2003). Um paciente diabético considerado com um bom controle glicêmico tem um valor inferior a 6,5%, embora seja aceitáveis valores mais elevados. Patrão (2011) chama a atenção que o valor da HbA1c a ser atingido deve ser individualizado conforme a idade, anos da doença e complicações existentes. A hemoglobina glicada vem sendo considerada como o valor que melhor corresponde para o nível de adesão ao tratamento e às suas exigências (Patrão, 2011). Na investigação de Lin et al. (2004), com uma grande população (n=4.463), os autores constataram um inadequado controle da glicemia, havendo ainda pouca adesão ao uso de medicamentos orais. Os autores mencionam que entre os pacientes que tinham mau controle havia uma média da realização do teste de HbA1c abaixo do recomendado (2,4 testes por ano), quando a Associação Americana de Diabetes, recomenda que se faça quatro testes ao ano para o controle de HbA1c.

Neste estudo, as mulheres apresentaram melhores níveis de hemoglobina glicosilada, do que os homens, contudo a diferença é pouca e ainda são considerados níveis inadequados. Porém, as mulheres têm piores níveis de colesterol, considerados altos, enquanto os homens apresentam níveis moderados.

Mann et al. (2009) consideram o mau controle glicêmico como um dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, e buscam entender se o mau controle ocorre devido à não adesão do paciente ou por uso inadequado de medicamentos, necessitando intensificar a terapia medicamentosa. Estes autores destacam ainda os pacientes céticos, ou seja, pessoas que não consideram a medicação como importante para o tratamento, ou pacientes que acham difícil tomar a medicação, ou demonstram preocupações com os efeitos colaterais, situações que se refletem nos resultados dos níveis glicêmicos. É preciso um olhar direcionado para esses pacientes, com o intuito de averiguar se cumprem a medicação.

É importante destacar que a maior parte dos pacientes desta amostra faz uso de medicação oral ou medicação oral juntamente com a insulina, e apenas, 14% da amostra faz o tratamento apenas com a insulina.

Em relação ao tempo decorrido desde o diagnóstico, a média neste estudo é de 14 anos, 62,8% dos pacientes receberam o diagnóstico há menos de 15 anos e 34,6% receberam esse diagnóstico entre 16 a 30 anos atrás. Foi percebido que quanto mais tempo de diagnóstico, mais os pacientes se preocupam com a monitorização da glicemia e em tomar os medicamentos. Os níveis de HbA1c estão positivamente correlacionados com a dimensão medicamentos. No estudo realizado por Ribeiro et al. (2007), também com a população portuguesa (n=304), obteve-se uma correlação positiva entre o tempo de doença e HbA1c.

Os participantes deste estudo evidenciam excesso de peso, com o índice de massa corporal indicando pré-obesidade e obesidade. Patrão (2011) destaca que independente de uma predisposição hereditária, a diabetes do tipo 2 é provocada por hábitos de vida considerados inadequados, ou não saudáveis, sendo associados aos fatores ambientais, hábitos alimentares, sedentarismo e stresse, e que 90% a 95% dos pacientes diabéticos são obesos, hipertensos ou dislipidêmicos. Costa, Campos e Costa (2014) alertam para os altos níveis de IMC, pois expõem que a obesidade é um fator de risco significativo para os diabéticos do tipo 2, independente do atual grau de obesidade.

Mesmo quando existe história familiar de diabetes, não é raro os doentes atribuírem o diagnóstico desta doença ao fato de haver períodos em que comiam quantidades exageradas ou muitos alimentos açucarados. Elevado número de doentes acredita ter contribuído para o desenvolvimento da doença (Silva, 2010). Neste estudo, mesmo com 71,8% dos participantes confirmando que têm ou tiveram algum familiar com a doença, atribuíram as causas da diabetes ao tipo de alimentação, excesso de peso e só em seguida à hereditariedade.

Foi também encontrado um elevado número de familiares com diabetes no estudo de Costa, Campos e Costa (2014), tendo os autores considerados que a partilha das mesmas predisposições genéticas e hábitos de vida semelhantes estão associados a este fato, destacando os resultados de investigações que revelam que pessoas com familiares de primeiro grau com história de diabetes têm de 3 a 5 vezes maior desenvolvimento da doença, independentemente da idade, sexo, raça, IMC e outras variáveis demográficas.

Um aspecto também questionado aos participantes, esteve relacionado com as instruções recebidas a respeito da doença. Tantos os pacientes acompanhados no Hospital, quanto no Centro de saúde, afirmam, na sua grande maioria, que estão satisfeitos com as informações recebidas dos profissionais de saúde, resta saber se estes tem uma compreensão total de tais informações.

Ogden (2004) destaca que os níveis de satisfação do doente resultam de vários componentes, em particular aspectos afetivos, aspectos comportamentais e ainda ligados à competência do técnico de saúde, sendo a satisfação determinada pelo conteúdo da consulta. A autora alerta que os pacientes querem receber tanta informação quanto possível, mesmo

que se trate de notícias más, no entanto, a compreensão do paciente para tais informações pode ser baixa.

Silva, Ribeiro e Cardoso (2006) também realçam que os aspectos da consulta médica estão relacionados com a adesão ao tratamento, pois quando há consultas irregulares consequentemente irão haver problemas no controle metabólico e um risco de aumento de complicações. Verificam-se um aumento da adesão quando a consulta médica se aproxima, os autores descrevem que a monitorização da glicemia pode aumentar para 79% no dia antes da consulta, enquanto nos trinta dias anteriores é de apenas 30%. Os autores também apresentam a preocupação sobre a forma como as instruções são passadas aos pacientes, pois as intruções verbais com o vocabulário adequado aumentam a adesão ao tratamento da diabetes (Silva, Ribeiro & Cardoso, 2006).

Abubakari et al. (2013) mencionam que, além da educação em saúde, os profissionais podem desenvolver nos pacientes habilidades de resolução de problemas, planejamento e tomada de decisões que contribuirão para melhorar os comportamentos de adesão. O estudo de Salvador (2012) apresentou um nível significativo de adesão (60%), justificado pela existência de uma equipe multidisciplinar que acompanhava os pacientes e familiares. Para que o paciente desenvolva habilidades de autogestão da diabetes é necessário a educação em saúde e o fornecimento do conhecimento sobre a doença, que é feito em grande parte pela equipe de saúde.

- **Atividades de Autocuidado na Diabetes**

Considerando os resultados apontados para as Atividades de Autocuidado com a Diabetes, é possível constatar que os cuidados com a monitorização da glicemia, com a toma de medicamentos e os cuidados com os pés, são considerados satisfatórios, pois os participantes mencionam adotar tais precauções em média cinco dias por semana, mesmo que o ideal fosse fazer a medicação todos os dias, sendo esperado que os diabéticos sigam as orientações dos profissionais de saúde.

No que concerne ao cuidado com os pés, as mulheres demonstram ser mais preocupadas com essa prática do que os homens. Ambos os sexos responderam lavar e secar os pés com frequência, assim como examiná-los, com uma média de seis dias por semana ( $M=6.19$ ). Importante mencionar que os participantes deste estudo dispõem de consulta específica para os cuidados com os pés no Centro de Saúde da Covilhã, o que poderá ter influenciado de forma positiva a adoção deste cuidado nestes doentes.

Estudos apresentam que pelo menos 15% de pacientes com diabetes irão desenvolver uma lesão no pé, e quanto maior o tempo de diagnóstico de diabetes, maior a probabilidade de desenvolver neuropatia diabética e úlceras nos pés. Outras investigações afirmam que 85% de problemas resultantes do pé diabético são possíveis prevenir quando realizado cuidados especializados (Rocha, Zanetti & Santos, 2009).

É preciso o reconhecimento e comportamentos voltados para a prevenção de complicações. Rocha et al. (2009) destacam que alguns pacientes sabem da importância dos

cuidados adequados com os pés, mas não cumprem com os comportamentos de autocuidado. Os autores sugerem a intensificação de atividades educativas como estratégia de autocuidado para o pé diabético.

No nosso estudo 53% dos participantes mencionaram que a diabetes não lhes traz consequências econômicas, todavia, quase a outra metade dos participantes (41%) afirmou haver implicações, e estes consideraram ter de comprar a medicação ou instrumentos (fitas e aparelho) para a medição da glicemia, como um obstáculo. Quanto a tomar a medicação regularmente, Salvador (2012) constatou que o custo econômico referente aos medicamentos, não foi impedimento para o cumprimento desta orientação, mas sim o esquecimento dos pacientes em tomar a medicação. No estudo realizado por Faria et al. (2014) a adesão ao tratamento medicamentoso foi superior a 60%, o que os autores consideram resultado da política de distribuição de medicamentos gratuita pela rede de saúde, assegurando, assim, a acessibilidade a este recurso.

Com uma frequência um pouco menor, mas também satisfatória, os participantes mostraram cuidados com a alimentação geral em pelo menos quatro dias por semana, e também com a alimentação específica. As mulheres apresentam um pouco mais cuidado com este tipo de alimentação, ingerindo menos carne vermelha, pão, arroz, batata, massa, feijão, doces, açúcar. Sousa (2003) confirmam que os homens têm mais dificuldades no regime alimentar.

Porém, a investigação de Peres, Franco e Santos (2006) apresenta a dificuldade das mulheres diabéticas diante da dieta prescrita, no que tange a perda do prazer em comer e beber, da autonomia e da liberdade para se alimentar. Para as participantes, a imposição de uma dieta causava-lhes aversão, e durante o estudos elas apontaram como maior dificuldade a falta de sintomas, ter que manipular os alimentos durante a preparação dos mesmos e não poder ingeri-los, e a falta da ingestão de alimentos doces, que eram muito desejados.

Faria et al. (2014) consideram o plano alimentar como o maior desafio para as equipes que trabalham com pacientes diabéticos, obtendo apenas 3,1% de adesão ao plano alimentar em um estudo realizado no Brasil, com 423 pacientes com diabetes do tipo 2.

Relativamente à influência da idade no autocuidado, Sousa (2003) verificou que os pacientes mais idosos (66 a 75 anos) aderem mais à dieta prescrita. Albuquerque, Correia e Ferreira (2015) destacam também que a adesão ao tratamento pode ser maior em pacientes mais velhos, quando comparados aos grupos mais jovens, ou seja, quanto maior a idade maior será a adesão ao tratamento.

Faria e Bellato (2009) chamam a atenção para o que é relevante para os pacientes diabéticos nas suas vidas, pois apontam que os pacientes não associam o cuidado com a alimentação, como parte do tratamento da diabetes. As autoras ressaltam que a imposição dos hábitos alimentares não parece ser uma prática ajustada entre os profissionais de saúde e os pacientes, mas sim imposta, o que causa sofrimento aos pacientes, sendo necessário considerar que viver com a diabetes mellitus requer mudança no cotidiano e nos valores dos

indivíduos, por isso a importância de que as restrições alimentares sejam compreendidas por eles.

Encontramos uma correlação entre a alimentação geral e a monitorização da glicemia, e ainda entre a monitorização com a dimensão medicamentos, revelando que pacientes com um bom controle glicêmico estão mais envolvidos no cuidado com a sua alimentação e no cumprimento da toma dos medicamentos.

Na amostra deste estudo não há uma percentagem elevada da compreensão das consequências que a diabetes provoca, pois apenas 54% dos pacientes entendem que a diabetes gera algum tipo de consequência, enquanto a outra metade não, isso pode estar a influenciar na média de dias que os participantes responderam se preocupar com a alimentação em geral (uma média de 4 dias por semana), pois o esperado era que os pacientes diabéticos cuidassem da sua alimentação todos os dias da semana.

Searle, Norman, Thompson & Vedhara (2007) verificaram que um pobre controle glicêmico estava associado a crenças de que a diabetes tem um impacto mais grave na vida dos pacientes (com resultados elevados na dimensão Consequências).

Quando se analisou a correlação das Atividades de Autocuidado com a Diabetes com a Percepção da Doença, obteve-se uma relação positiva entre as dimensões Alimentação geral e Consequências e entre Alimentação específica e Consequências, o que prediz que quando os indivíduos compreendem o impacto que as consequências da diabetes trazem para a sua vida, passam a cuidar mais da alimentação em geral e comer menos alimentos desaconselhados.

A atividade física é a dimensão da escala de Atividades de Autocuidados com a Diabetes com a média mais desfavorável neste estudo. Sousa (2003) referiu que uma pobre compreensão da doença pode estar associada com uma menor adesão à prática de atividade física. Albuquerque, Correia e Ferreira (2015) em investigação com pacientes diabéticos verificaram que a atividade física era a menos praticada, com uma média de um dia por semana e que 53% dos participantes não reconhecem o exercício físico como tratamento.

Alguns estudos expõem que as maiores dificuldades frente às atividades de autocuidado estão relacionadas à dieta e ao exercício físico, pois demandam mudanças no estilo de vida (Sousa, 2003; Villas Boas et al., 2011). A prática de exercícios físicos regularmente é mencionada na literatura como imprescindível no tratamento da diabetes, junto de programas nutricionais, para reduzir complicações da doença, e para contribuir para a qualidade de vida dos pacientes (Costa et al., 2011).

Costa, Balga, Alfenas e Cotta (2011) alertam que segundo a Organização Pan Americana da Saúde a prática de exercício físico e cuidados para uma alimentação mais saudável não pode ser considerado uma dificuldade individual, mas sim um problema social, que necessita de estratégias específicas para a população, levando em consideração aspectos culturais existentes. Essas ações estariam voltadas para a mudança no pensamento das pessoas daquela comunidade, envolvendo os indivíduos na promoção da saúde, que eles consigam tomar decisões ante os problemas, ou seja, propor o empoderamento da população, envolvendo além das pessoas, governo, instituições públicas e privadas (Costa et al., 2011).

A falta de atividade física pode ser associada com o alto índice de massa corporal nos pacientes do estudo, uma vez que foi constatado excesso de peso em grande parte dos participantes, ou seja, é necessário a prática de exercício físico para auxiliar no controle do peso, mas os pacientes não têm aderido a esta orientação. Segundo Villas Boas et al. (2011) o exercício reduz a resistência hepática e muscular à insulina e aumenta a capacitação de glicose, podendo ainda reduzir significativamente o risco de problemas cardiovasculares.

Entretanto, por se tratar de uma população com adultos mais velhos, faz-se importante verificar se a falta de atividade física é decorrente de limitações físicas ou se os doentes acreditam não ser necessário cumprir a recomendação de praticar exercícios. No estudo de Sousa (2003) os participantes, principalmente do sexo feminino, relataram dificuldades com o exercício físico, destacando problemas de mobilização por diversas patologias, como problemas osteoarticulares e insuficiência venosa dos membros inferiores (úlceras venosas, sensação de peso e edemas), que causam dores frequentes. Algumas pessoas também referiram o cansaço, pouca motivação e falta de tempo como outros motivos.

- **Percepção da doença**

As representações da doença adquirem um papel de destaque nos comportamentos de autocuidado, sendo um importante preditor da adesão. Algumas dimensões das representações da doença têm sido mencionadas como estando relacionadas com a qualidade do controle metabólico (Oliveira & Pereira, 2012).

Um mau controle glicêmico pode resultar em mais identificações de sintomas, maior percepção das consequências, maior representação emocional e sentimentos reduzidos de controle pessoal, uma vez que, qualquer uma dessas dimensões afetam o controle glicêmico (Searle, 2007).

Os participantes do nosso estudo mencionam que os sintomas não os confundem e que compreendem a diabetes, tendo uma ideia clara sobre a doença, todavia, os resultados apresentam uma fraca identificação da natureza da doença e dos sintomas, e de forma geral uma compreensão mais empobrecida da diabetes. Pontuações mais altas na dimensão identidade revelam a atribuição de mais sintomas da diabetes (Searle, Norman, Thompson & Vedhara, 2007). Se estes pacientes identificassem mais os seus sintomas, tinham uma maior clareza do impacto da doença sobre a qualidade de vida e provavelmente maior seria a sua reação emocional (medo, raiva, angústia). Broadbent, Petrie, Main e Weiman (2006, cit in Oliveira & Pereira, 2012), relatam que indivíduos com baixa percepção de identidade da doença apresentam um pobre controle metabólico.

Figueiras (2006) refere que os sintomas podem aumentar o nível de preocupação sobre o tratamento, o que interfere também nas consequências, ou seja, a percepção dos sintomas pode influenciar a percepção das consequências da doença e, por conseguinte, a percepção sobre a necessidade do tratamento. A forma como o doente percebe e interpreta os seus sintomas é determinante para a adesão, pois irá influenciar na motivação, e consequentemente, nos comportamentos do paciente (Patrão, 2011; Silva, 2010).

Os indivíduos lidam com a sua doença através do processamento das diferentes formas de informação (Ogden, 2004). A necessidade do tratamento é percebida de acordo com a representação individual sobre a doença (Figueiras, 2006). A crença que o paciente tem sobre a sua doença, e sobretudo, sobre a gravidade da doença é o que influencia as crenças do tratamento em geral e as crenças diante à medicação (Horne, 2006, cit in Pereira, Pedras & Machado, 2013). A adesão é superior quando o doente vê a sua doença como sendo grave (Silva, 2010).

Todavia, os participantes deste estudo não percebem a gravidade das consequências que a diabetes provoca, pois mesmo havendo uma grande percentagem de doentes que acreditam que a diabetes é uma doença grave, 25% ainda não tem essa percepção, por outro lado, metade dos participantes considera que a diabetes não tem consequências nas suas vidas. Patrão (2011) alerta para o modo como cada paciente encara a sua doença, pois uns decidem ignorar a gravidade da doença, descuidando do seu tratamento, outros tornam-se agressivos e não colaborativos, e ainda podem tornar-se depressivos.

Os pacientes diabéticos acompanhados tanto no Hospital como no Centro de Saúde conseguem assimilar a cronicidade da sua doença, sendo que 95% compreendem que a diabetes é uma doença que vai durar para sempre, havendo porém uma representação da diabetes como episódica. Barnes, Moss-Morris e Kaufusi (2004, cit in Oliveira & Pereira, 2012) alegam que a percepção de duração da doença é um fator importante para a adesão, pois os doentes que percebem a diabetes como sendo uma doença de curta duração apresentam menor adesão à dieta e à medicação. Sousa (2003) descreve que a percepção da diabetes como uma doença crónica associa-se a maiores cuidados em relação à dieta alimentar. Segundo Searle et al. (2007) um paciente que acredita que a diabetes é uma doença cíclica e imprevisível pode ter pouca motivação para reduzir os seus níveis de açúcar e manter um bom controle metabólico.

Relativo a representação emocional dos pacientes, encontramos um baixo nível de emoções negativas, com grande parte dos pacientes, pouco mais de 70%, a reprimir que não ficam deprimidos, zangados ou perturbados quando pensam na diabetes, embora admitam que a doença lhes causa de alguma forma preocupação.

No caso das doenças crónicas, Figueiras (2006) verificou que maus resultados na adesão ao tratamento nos doentes estavam associados com crenças negativas sobre o controle pessoal e o tratamento, assim como uma representação emocional mais negativa.

Neste estudo, os pacientes diabéticos revelam um bom nível de controle pessoal face à doença. A grande maioria (85%) considera que existe muita coisa que pode ser feito para controlar os seus sintomas e 90% assumem que o que fazem pode melhorar ou piorar a doença, revelando uma boa percepção de controle interno. Este resultado pode estar associado ao fato de a quase totalidade dos participantes lidarem com a doença há muitos anos, uma vez que a literatura indica que ao longo do tempo ocorre uma diminuição de atitudes de negação e uma aceitação progressiva da doença, o que resulta em uma maior adesão ao autocuidado (Silva et al., 2006).

Searle et al. (2007) apresentam o resultado de um estudo que revela que as crenças no controle pessoal estavam associadas a melhor dieta e exercício. Ao contrário dos resultados apresentados, Sousa (2003) verificou no seu estudo que quanto maior era a percepção do controle pessoal, menor era a adesão às recomendações sobre a dieta alimentar, e menos a adesão à medicação.

Além do bom nível do controle pessoal, os pacientes também demonstram uma compreensão satisfatória em relação ao controle pelo tratamento, pois afirmam que a diabetes pode ser controlada pelo tratamento, assim como pode prevenir ou evitar efeitos negativos da doença. Também Searle et al. (2007) mencionam que os participantes no seu estudo tiveram fortes crenças na dimensão do tratamento para controlar sua condição, resultado que atribuíram a menos sintomas de sua diabetes (resultados baixos na dimensão identidade).

Um fator que pode influenciar na adesão é o conhecimento que os pacientes têm sobre a sua doença e o tratamento, ou seja, quando mais conhecimento sobre a diabetes, melhor será a adesão (Albuquerque, Correia & Ferreira, 2015). Faria et al. (2014) consideram que a aceitabilidade do tratamento, em especial o medicamentoso, e a crença no efeito deste, estão relacionadas com resultados elevados na adesão ao tratamento.

- **Sintomatologia depressiva e de ansiedade**

Os resultados deste estudo não vão de encontro com a maioria das investigações sobre diabetes e os aspectos psicológicos, pois grande parte da amostra (mais de 75%) não apresentou sintomatologia grave depressiva ou de ansiedade, havendo 11% dos participantes com resultados para um diagnóstico de ansiedade leve, 10% para ansiedade considerada moderada e apenas 2,5% apresentando níveis mais graves, assim como, 9% de pacientes avaliados com sintomatologia leve de depressão, 11,5% com níveis moderados para a depressão, e 1,2% considerados graves.

Alguns autores mencionam como fatores relacionados com a sintomatologia de ansiedade e de depressão em pacientes diabéticos, ter mais de 65 anos de idade, serem mulheres, não ser/estar casados, baixa escolaridade e apresentar fraca saúde física ou mental (Egede & Zheng, 2002; Katon et al., 2004). Amorim (2009) alerta que essas condições usualmente ocorrem concomitantemente e podem afetar-se uma à outra, sendo a associação destes fatores com a sintomatologia de ansiedade e depressão um aspecto bidirecional.

Em 2014, uma investigação realizada também em Portugal, com 90 pacientes com diabetes do tipo 2 com uma média de idade de 56 anos, revelou maior prevalência de sintomas de ansiedade do que de depressão (35,6% da amostra apresentou sintomas de ansiedade e 6,7% sintomas de depressão), todavia, os resultados foram considerados dentro da avaliação "normal", não demonstrando quadros graves e/ou severos (Costa, Campos & Costa, 2014).

Num estudo de Lin et al. (2004) a depressão esteve presente em 12% dos participantes, sendo mais prevalente nas participantes do sexo feminino. Os autores

mencionam que pacientes com depressão são poucos assíduos nas atividades de autocuidado com a diabetes, ou seja, é perceptível a falta de adesão nos tratamentos propostos. Os autores obtiveram três áreas de fraca adesão: falta de atividade física, não adesão aos medicamentos orais, e a inadequação da monitorização da glicemia.

Os resultados da nossa pesquisa não encontram correlação entre depressão e/ou ansiedade e a monitorização da glicemia, mas há uma relação negativa para a atividade física e o cuidado com os pés. Percebeu-se também que os níveis emocionais foram mais altos nas mulheres, concordando com os resultados de Lin et al. (2004).

No estudo realizado por Paschalides et al. (2004) os resultados indicaram que a pontuação para os níveis de ansiedade e depressão foram significativamente relacionados com as dimensões Identidade, Consequências, Controle e Duração, mas também não houve relação com o controle glicêmico. Os autores sugerem, ainda, que a depressão pode interferir nas representações pessoais frente à doença, que por sua vez, podem prejudicar o funcionamento físico do paciente.

É importante que os profissionais de saúde consigam identificar se as variáveis psicológicas estão interferindo no cumprimento do plano terapêutico, como por exemplo, se o estado de ânimo estaria influenciando o controle ou a estabilidade da glicemia, ou mesmo o estado de ansiedade (Peralta, 2003; Amorim, 2009), podendo assim realizar o encaminhamento para profissionais especializados (psiquiatras e/ou psicólogos), para intervenções mais eficazes.

## Limitações

Após a discussão dos resultados, consideramos pertinente apontar algumas limitações deste estudo, como o número reduzido de participantes, face à população total, os doentes com diagnóstico de diabetes acompanhados no Centro de Saúde da Covilhã e na consulta de Diabetologia do Centro Hospitalar Cova da Beira. Esta limitação, associada ao fato de a recolha de dados ter sido limitada ao concelho da Covilhã, coloca alguns entraves à generalização dos resultados da investigação. Além do curto espaço de tempo para a recolha da amostra.

Outro ponto a ser mencionado é a idade dos pacientes acompanhados, pois não são poucos os diabéticos que comparecem às consultas, todavia, uma grande parte tem idade elevada e dificuldade no entendimento das perguntas que lhes eram feitas, outros já estavam um tanto debilitados e tinham cuidadores, fungindo dos critérios de inclusão, uma vez que um dos objetivos era avaliar as atividades de autocuidado.

Outro fator a ser apontado está associado à baixa escolaridade dos participantes, embora se tratassem de instrumentos autoadministrados, a grande maioria dos participantes necessitou do auxílio da investigadora para o preenchimento dos mesmos, fazendo com que houvesse uma exigência maior de tempo, e o que potencializa também o risco de um maior viés nas respostas.

Ao final, também se percebeu a importância de realizar um estudo longitudinal, para acompanhar melhor os pacientes, principalmente na investigação da sintomatologia depressiva e de ansiedade, e na compreensão do processo de adaptação à autogestão da doença.



## Conclusão

Inicialmente pretendeu-se investigar a relação entre as representações da doença e a adesão ao autocuidado, de acordo com o modelo de autorregulação de Leventhal, bem como verificar as características sociodemográficas e clínicas dos participantes, investigar a adesão dos diabéticos quanto às atividades de autocuidado, compreender as crenças referente à diabetes e analisar o estado emocional dos participantes.

Existiram alguns motivos para iniciar este estudo, mas principalmente a intenção de explorar como as pessoas agem quando se trata de uma doença crónica que exige um ajustamento comportamental, social e emocional. Segundo Brannon e Feist (2001) há uma dificuldade em analisar como se deve tratar uma doença que não tem sintomas e que muitas vezes não incomoda o paciente, como a diabetes.

Conforme Xavier et al. (2009) é difícil haver um único direcionamento na maneira de viver com a diabetes, os autores explicam que é um processo que vai sendo construído, junto com as outras aprendizagens do quotidiano, com as suas múltiplas possibilidades e impossibilidades, mas que tem sempre o objetivo de buscar a qualidade de vida.

Percebeu-se que grande parte das investigações tentam identificar os fatores associados ao controle glicêmico, como o grande objetivo do tratamento nos pacientes diabéticos. Quando o controle é mau, os profissionais de saúde passam a ter um desafio junto com os pacientes. Neste estudo, verificámos que 72,7% dos pacientes apresentavam valores de mau controle glicêmico, apesar de serem seguidos numa consulta específica de diabetes. Assim como, um alto índice de massa corporal, indicando pré obesidade e obesidade em grande parte dos pacientes.

Em contrapartida, outros resultados positivos foram obtidos em relação à monitorização da glicemia, toma de medicamentos e cuidados com os pés, pois os participantes cuidam dessas atividades em média cinco dias por semana. Também cuidam da alimentação em geral em média quatro vezes por semana. Faz-se importante mencionar que uma parte dos participantes era seguida numa consulta específica de diabetologia no Hospital e que os restantes pacientes tinham uma consulta especializada para os cuidados com os pés no Centro de Saúde, o que nos leva a compreender o bom nível de cuidado com essa atividade.

Em alguns pacientes a diabetes não apresenta sintomatologia específica, podendo ser assintomática durante anos, sendo por vezes o seu diagnóstico feito ocasionalmente em análises clínicas ou quando surgem complicações (ADA, 2002), o que pode justificar baixos resultados na dimensão identidade. Além da fraca identificação dos sintomas, os participantes deste estudo apresentam uma compreensão empobrecida sobre a diabetes, e que se mostrou associada a um menor cuidado com a monitorização da glicemia. Só tendo percepção da doença como sendo diabetes e um conhecimento dos seus sintomas, é que os

pacientes interiorizam a necessidade de monitorizar regularmente os níveis de açúcar no sangue.

Os profissionais de saúde voltam-se para a monitorização e o controle glicêmico em busca de prevenir ou retardar as complicações da diabetes. Entretanto, para os pacientes, devido à pouca informação ou desconhecimento, e por falta de sinais e sintomas, poucos visíveis inicialmente, suas preocupações estão ligadas a impedimentos práticos que a diabetes provoca no seu dia a dia (Barsaglini, 2008; Faria & Bellato, 2009).

Encontramos também uma associação positiva entre o tempo de diagnóstico e a monitorização da glicemia e a toma de medicação prescrita pelos profissionais de saúde, o que parece traduzir uma evolução no cuidado com a diabetes ao longo do tempo.

Os diabéticos deste estudo assimilam a doença como crónica, consideram a diabetes como uma doença grave, e assumem que a doença lhes causa preocupação, mas não conseguem perceber a gravidade das consequências que a diabetes provoca quando não cumprem o tratamento adequado. Este resultado é o mais preocupante porque uma baixa percepção das consequências da doença mostrou estar associada com um maior número de transgressões ao nível da alimentação. Por outro lado, quanto menos os pacientes compreendem a doença, mais têm a percepção de imprevisibilidade, ou seja, se houvesse mais compreensão sobre a diabetes, menor seria o impacto emocional e mais reconheceriam a efetividade do tratamento.

Estes resultados demonstram que os pacientes, ao enfrentar a doença têm de adquirir conhecimentos e habilidades para gerir a sua doença a cada dia, seus sintomas, suas limitações, aumentando, assim, a adesão para alcançar um bom controle metabólico (Albuquerque, Correia & Ferreira, 2015). Leal (2006) alega que a representação cognitiva que o paciente faz dos sintomas, das causas da diabetes, da duração e das consequências da doença, do seu tratamento e da possibilidade de controle, mostra ser imprescindível para a compreensão da adesão aos cuidados com a diabetes, o que podemos confirmar no nosso estudo.

Concernente à investigação do estado emocional dos pacientes neste estudo, constatou-se pouca sintomatologia depressiva e de ansiedade, com níveis que não são considerados severos, porém é preciso uma constante avaliação desses pacientes. Silva (2010) alerta que a compreensão mais aprofundada da relação entre a depressão e ansiedade e as complicações crónicas terá necessariamente de passar pelo desenvolvimento de estudos longitudinais, em que seja analisada essa relação do ponto de vista temporal.

Concordamos com Oliveira e Pereira (2012) quando alegam que os pacientes ao serem diagnosticados com diabetes devem ser logo no início alvo de intervenções que incluam as representações da doença, permitindo assim que construam representações mais adaptativas acerca da diabetes, proporcionando uma boa gestão da sua doença.

Paúl e Fonseca (2001) destacam que “viver com uma doença crónica implica necessariamente uma tentativa de reconstrução da vida própria, envolvendo estratégias específicas para lidar com os sintomas, com as consequências percebidas da doença e com o

ajustamento à doença no âmbito das relações sociais” (p.102). Lin et al (2004) afirmam a necessidade de intervenções de suporte (apoio) para sustentar as modificações do estilo de vida, especialmente em pacientes com sintomas depressivos.

Também acreditamos ser importante a participação do psicólogo e outros profissionais junto da equipe que acompanha os pacientes com diabetes, tais como médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social. Reconhecemos a importância desse acompanhamento em busca de melhor qualidade de vida com uma educação multidisciplinar (Grillo & Gorini, 2007).

O que se espera é que os pacientes tenham mais educação, esclarecimentos acerca dos sintomas para que consigam identificá-los, das consequências da doença, das complicações que a diabetes pode causar ao longo da vida, minimizando problemas futuros, um maior esclarecimento sobre o tratamento, ter a certeza que o paciente compreende a importância de seguir os comportamentos adequados, para que se obtenha uma maior adesão. Além do acompanhamento constante destes pacientes para ajudá-los na mudança do estilo de vida, compreendendo as suas limitações e buscando novas formas de inserir o tratamento para àquela realidade específica.

A adaptação à doença é muito difícil, e muitas vezes gera falta de motivação no paciente, associada ao desconhecimento em relação às complicações da diabetes, que é perceptível na dificuldade nas mudanças do estilo de vida, mas podem ocorrer frente a uma estimulação constante ao longo do tratamento e não apenas na primeira consulta (Grillo & Gorini, 2007).

Faz-se importante também um acompanhamento junto das famílias dos pacientes com diabéticos, para que auxiliem na administração do tratamento, colaborem e consigam dar o suporte adequado. Costa et al., (2011) lembram que o apoio dos familiares e amigos é primordial para a conscientização das mudanças necessárias ao tratamento.

Parece-nos que ficou clara a importância do estudo da representação da doença por parte dos doentes com diabetes, como meio para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes, e/ou facilitar a construção de intervenções psicoeducativas que facilitem a adaptação destes doentes ao processo de autogestão da diabetes e à vivência da sua doença.



## Referências Bibliográficas

Abubakari, A., Jones, M., Lauder, W., Kirk, A., Anderson, J., Devendra, D. & Naderali, E. (2013). Ethnic differences and socio demographic predictors of illness perceptions, self management, and metabolic control of type 2 diabetes. *International Journal of General Medicine*, 6, 617-628.

Albuquerque, C., Correia, C. & Ferreira, M. (2015). Adherence to the therapeutic regime in person with type 2 diabetes. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 171, 350-358.

Almeida, J. P. C. (2003). *Impacto dos fatores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controle metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1* (Tese de Doutorado em Psicologia Clínica). Universidade do Minho, Braga.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. (Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5ª edição). Porto Alegre: Artmed.

Amorim, M. I. S. P. L. (2009). Para lá dos números... Aspectos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes mellitus tipo 2. (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Amorim, I. L. & Coelho, R. (2008). Diabetes Mellitus tipo 2 e sintomas psicopatológicos. *Psicologia, Saúde e Doença*, 9(2), 319-333.

Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001) The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta analysis. *Diabetes Care*, 24, 1069-1078.

António, P. (2010). A Psicologia e a doença crónica: intervenção em grupo na Diabetes Mellitus. *Psicologia, Saúde & Doença*, 11(1), 15-27.

Apóstolo, J. L. A., Viveiros, C. S. C., Nunes, H. I. R. & Domingues, H. R. F. (2007). Incertezas na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15(4), 59-67.

Ataíde, M. & Damasceno, M. (2006). Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. *Revista de Enfermagem UERJ*, 14(4), 518-523.

Baquedano, I. R., Santos, M. A., Martins, T. A. & Zanetti, M. L. (2010). Autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em serviço de urgência no México. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 18(6), [09 telas].

Barsaglini, R. A. (2008). Análise socioantropológica da vivência do diabetes: um estudo de caso. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(26), 563-577.

Bastos, F., Severo, M. & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da Escala de Autocuidado com a Diabetes traduzida e adaptada. *Acta Medica Portuguesa*, 20, 11-20.

Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Thomson Editores Spain.

Broadbent, E., Donkin, L., & Stroh, J. C. (2011). Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes care*, 34(2), 338-340.

Calil, H. & Guerra, A. (2004). Depressão, uma doença mental? *Ciência Hoje*, 34(201), 28-33.

Canale, A. & Furlan, M. (2006). Depressão. *Arquivo Mundi*, 10(2), 23-31.

Canaway, R., MScheth & Manderson, L. (2013). Quality of life, perceptions of health and illness and complementary therapy use among people with type 2 diabetes and cardiovascular disease. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(11), 882-890.

Chacra, A.R.; Filho, F.; Oliveira, J. E.; Guimarães, V.; Andriolo, A.; Martins, A. R.; Mendes, M. E.; Melo, M.; Sumita, N. M. & Netto, A. P. (2003). A importância da hemoglobina glicada para a avaliação do controle glicêmico em pacientes diabéticos: aspectos clínicos e laborais. *Diabetes Clínica*, 7(4), 291-300.

Chafey, M. I. J. & Dávila, M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 126-143.

Clavijo, M., Carvalho, J., Rios, M. & Oliveira, I. R. (2006). Transtornos psiquiátricos em pacientes diabéticos tipo 2 em distrito docente assistencial de Rio Branco - Acre. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 64(3-B), 807-813.

Correia, A. C. R. (2010). *Coping e autoeficácia em pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Costa, E. G., Campos, R. P. & Costa, E. C. (2014). Relationship between socio-demographic, clinical and psychosocial variables in patients with type 2 diabetes. *Análise Psicológica*, 1 (XXXII), 63-77.

Costa, J. A., Balga, R. S. M., Alfenas, R. C. G. & Cotta, R. M. M. (2011). Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 2001-2009.

Curcio, R., Lima, M. H. M., Gallani, M. C. B. J. & Colombo, R. C. R. (2008). *Adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida de pacientes diabéticos atendidos em atenção terciária* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

Delamater, A. M. (2006). Improving Patient Adherence. *Clinical Diabetes*, 24(2), 71-77.

DeVallis, R. F. (1991). *Scale Development: theory and applications* (26). Newbury Park: Sage.

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A & Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica. *Revisão da Literatura Millenium*, 40, 201-219.

Duarte, R. (coord.) (2002). *Diabetologia Clínica* (3ª edição). Lisboa: Editora Lidel.

Egede, L. & Zheng, D. (2002). Modifiable cardiovascular risk factors in adults with diabetes. *Archives of Internal Medicine*, 162(4), 427-473.

Fabela, S. (2002). Contributos neuropsicológicos para a intervenção psicológica nas perturbações de humor. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0322.pdf>

Faria, A. P. S. & Bellato, R. (2009). A vida cotidiana de quem vivencia a condição crónica da diabetes mellitus. *Revista Escola de Enfermagem, USP*, 43(4), 752-759.

Faria, H., Santos, M., Arrelias, C., Rodrigues, F., Gonela, J., Teixeira, C. & Zanetti, M. (2014). Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em Unidade da Estratégia em Saúde da Família. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 257-263.

Franco, A. J. A., Heleno, M. G. V. & Lopes, A. P. (2013). Qualidade de vida e controle glicêmico do paciente portador de Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(2), 102-108.

Ferreira, P. L. & Lopes, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 15-30.

Freitas, M. C. & Mendes, M. M. R. (2007). Condição Crónica: Análise do conceito no contexto da saúde do adulto. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15(4), 1-8.

Figueiras, M. J. (2006) Psicologia da Doença vs Psicologia da Saúde: a relevância dos modelos de senso comum. In: I. Leal (coord.). *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 99-116). Coimbra: Quarteto.

Gazzinelli, M., Gazzinelli, A. & Penna, C. (2005). Conhecimento, representações sociais e experiências da doença. *Caderno de Saúde Pública*, 21(1), 200-206.

Grevet, E., Cordioli, A. & Fleck, M. (2005). Depressão maior e distímia: diretrizes e algoritmo para o tratamento farmacológico. In *Psicofármacos*. Porto Alegre: Artmed.

Grillo, M. F. F. & Gorini, M. I. P. C. (2007). Caracterização das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(1), 49-54.

Gross, C. C. (2004). *Versão Brasileira da Escala PAID (Problem Areas in Diabetes): Avaliação do impacto da Diabetes na qualidade de vida* (Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Harvey, J. N. & Lawson, V. L. (2009). The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabetic Medicine*, 26, 5-13.

Hasan, S., Mamun, A., Clavarino, A. & Kairuz, T. (2015). Incidence and Risk of Depression Associated with Diabetes in Adults: Evidence from Longitudinal Studies. *Community Ment Health J*, 51, 204-210.

International Diabetes Federation (2013). *Diabetes Atlas*. <http://www.idf.org/diabetesatlas>.

Jesus, S. N. (2006). Bem estar em Psicologia da Saúde. In: Leal, I. (coord.) *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 81-98). Coimbra: Editora Quarteto.

Kaplan, H., Sadock, B. & Grebb, J. (2003). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (7ª edição). Porto Alegre: Artmed.

Katon, W., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Russo, J., Lin, E., Simon, G., Walker, E., Bush, T. & Young, B. (2004). Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes care*, 27(4), 914-920.

Leal, I. (coord.) (2006). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Editora Quarteto.

Lima, R. & Migott, A. (2003). Dinâmica familiar e depressão. *Boletim de saúde*, 17(2), 61-66.

Lin, E. H., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G. E., Oliver, M., Ciechanowski, P., Ludman, E., Bush, T. & Young, B. (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes care*, 27(9), 2154-2160.

Maldaner, C.R., Beuter, M., Brondani, C.M., Budó, M.L.D. & Pauletto, M.R. (2008). Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(4), 647-53.

Malta, J. I. R. F. (2011). *Diabetes: percepção da doença e autocuidado* (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Mann, D., Ponieman, D., Leventhal, H., & Halm, E. (2009). Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 278-284.

Mantovani, M. F., Mendes, F. R., Ulbrich, E. M., Bandeira, J. M., Fusuna, F. & Gaio, D. M. (2011). As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(4), 662-668.

Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5ª edição). Pero Pinheiro: Report Number.

Marques, L. A. S. (2012). *Qualidade de vida e ajustamento psicossocial de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 submetidos ao transplante de células-troco hematopoéticas: um estudo de acompanhamento* (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto/SP.

Matos, M. G. (2006). Convergência da Psicologia da Saúde e da Saúde Pública. In: Leal, I. *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp.131-143). Coimbra: Quarteto.

Meneses, R. F. & Ribeiro, J. P. (2000). Como ser saudável com uma doença crónica: algumas palavras orientadoras de ação. *Análise Psicológica*, 4 (XVIII), 523-528.

Moniz, L. J. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenções*. Porto: Edições ASA.

Moreira, R., Papelbaum, M., Appolinario, J., Matos, A., Coutinho, W., Meirelles, R., Ellinger, V. & Zagurey, L. (2003). Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica*, 47(1), 19-29.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D. & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.

McIntyre, M. T., Pereira, G., Soares, V., Gouveis, J., & Silva, S. (1999). *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS). Versão Portuguesa de investigação*. Universidade do Minho, Departamento de Psicologia.

Neto, A. (2004). *Psicologicamente diabetes*. Retirado de [www.hmirandela.min-saude.pt](http://www.hmirandela.min-saude.pt)

Observatório Nacional da Diabetes (2014). *Diabetes: Factos e Números 2014 - Relatório anual do observatório nacional da diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Oliveira, S. G. & Marques, I. R. (2011). Sentimentos do paciente portador de Doença Renal Crônica sobre a autoimagem. *Revista de Enfermagem UNISA*, 12(1), 38-42.

Oliveira, D. & Pereira, M. G. (2012). Representações da doença, ajustamento conjugal e adesão aos autocuidados e controle metabólico em diabéticos tipo 2. *Revista Interamericana de Psicologia*, 46(3), 357-364.

Organização Mundial da Saúde (2010). CID - 10. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Disponível em: [www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10](http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10).

Organização Mundial da Saúde (2003). *Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: Componentes Estruturais de Ação*. Relatório Mundial. Brasília/DF.

- Pace, A. E., Ochoa-Vigo, K., Caliri, M. H. L. & Fernandes, A. P. M. (2006). O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 14(5).
- Paschalides, C., Wearden, A., Dunkerley, R., Bundy, C., Davies, R. & Dickens, C. (2004). The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 557-564.
- Peralta, G., & Figuerola, D. (2003). Aspectos psicosociales de la diabetes. *Endocrinología y Nutrición*, 50(7), 280-285.
- Pereira, E., Menegatti, C., Percegon, L., Aita, C. A. & Riella, M. C. (2007). Aspectos psicológicos de pacientes diabéticos candidatos ao transplante de ilhotas pancreáticas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(1), 62-71.
- Pereira, A. S. (2006). Stress e Doença: contributos da Psicologia da Saúde na última década. In: Leal, I. (coord.). *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 145-167). Coimbra: Quarteto.
- Pereira, M. G., Pedras, S. & Machado, J. C. (2013). Validação do Questionário de Crenças acerca da Medicação em Pacientes Diabéticos Tipo 2. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(2), 229-236.
- Peres, D. S., Franco, L.J. & Santos, M. A. (2006). Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 310-317.
- Peyrot, M. (2003). Depression: a quiet killer by any name. *Diabetes Care*, 26(1), 2952-2953.
- Ramos, L. & Ferreira, E. A. P. (2011). Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adulto com diabetes tipo 2. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21(3), 867-877.
- Ribeiro, M. V. (2010). *Suporte social e adesão ao tratamento em indivíduos com diabetes tipo 2* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto. Retirado de <http://hdl.handle.net/10284/1450>
- Rocha, R. M., Zanetti, M. L. & Santos, M. A. (2009). Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 17-23.

Salvador, N. A. A. (2012). *Adesão terapêutica numa população diabética atendida na Unidade de Diabetes do Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco* (Dissertação de Mestrado em Medicina). Universidade da Beira Interior, Covilhã.

Sandoval, R. C. B. & Silva, D. G. V. (2004). Hipoglicemia, para além das manifestações físicas. *Diabetes Clínica*, 8(4), 273-277.

Santos, M. C. (2010). *Vivência parental da doença crónica: estudo sobre a experiência subjetiva da doença em mães de crianças com fibrose quística e com diabetes*. Coleção Caminhos do Conhecimento. Lisboa: Edições Colibri.

Searle, A., Norman, P., Thompson, R. & Vedhara, K. (2007). Illness perceptions and glycaemic control in diabetes: a systematic review with meta analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 63, 175-184.

Secretaria de Atenção à Saúde (2006). *Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos* (16). Brasília: Ministério da Saúde.

Serra, A. V. (2000). A vulnerabilidade ao stresse. *Psiquiatria Clínica*, 21, 457-466.

Silva, I. (2010). *Psicologia da Diabetes* (2ª ed.). Lisboa: Placebo Editora.

Silva, I., Ribeiro, J. P. & Cardoso, H. (2006). A abordagem do empowerment na doença crónica. (pp. 187-201). In: Leal, I. (coord.). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.

Silva, M. J. M. (2003). *Avaliação da qualidade de vida de portadores de Diabetes Mellitus* (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina.

Silva, I. (2002). Questionário de autocuidado na diabetes: contributo para a criação de um instrumento de avaliação da adesão ao tratamento. *Psiquiatria Clínica*, 23(3), 227-237.

Sociedade Brasileira de Diabetes (2007). *Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. Rio de Janeiro: Diagraphic editora.

Sousa, C., & Pereira, M. G. (2008). Morbilidade psicológica e representação da doença em pacientes com esclerose múltipla: estudo de validação da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicologia, Saúde & Doença*, 9(2), 283-298.

- Sousa, M. R. M. G. C. (2003). *Estudos dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabetes tipo 2* (Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde). Universidade do Minho, Braga.
- Sousa, M. R. G., Landeiro, M. J. L., Pires, R. & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, série III, número 4, 151-160.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. & Costa, J. (2002). Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, 8(3), 91-98.
- Thomas, C. V. & Alchieri, J. C. (2005). Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 57-64.
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care*, 23(7), 943-950.
- Torres, R., Fernandes, J. & Cruz, E. (2007). Adesão do portador de diabetes ao tratamento: revisão bibliográfica. *Revista Baiana de Enfermagem*, 23(2), 61-70.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (2000). *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa, Climepsi.
- Villas Boas, L., Foss, M., Freitas, M., Torres, H., Monteiro, L. & Pace, A. (2011). Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto Contexto em Enfermagem*, 20(2), 272-279.
- Xavier, A. T. F., Bittar, D. B. & Ataíde, M. B. C. (2009). Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. *Texto, Contexto em Enfermagem*, 18(1), 124-130.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). *The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness*. *Psychology and Health*, 11, 431-435.



# Anexos

ACES COVA DA BEIRA  
A/C Exm Sr. Diretor Executivo  
Dr. João Henrique Bento

Av. 25 de Abril  
6200-034 Covilhã

Covilhã, 19 de março de 2015

ACES COVA DA BEIRA  
Presidente do Conselho  
Clínico e de Saúde

(Prof. Doutor António José S. Silva)

**Título do Estudo:** PROJETO CRON/PFT2014 - Doença crónica e saúde mental: variáveis psicossociais, familiares e do contexto de trabalho

**Assunto:** Pedido de colaboração para investigação - Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior

Exm. Senhor,

Vimos por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do estudo referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresentamos um resumo dos aspetos mais relevantes:

**Nome do Investigador:** Cláudia Mendes Silva e Paula Carvalho, docentes do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior (alunas do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde: Cláudia António, Muriel Rodrigues, Sara Castro).

**Instituição de Origem:** Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior

**Objetivos:** Esta investigação pretende contribuir para o desenvolvimento de conhecimento científico que suporte a definição de estratégias sustentáveis ao nível da promoção da saúde, prevenção e intervenção na doença crónica, focalizando-se em determinantes de saúde e bem-estar, em diferentes níveis e contextos. O estudo incidirá especificamente sobre a diabetes. Assim, pretende-se recolher dados com base num conjunto de instrumentos de auto-relato junto de doentes com esta condição crónica de saúde, pelo que a colaboração do Centro Hospitalar Cova da Beira seria de vital importância no sentido de aceder a uma amostra de estudo. Anexamos os planos detalhados dos objetivos e metodologia adoptada neste projeto de investigação.

**Metodologia:** A investigação é de natureza não experimental e, tendo em conta os objetivos definidos, será privilegiada, como técnica de recolha de dados, o inquérito por questionário auto-administrado. As variáveis em estudo serão avaliadas através de um conjunto de instrumentos de auto-resposta, cuja utilização foi devidamente autorizada pelos autores. O recrutamento dos participantes será efetuado na consulta de especialidade de Medicina, cumprindo os procedimentos requeridos pela equipa médica. Os dados serão recolhidos por aluno(s) de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da UBI.

**População do Estudo:**

Os participantes serão adultos com diagnóstico de diabetes. O plano de trabalho foi previamente apresentado e discutido com o Dr. Artur Gama, Diretor do Serviço de Medicina, que mostrou todo o interesse e disponibilidade para colaborar.

**Informação de Segurança**

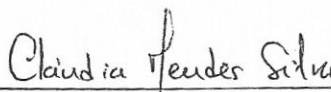
O Investigador notificará espontaneamente todos os acontecimentos adversos.

**Duração prevista do estudo:** de dezembro de 2014 a dezembro de 2015.

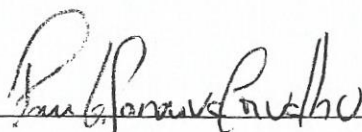
O investigador compromete-se a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias.

Com os melhores cumprimentos,

Os investigadores



(Prof. Doutora Cláudia Mendes Silva)



(Prof. Doutora Paula Carvalho)

Muriel Corrêa Neves Rodrigues, investigador(a) com a habilitação académica mestranda em Psicologia do curso Psicologia Clínica e da Saúde da Instituição Universidade da Beira Interior, declara:

- Respeitar o direito de privacidade no que concerne a dados e factos cujo conhecimento lhe advenham da realização do estudo Diabetes: Percepção da doença e adesão ao tratamento desenvolvido no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE;
- Assumir que todas as informações e documentos a que tenha acesso, são de natureza estritamente confidencial, pelo que não fará uso dessas informações, nem as revelará a terceiros;
- Não oferecer qualquer incentivo aos sujeitos investigados de forma a garantir a integridade da investigação;
- Garantir a confiabilidade, validade e resultados estatísticos da investigação.

Confirma ter conhecimento que:

- O Centro Hospitalar Cova da Beira é proprietário de quaisquer dados, documentos, conhecimento, informação, substâncias ou qualquer outra propriedade intelectual, que seja fornecida ao investigador para utilização no estudo (“propriedade intelectual de origem”);
- O investigador terá direitos de publicação dos resultados do estudo;
- O investigador terá de fazer entrega ao Centro Hospitalar Cova da Beira de um exemplar do trabalho final.

Covilhã, 18 de dezembro de 2014.

O aluno/investigador

O orientador do estudo

Muriel Corrêa Neves



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Psicologia e Educação

## PROJETO CRON/PFT2014

### Doença Crónica e Saúde Mental: Variáveis psicossociais, familiares e do contexto de trabalho

MEMBROS DA EQUIPA: Ana Isabel Cunha, Marta Pereira Alves, Cláudia Mendes Silva e Paula Carvalho  
Docentes do Departamento de Psicologia e Educação | UBI

---

**Objetivos Gerais:** Esta investigação pretende contribuir para o desenvolvimento de conhecimento científico que suporte a definição de estratégias de intervenção na doença, com vista a melhorar a adaptação e bem-estar psicológico do(a)s doentes, focalizando-se em diferentes níveis e contextos.

**Papel dos participantes:** Responder a um conjunto de questionários acerca de diferentes áreas, como vida familiar, variáveis do contexto de trabalho e qualidade de vida.

Os dados fornecidos são absolutamente confidenciais e serão tratados apenas coletivamente, de forma a garantir o anonimato dos participantes. Os questionários não terão nenhum elemento que permita a sua identificação pessoal. Em qualquer momento e por qualquer motivo (inclusive se sentir a sua privacidade invadida) é possível desistir de colaborar neste projeto, sem que por isso seja prejudicado no atendimento clínico que lhe é disponibilizado. O preenchimento dos questionários será efetuado num único momento e terá a duração de cerca de 20 minutos.

**Papel dos investigadores:** Os investigadores deste projeto comprometem-se a: a) Garantir total confidencialidade sobre os dados que forem fornecidos pelos participantes; b) Utilizar os dados fornecidos pelos participantes somente para fins de investigação (os resultados têm unicamente valor coletivo e serão apenas tratados como um todo).

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que li e compreendi a informação sobre a participação neste estudo e que tive oportunidade de colocar questões que me esclareceram sobre todos os procedimentos. Assim, de forma livre e esclarecida, declaro consentir a minha participação, nos termos acima enunciados, respondendo a um conjunto de questionários, sendo que a informação recolhida será anónima, confidencial e tratada coletivamente pela equipa responsável por este projeto de investigação.

Agradecendo a participação e disponibilidade, solicitamos que assine o presente documento.

Nome do participante: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Declaro que informei o participante dos objetivos e propósito do trabalho e respondi a todas as questões e dúvidas apresentadas.

Nome do co-investigador: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



**Por fim, pedimos-lhe que complete os seguintes dados:**

**- Informação geral**

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Sexo:  masculino       feminino
3. Nacionalidade:  portuguesa       outra – qual? \_\_\_\_\_
4. Habilitações literárias:  até ao 4ºano  
 6º ano  
 9º ano  
 12ºano  
 licenciatura  
 mestrado  
 doutoramento
5. Local de residência (concelho): \_\_\_\_\_

**- Informação relativa à situação familiar**

6. Estado civil: solteiro       casado       união de facto       divorciado       viúvo
7. Se escolheu a opção casado ou união de facto, refira há quanto tempo mantém essa relação: \_\_\_\_ano(s)
8. Filhos: sim  (nº \_\_\_\_ idades \_\_\_\_\_)      não
9. Reside sozinho ? sim       não
10. Se respondeu não, que outros elementos fazem parte do agregado familiar?  
Cônjuge/companheiro       Filho(s)       Pais e/ou sogros       Outros  \_\_\_\_\_

**- Informação relativa à situação profissional**

11. Situação profissional:  estudante  
 domestico/a  
 emprego a tempo inteiro (*full-time*)  
 emprego em regime de tempo parcial (*part-time*)  
 desempregado/a – Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 reformado/a – Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 outra situação – Qual? \_\_\_\_\_
12. Qual a sua profissão/ocupação profissional atual ou a última que teve? \_\_\_\_\_
13. Encontra-se neste momento de baixa médica?  não       sim Há quanto tempo? \_\_\_\_\_
14. A doença esteve na origem da sua baixa médica, situação de desemprego ou de reforma?  não       sim
15. Que contrato de trabalho mantém na sua empresa/instituição ou mantinha na sua última atividade profissional?  tempo indeterminado       termo certo ou contrato a prazo  
 termo incerto ou contrato sem termo       avença ou “recibo verde”  
 outro: \_\_\_\_\_



16. Há quanto tempo trabalha ou trabalhou nessa empresa ou instituição? \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses.
17. Em média quanto tempo passa ou passava por dia no seu local de trabalho? \_\_\_\_\_ horas
18. Nos últimos 4 meses em que trabalhou, quantos dias teve que faltar ao trabalho por motivo de doença (aproximadamente)? \_\_\_\_\_ dias

**- Informação relativa à condição clínica**

19. Há quanto tempo foi feito o diagnóstico da sua doença? \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses
20. Há quanto tempo é seguido(a) nas consultas aqui no Hospital? \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses
21. Tem mais algum problema de saúde crónico (físico ou mental?) Não  Sim  Qual \_\_\_\_\_
22. Tem algum tipo de acompanhamento psicológico/psiquiátrico? Não  Sim  Há quanto tempo? \_\_\_\_\_
23. Tem algum familiar com diabetes?  não  sim Qual o parentesco? \_\_\_\_\_
24. Faz medicação oral para a diabetes:  não  sim
25. Faz Insulina injetável?  não  sim
26. Faz controlo regular da sua glicémia?  não  sim
- Se sim, com que regularidade?  diariamente  semanalmente  mensalmente  outra
- Se sim, indique como têm estado os seus níveis de glicémia nas últimas 4 semanas?
- Bons  Mais ou menos  Maus
27. Já esteve internado(a) devido à diabetes?  não  sim
28. Já recorreu a alguma consulta de oftalmologia devido à sua diabetes?  não  sim

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
- Até que ponto está satisfeito com a informação que tem sobre a sua doença e o tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Até que ponto está satisfeito(a) com a qualidade dos serviços prestados pela instituição de saúde que frequenta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Qual foi a sua reação ao saber que tinha diabetes?

---



---



---

**Muito obrigado pela sua colaboração!**



### Informação clínica

--	--	--	--	--	--

Há quanto tempo foi feito o diagnóstico da diabetes? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo é seguido(a) nas consultas? \_\_\_\_\_

<b>Classificação:</b>	DM tipo 1 <input type="checkbox"/>	DM tipo 2 <input type="checkbox"/>	
<b>IMC</b>	≤ 24,9 Normal <input type="checkbox"/>	25 – 29,9 Pré-obesidade <input type="checkbox"/>	≥ 30 Obesidade <input type="checkbox"/>

<b>Valores analíticos:</b>			
- HbA1c	≤ 7,0% Bom controlo <input type="checkbox"/>	> 7,0% Mau controlo <input type="checkbox"/>	
- Colesterol LDL	< 70 Normal <input type="checkbox"/>	70 - 100 Intermédio <input type="checkbox"/>	≥ 100 Elevado <input type="checkbox"/>
- Trigliceridos	< 100 Normal <input type="checkbox"/>	200 - 399 Intermédio <input type="checkbox"/>	> 400 Elevado <input type="checkbox"/>

<b>Terapêutica:</b>		
- Insulina	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
- Antidiabéticos orais	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
- Alterações na dieta alimentar	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
- Aumento da activid. física	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>

<b>Complicações:</b>		
- Retinopatia	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
- Nefropatia	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
- Neuropatia	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
- Doença cardiovascular	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
- Doença cerebrovascular	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
- Pé diabético	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
- Hipertensão arterial	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>

**Observações**

---



---



---



## ESCALA DE ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADO COM A DIABETES

Versão traduzida e adaptada para Português de Summary of Diabetes Self-Care Activities de Glasgow R, Toobert D, Hampson S (2000), por F. Bastos e C. Lopes C (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.

	Nº de dias							
<b>1. ALIMENTAÇÃO GERAL</b>								
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
<b>2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA</b>								
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, 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 adoçou as suas bebidas com açúcar?	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>3. ACTIVIDADE FÍSICA</b>								
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade contínua, inclusive andar)	0	1	2	3	4	5	6	7
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>4. MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA</b>								
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7
4.2 Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>5. CUIDADOS COM OS PÉS</b>								
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>6. MEDICAMENTOS</b>								
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7
OU (se insulina e comprimidos):	0	1	2	3	4	5	6	7
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0	1	2	3	4	5	6	7
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>7. HÁBITOS TABÁGICOS</b>								
7.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS?	Não			<input type="checkbox"/>	Sim			<input type="checkbox"/>
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____								
7.3 Quando fumou o seu último cigarro?	Nunca <input type="checkbox"/>		Há mais de 2 anos atrás <input type="checkbox"/>					
Um a dois anos atrás <input type="checkbox"/>	Quatro a doze meses atrás <input type="checkbox"/>		Um a três meses atrás <input type="checkbox"/>		No último mês <input type="checkbox"/>			
			Hoje <input type="checkbox"/>					

## As suas opiniões sobre a sua doença

A lista abaixo refere-se a um número de sintomas que poderá ou não ter tido desde o início da sua doença. Por favor indique marcando com um círculo (sim ou não) se já teve alguns destes sintomas desde o início da sua doença, e se acha que estes sintomas estão relacionados com ela

	Desde o início da minha doença que tenho sentido este sintoma		Este sintoma está relacionado com a minha doença	
Dores	Sim	Não _____	Sim	Não
Dores de garganta	Sim	Não _____	Sim	Não
Náusea	Sim	Não _____	Sim	Não
Falta de ar	Sim	Não _____	Sim	Não
Perda de peso	Sim	Não _____	Sim	Não
Fadiga (cansaço)	Sim	Não _____	Sim	Não
Rigidez das articulações	Sim	Não _____	Sim	Não
Olhos inflamados	Sim	Não _____	Sim	Não
Dificuldade em respirar	Sim	Não _____	Sim	Não
Dores de cabeça	Sim	Não _____	Sim	Não
Indisposição de estomago	Sim	Não _____	Sim	Não
Dificuldade em dormir	Sim	Não _____	Sim	Não
Tonturas	Sim	Não _____	Sim	Não
Perda de forças	Sim	Não _____	Sim	Não

Estamos interessados na sua opinião sobre a forma como pensa sobre a sua doença. Por favor indique o seu acordo ou desacordo com as seguintes afirmações, colocando uma cruz no quadrado que ache apropriado para o seu caso.

		<b>Discorda plenamente</b>	<b>Discorda</b>	<b>Não concorda nem discorda</b>	<b>Concorda</b>	<b>Concorda plenamente</b>
IP1*	A minha doença dura pouco tempo					
IP2	A minha doença parece ser mais permanente que temporária					
IP3	A minha doença vai durar muito tempo					
IP4*	Esta doença vai passar depressa					
IP5	Acho que a minha doença vai durar para o resto da minha vida					
IP6	A minha doença é grave					
IP7	A minha doença tem grandes consequências para a minha vida					
IP8*	A minha doença não tem grande efeito na minha vida do doente					
IP9	A minha doença afecta seriamente a forma como os outros me vêem					
IP10	A minha doença tem sérias consequências económicas					
IP11	A minha doença causa dificuldades aqueles que me são próximos					
IP12	Há muita coisa que eu posso fazer para controlar os meus os sintomas					
IP13	O que eu faço pode determinar se a minha doença melhora ou piora					
IP14	A evolução da minha doença depende de mim					
IP15*	Nada do que eu faça irá afectar a minha doença					
IP16	Eu tenho o poder de influenciar a minha doença					
IP17*	As minhas acções não terão qualquer efeito no resultado da minha doença					
IP18*	A minha doença vai melhorar com o tempo					
IP19*	Há pouco que se possa fazer para melhorar a minha doença					
IP20	O tratamento é eficaz na cura da minha doença					
IP21	Os efeitos negativos da minha doença poderão ser prevenidos ou evitados pelo tratamento					
IP22	O tratamento pode controlar a minha doença					
IP23*	Não há nada que possa ajudar a minha situação					
IP24	Os sintomas da minha doença confundem-me					
IP25	A minha doença é um mistério para mim					
IP26	Não compreendo a minha doença					

		<b>Discorda plenamente</b>	<b>Discorda</b>	<b>Não concorda nem discorda</b>	<b>Concorda</b>	<b>Concorda plenamente</b>
IP27	<b>A minha doença não faz qualquer sentido para mim</b>					
IP28*	<b>Tenho uma ideia clara sobre a minha doença</b>					
IP29	<b>Os sintomas da minha doença mudam bastante de dia para dia</b>					
IP30	<b>Os sintomas da minha doença vêm e vão em ciclos</b>					
IP31	<b>A minha doença é muito imprevisível</b>					
IP32	<b>A minha doença passa por fases em que melhora ou piora</b>					
IP33	<b>Fico deprimido quando penso sobre a minha doença</b>					
IP34	<b>Quando penso sobre a minha doença fico perturbado(a)</b>					
IP35	<b>A minha doença faz-me sentir zangado</b>					
IP36*	<b>A minha doença não me preocupa</b>					
IP37	<b>Ter esta doença torna-me ansioso</b>					
IP38	<b>A minha doença faz-me sentir medo</b>					

## As causas da minha doença

Gostaríamos de saber qual é que considera ter sido **a causa** da sua doença. Como as pessoas são muito diferentes, não há respostas certas para esta questão. Estamos mais interessados nas suas opiniões acerca dos factores que causaram a sua doença actual, do que nas opiniões de outros incluindo o que médicos ou família lhe possam ter sugerido.

Abaixo encontra-se uma lista das causas possíveis para a sua doença actual. Por favor indique o quanto concorda ou discorda que estas causas tenham sido as da sua doença marcando com um X o quadrado apropriado.

	Concorda Plenamente	Concorda	Não concorda nem discorda	Discorda	Discorda Plenamente
Stress ou preocupação					
Hereditariedade (é de família)					
Fumar					
Excesso de peso					
Destino ou má sorte					
Tipo de alimentação					
Poluição do ambiente					
O meu estado emocional (como por ex. sentir-me em baixo, só, ansioso, vazio)					
O meu próprio comportamento					
Pouca assistência médica no passado					
Acidente ou lesão					
A minha personalidade (a minha maneira de ser)					
Envelhecimento					
Um micróbio ou um vírus					
A minha atitude mental como por ex. pensar sobre a vida de uma forma negativa					
Alteração das defesas do organismo					
Problemas familiares ou preocupações					
Excesso de Trabalho					

Por favor classifique por ordem de importância os três factores que lhe parecem ter causado a sua doença. Pode usar qualquer uma das causas referidas no quadro anterior, ou outras que considere importantes.

As causas mais importantes para mim são:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_



**HADS**  
**de Zigmond e Snaith (1983), traduzido e adaptado por**  
**Teresa McIntyre, Graça Pereira, Vera Soares, Luís Gouveia, Sofia Silva (1999)**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Os profissionais de saúde sabem que as emoções desempenham um papel importante na maior parte das doenças. Se o profissional de saúde souber acerca destes sentimentos poderá ajudá-lo(a) melhor.

Leia cada frase e **assinale** a resposta que mais se aproxima da forma como se tem sentido na última semana. Não passe muito tempo com cada resposta; a sua reacção imediata a cada uma das frases será provavelmente mais exacta do que uma resposta em que tenha pensado muito tempo.

<p><b>Sinto-me tenso:</b></p> <p><input type="checkbox"/> A maior parte do tempo</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> De vez em quando, ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p><b>Sinto-me mais lento ou vagaroso:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Quase sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Às vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>
<p><b>Ainda gosto das coisas de que costumava gostar:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tanto como gostava</p> <p><input type="checkbox"/> Não tanto como gostava</p> <p><input type="checkbox"/> Só um pouco do que gostava</p> <p><input type="checkbox"/> Quase nada como gostava</p>	<p><b>Sinto uma espécie de medo, como se tivesse um aperto no estômago:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Bastantes vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p>
<p><b>Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim, e muito forte</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte</p> <p><input type="checkbox"/> Um pouco, mas isso não me preocupa</p> <p><input type="checkbox"/> Não, de maneira nenhuma</p>	<p><b>Perdi o interesse pela minha aparência:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim, definitivamente</p> <p><input type="checkbox"/> Não me cuido tanto como deveria</p> <p><input type="checkbox"/> Talvez não me cuide tanto como antes</p> <p><input type="checkbox"/> Cuido-me tanto como costumava</p>
<p><b>Consigo rir-me e ver o lado divertido das coisas:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tanto como costumava conseguir</p> <p><input type="checkbox"/> Agora, não tanto como costumava conseguir</p> <p><input type="checkbox"/> Definitivamente, não tanto como costumava conseguir</p> <p><input type="checkbox"/> Não, de maneira nenhuma</p>	<p><b>Sinto-me inquieto(a), como se tivesse que estar sempre a andar de um lado para o outro:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim, muito</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, bastante</p> <p><input type="checkbox"/> Não muito</p> <p><input type="checkbox"/> Não, de modo nenhum</p>
<p><b>Tenho preocupações que me passam pela cabeça:</b></p> <p><input type="checkbox"/> A maior parte do tempo</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> De vez em quando, mas não muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Apenas ocasionalmente</p>	<p><b>Antecipo as coisas com satisfação:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tanto como eu costumava fazer anteriormente</p> <p><input type="checkbox"/> Um pouco menos do que anteriormente</p> <p><input type="checkbox"/> Muito menos do que anteriormente</p> <p><input type="checkbox"/> Quase nunca</p>
<p><b>Sinto-me alegre:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Às vezes</p> <p><input type="checkbox"/> A maior parte do tempo</p>	<p><b>Tenho sentimentos súbitos de pânico:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Com muita frequência</p> <p><input type="checkbox"/> Bastantes vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Não muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>
<p><b>Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim, definitivamente</p> <p><input type="checkbox"/> Geralmente</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p><b>Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou de rádio:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Às vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Muito raramente</p>
<p><b>Agora, certifique-se que respondeu a todas as perguntas. Obrigado!</b></p>	