



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

**Avaliação da Vulnerabilidade Psicológica e de
Crenças face à Doença em Pessoas com Diabetes
*Mellitus***

Versão Final Após Defesa

Joana Abrantes Leal Duarte

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

Orientadora: Prof.^a Doutora Paula Saraiva Carvalho

Covilhã, outubro de 2016

Dedicatória

A todas as pessoas portadoras de diabetes e,
em especial, ao meu Pai Chico

Agradecimentos

A dissertação que agora se apresenta resultou de um percurso desafiante, por vezes até mesmo atribulado, ao longo do qual fui recebendo o maior apoio e incentivo de muitas pessoas. A estas pessoas expresso a minha mais profunda gratidão.

À minha orientadora, Professora Doutora Paula Saraiva Carvalho, pela partilha do saber estimulando-me intelectualmente e constante disponibilidade na resposta a todas as minhas solicitações tendo sido valiosos todos os seus contributos;

Às pessoas que colaboraram na recolha de dados, em especial a todos os participantes deste estudo, pela sua dedicação, disponibilidade e paciência;

Ao Ricardo Silva, pelo tempo, incentivo e apoio dispensados;

À minha melhor amiga, Mariana Rodrigues que mesmo estando longe fez sempre questão de estar tão perto;

Aos meus amigos, em especial à Tânia Fernandes, Laura Martins e Luísa Costa que me ajudaram nesta longa e complicada caminhada;

À minha família, em particular à minha mãe que fez de tudo para me proporcionar as melhores condições, apoiando-me sem reservas; à minha irmã que sempre me motivou ao longo de todo o percurso; à minha avó e a minha tia que foram as minhas confidentes;

À Covilhã, minha cidade neve, que já conhecia, mas que ao longo destes cinco anos se tornou a minha segunda casa;

Por último, à música, à dança e ao mar, porque foram, em muitos momentos, os únicos capazes de me acalmarem tornando-se essenciais para a minha sanidade mental!

Resumo

Introdução: A Diabetes *Mellitus* (DM) é encarada como uma verdadeira pandemia devido ao aumento exponencial da sua prevalência e às suas complicações crónicas. Como o diagnóstico é considerado um fator *stressante*, os fatores psicossociais, como é o caso da vulnerabilidade ao *stress*, têm um impacto significativo no doente com DM, nomeadamente no processo de autocuidado e de gestão da doença. As crenças que o doente tem face à sua condição também são um fator decisivo na procura de tratamento e de cuidados exigidos por este quadro clínico. O principal objetivo desta investigação consiste em analisar os níveis de vulnerabilidade ao *stress* numa amostra de doentes com diabetes e relacioná-los com variáveis sociodemográficas e clínicas e ainda descrever as suas crenças face a esta patologia.

Método: Uma amostra de 105 utentes com diagnóstico de DM do Centro Hospitalar Cova da Beira, do Centro de Saúde da Sertã e do Hospital Sousa Martins (HSM) responderam a um protocolo de investigação com um questionário sociodemográfico e o Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress* - 23 QVS (Vaz-Serra, 2000). Os 42 utentes portadores de DM do HSM responderam ainda ao Questionário de Crenças sobre a Doença - Versão Breve (Vera Araújo-Soares, Ana Trovisqueira & Teresa McIntyre, s.d.).

Resultados: Cerca de 42.9% dos participantes apresentaram vulnerabilidade ao *stress*, particularmente os do género feminino e os menos jovens. Não houve relação estatisticamente significativa entre a vulnerabilidade ao *stress* e as variáveis clínicas. Quanto às crenças, cerca de 45.2% dos utentes do HSM apresentam crenças mais negativas relativamente à DM. Por fim foi possível verificar que as crenças contribuem com 41% enquanto explicação da variabilidade da vulnerabilidade ao *stress* da DM nos utentes do HSM da Guarda.

Conclusão: Os resultados denotam o impacto que vulnerabilidade ao *stress* e as crenças face à doença têm nos doentes com DM, o que demonstra a necessidade de desenvolver intervenções que tenham como foco toda a esfera biopsicossocial do doente.

Palavras-chave

Diabetes *Mellitus*, Vulnerabilidade ao *Stress*, Crenças.

Abstract

Introduction: Mellitus diabetes is faced like a truly pandemic due to the exponential rise of its predominance and its chronic complications. This diagnosis is considered a stressful test, and because of that the psychosocial facts, like the vulnerability to stress, have a significative impact in the patient with DM, namely in the processo of selfcaring and the disease management. The beliefs that the patient has given to their condition are also a decisive factor in the demand for treatment and care required for this clinical picture. The main objective of this research is to analyze the levels of vulnerability to stress in a sample of patients with diabetes and relate them to sociodemographic and clinical variables and also describe their beliefs in the face of this disease.

Method: A sample of 105 users diagnosed with DM of “Hospital Cova da Beira”, from the “Centro de Saúde da Sertã” and “Hospital Sousa Martins (HSM)” responded to a research protocol with a sociodemographic questionnaire and Vulnerability Questionnaire Stress - 23 QVS (Vaz Serra, 2000). The 42 patients with DM of HSM also responded to Illness Perception Questionnaire - Brief version (Vera Araújo-Soares, Ana Teresa Trovisqueira & McIntyre, s.d.).

Results: About 42.9% of the participants presented vulnerability to stress, particularly those of the female gender and the older ones. There was no statistically significant relationship between stress vulnerability and clinical variables. Regarding beliefs, about 45.2% of HSM users present more negative beliefs regarding DM. Finally, it was possible to verify that the beliefs contribute with 41% as an explanation of the variability of the vulnerability to stress of the DM in the users of the HSM of Guarda.

Conclusion: The results show the impact of vulnerability to stress and beliefs in the face of disease have in patients with DM, which demonstrates the need to develop interventions that focus on all biopsychosocial sphere of the patient.

Keywords

Mellitus Diabetes, Stress Vulnerability, Beliefs.

Índice

Introdução	1
PARTE I: ESTADO DE ARTE	
Capítulo 1 - A Diabetes <i>Mellitus</i>	5
1. As Doenças Crônicas	5
2. Caracterização da DM	6
2.1. Diagnóstico e Principais Sintomas	6
2.2. Fatores de Risco	7
2.3. Dados epidemiológicos	8
3. Classificação da DM	9
Capítulo 2 - Diabetes <i>Mellitus</i> : <i>Stress</i> e Crenças	13
1. A Importância dos Fatores Psicossociais na DM	13
2. A DM e a Vulnerabilidade ao <i>Stress</i>	14
2.1. Conceito de <i>Stress</i>	14
2.2. <i>Stress</i> e DM	16
2.2.1. DM e Fontes de <i>Stress</i>	17
2.2.2. Consequências do <i>Stress</i> para a Pessoa Portadora de DM	18
2.3. Intervir com Doentes Portadores de DM	20
2.3.1. Dificuldades na adesão às terapêuticas	20
2.3.2. Intervenção no <i>Stress</i>	21
2.3.3. A Psicoeducação como estratégia de intervenção: Potencialidades e Limites	22
3. DM e Crenças face à Doença	25
3.1. DM, Crenças e o Modelo da Autorregulação de Senso Comum	27
PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO	
Capítulo 3 - Metodologia	33
1. Fundamentação e Descrição do Estudo	33
2. Desenho do Estudo	35
3. Instrumentos	36
3.1. Questionário Sociodemográfico	36
3.2. Questionário de Vulnerabilidade ao <i>Stress</i>	366
3.3. Questionário de Crenças sobre a Doença - Versão Breve	38
4. Procedimentos	39
4.1. Recolha de Dados	39
4.2. Tratamento Estatístico dos Dados	39
5. Caracterização da Amostra do Estudo	400

5.1. Caraterísticas Sociodemográficas	41
5.2. Caraterísticas Clínicas	42
Capítulo 4 - Resultados	45
1. DM e Vulnerabilidade ao <i>Stress</i>	45
1.1. Estatística Descritiva	45
1.2. Estudo da Normalidade	46
1.3. Teste das Hipóteses	46
2. Crenças face à DM	49
2.1. Estatística Descritiva	49
2.2. Estudo da Normalidade	51
3. Verificação da Relação entre Crenças face à DM e Vulnerabilidade ao <i>Stress</i>	52
Discussão	57
Considerações Finais	63
Bibliografia	65
Anexos	73

Lista de Figura

Figura 1. Distribuição percentual de Diabetes, Hiperglicemia intermédia e Normoglicemia em Portugal em 2013

Figura 2. Fases de desenvolvimento da DM

Figura 3. Curva e fases de desenvolvimento do *Stress*

Figura 4. Diagrama do Modelo da Autorregulação de Senso Comum (MARSC) e todas as vias plausíveis de interação entre cognições, emoções e comportamentos

Figura 5. Contagem de pessoas com e sem vulnerabilidade ao *stress*

Figura 6. Figura da normalidade do 23 QVS

Figura 7. Contagem de pessoas com crenças positivas e negativas face à DM

Figura 8. Figura da normalidade do IPQ-B

Figura 9. Diagrama de dispersão para crenças e vulnerabilidade ao *stress*

Figura 10. Linha de regressão linear e respetiva equação referente às crenças face à DM (variável independente) e a vulnerabilidade ao *stress* (variável dependente)

Lista de Tabelas

Tabela 1. Principais causas e fatores de risco (para DM2)

Tabela 2. Diferenças entre as principais características idiossincráticas das pessoas portadoras de DM que aderem e as que não aderem ao tratamento

Tabela 3. α de *Cronbach* se um item do 23 QVS for excluído para a amostra em análise

Tabela 4. Frequências e percentagens das variáveis demográficas

Tabela 5. Frequências e percentagens das variáveis clínicas

Tabela 6. Frequências e percentagens relativas à satisfação com a informação sobre a doença e tratamento e à satisfação com a qualidade dos serviços de saúde

Tabela 7. Estatística descritiva dos resultados do 23 QVS (média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo)

Tabela 8. Teste de normalidade para o 23 QVS

Tabela 9. Apresentação dos resultados relativos ao *t-student* para amostras independentes - variável género

Tabela 10. Apresentação dos resultados relativos ao *t-student* para amostras independentes - variável idade

Tabela 11. Apresentação dos resultados relativos à Análise de Variância (ANOVA) - variável tempo de diagnóstico

Tabela 12. Apresentação dos resultados relativos ao *t-student* para amostras independentes - variável insulina injetável

Tabela 13. Apresentação dos resultados relativos ao *t-student* para amostras independentes - variável outros problemas de saúde

Tabela 14. Estatística descritiva dos resultados do IPQ-B

Tabela 15. Estatísticas descritivas tendo em conta as dimensões do IPQ-B

Tabela 16. Teste de normalidade para o IPQ-B

Tabela 17. Correlação de Pearson entre os resultados obtidos no 23-QVS e no IPQ

Tabela 18. Correlação entre os resultados obtidos no 23-QVS e as dimensões do IPQ

Lista de Acrónimos

23-QVS	Questionário de Vulnerabilidade ao <i>Stress</i>
ADA	American Diabetes Association®
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DM1	Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 1
DM2	Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2
DMG	Diabetes <i>Mellitus</i> Gestacional
DP	Desvio padrão
HbA1c	Teste da Hemoglobina Glicada
HSM	Hospital Sousa Martins
IMC	Índice de massa corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPQ	Illness Perception Questionnaire
IPQ-B	Illness Perception Questionnaire - Bref
MARSC	Modelo da Autorregulação de Senso Comum
n	Número de casos
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
\bar{x}	Média
\tilde{x}	Mediana

Lista de Anexos

Anexo I. Consentimento Informado

Introdução

Os últimos dados oficiais divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), apontam para que em 2020 as doenças crônicas sejam um problema a nível mundial, traduzindo-se num terço da percentagem global de doenças (World Health Organization, 2016). Não tendo cura e, por na maior parte dos casos, ser necessário um tratamento de longa duração que impõe alterações no estilo de vida, o diagnóstico transporta geralmente sofrimento e alterações significativas na pessoa que o recebe (Batista, Novo & Pimentel, 2013; Silva, 2010).

Entre as doenças crônicas surge a Diabetes *Mellitus* (DM) que dadas as suas complicações, o seu crescimento exponencial em termos de representatividade, bem como o facto de aumentar a probabilidade de uma morte precoce, fazem com que a mesma seja atualmente encarada como uma verdadeira pandemia (Costa, et. al, 2015; Mendes, et al., 2015; Santos, Freitas & Pinto, 2014). O aumento da prevalência do envelhecimento da população, obesidade, modificação do estilo de vida, hábitos alimentares e sedentarismo têm sido apontados como os principais fatores que explicam o aumento do número de doentes (Silva, Freitas, Dores & Borges, 2014; Cortez-Dias, Martins, Belo & Fiuza, 2010).

A DM é uma das doenças crônicas mais exigentes, não só no que diz respeito às suas consequências para a saúde física como também no impacto que esta detém ao nível psicológico, o que remete para a relevância dos fatores psicossociais (Ramos & Ferreira, 2011; Silva, 2010). As pessoas portadoras de DM veem *stressores* oriundos da sua doença (*distress* associado a DM) serem acrescentados ao seu *stress* quotidiano como é o caso das preocupações com o autocuidado, acesso a cuidados de saúde, perceção de apoio ou carga emocional a que o doente se encontra sujeito (Lee, Chiu, Tsang, Chow & Chan, 2006; Wardian & Sun, 2014). Assim, o próprio diagnóstico é sentido pela pessoa como um *stressor*, devido ao elevado número de acomodações físicas e emocionais exigidas pela nova condição, o que resulta num aumento da tendência para a vulnerabilidade ao *stress* nas pessoas que receberam o diagnóstico há menos tempo (Ferreira, et al.; Kaur, Tee, Ariaratnam, Krishnapillai & China, 2013). Além disso, sendo que se considera que pessoas que tenham uma maior tendência para experimentar episódios intensos de *distress* e de sentimentos negativos (i.e., maior vulnerabilidade ao *stress*) apresentam conseqüentemente uma maior probabilidade de virem a padecer de DM, a identificação e diminuição dos fatores *stressores* têm-se revelado imprescindíveis (Ferreira, et al., 2015; Gois, Dias, Raposo, Carmo & Barbosa, 2012; Kaur, et al., 2013; Reyes & Pérez, 2014; Wardian & Sun, 2014).

Tal como o *distress* associado a DM, as crenças que a pessoa tem relativamente à sua condição também têm um impacto no processo de autocuidado e na forma como a pessoa vivencia a sua doença (Chaves & Alves, 2015). Estas surgem da necessidade de dar um sentido

à doença e condicionam a forma como a pessoa enfrenta a enfermidade tendo em conta os seus valores, experiências pessoais, assim como a forma como vivenciou as mesmas ao longo da sua vida (Lima, 2015; Oliveira & Pereira, 2012).

As crenças acerca do tratamento, condição e prognóstico, bem como as experiências objetivas com o tratamento, diferenciam os doentes que aderem ao regime terapêutico dos que não aderem (Luz, Sousa, Nascimento, Souza, Medeiros, Garcia, Mori, Borges & Neto 2015; Pereira, Pedras & Machado, 2013). No que se refere especificamente à DM, a ausência de sintomas da doença faz com que os doentes não compreendam a importância do tratamento ou a gravidade da enfermidade (Gouveia & Rodrigues, 2013; Luz, et al., 2015). Assim, verifica-se que cada pessoa se apropria de uma forma idiossincrática à sua doença, como resultado da perceção que tem de si mesma, dos obstáculos que surgem no decorrer da doença, bem como da forma com que lida com os mesmos. Estes aspetos, permitem ao doente reenquadrar a dimensão do problema e capacitá-lo para a resolução de eventuais questões que possam surgir (Lima, 2015). Consequentemente, para Oliveira e Pereira (2012), parece ser de extrema relevância que os doentes, quando diagnosticados com DM, sejam desde logo alvo de intervenções que incluam as crenças que estes têm acerca da doença. Hudson, Brundy, Coventry e Dickens (2014) acrescentam que tal pode ajudar na identificação daqueles que se encontram menos ajustados emocionalmente e que necessitam de apoio adicional.

Tendo em linha de conta o supracitado, esta investigação pretende averiguar os níveis de vulnerabilidade ao *stress* da amostra em estudo e descrever as crenças face à doença. Além disso ainda detém como objetivo perceber se existe alguma relação entre as crenças e a vulnerabilidade ao *stress*. Assim, pretende-se contribuir para o desenvolvimento de conhecimento científico relativamente à DM face à realidade portuguesa, fornecendo um suporte para o delineamento de estratégias de intervenção com o fim último de melhorar a adaptação e bem-estar psicológico destes doentes.

Este estudo encontra-se dividido em duas partes: Estado de Arte e Estudo Empírico. Assim, na primeira parte consta o enquadramento teórico referente ao tema em análise, com um primeiro capítulo que se foca primordialmente na caracterização da DM ao passo que, no segundo, se aborda a vulnerabilidade ao *stress* e as crenças face à doença, dando-se uma maior ênfase à primeira temática por constituir o tema nuclear deste estudo. Na segunda parte consta a metodologia (terceiro capítulo), apresentação dos principais resultados obtidos (quarto capítulo), bem como a discussão e as implicações (quinto capítulo).

PARTE I
ESTADO DE ARTE

Capítulo 1

A Diabetes *Mellitus*

1. As Doenças Crónicas

Tendo em consideração a definição de doença crónica apresentada no artigo 4º do Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 de julho:

“a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada” (p. 5084),

supõe-se então que esta não se determina tanto pela sua gravidade mas sim pela sua longa duração (geralmente mais de seis meses) (Rothmann, Lubbe, Serfontein, Gerber & Malik, 2016).

De acordo com um recenseamento efetuado pelo INE em 2011, sensivelmente 40.5% das pessoas entre os 15 e os 64 anos tinham pelo menos um problema de saúde ou doença prolongados, verificando-se um crescimento exponencial da sua prevalência à medida que se avança ao longo das diferentes faixas etárias (51.9%). Nesta linha, não obstante o facto de o envelhecimento e as doenças crónicas não ocorrerem em proporcionalidade direta, o que se tem vindo a verificar é um crescimento da percentagem de idosos que, apesar de terem mais anos de vida, apresentam igualmente estados crónicos (Alves, et al., 2007). Mais recentemente, a OMS realizou uma estimativa global onde concluiu que, em 2020, as doenças crónicas representarão um terço das doenças a nível mundial, sendo 44% das mortes de pessoas abaixo dos 60 anos de idade resultado das mesmas (World Health Organization, 2016). Vários fatores de risco já foram identificados, sendo exemplos o não seguimento de uma alimentação saudável, falta de acesso a medicamentos, baixo conhecimento dos profissionais de saúde ou serviço de pouca qualidade (Rothmann, et al., 2016).

O diagnóstico de uma doença crónica acarreta transformações que interferem nas várias esferas de vida da pessoa. Por conseguinte, esta nova condição impõe ao doente mudanças que vão desde os comportamentos mais simples (e.g., o que come, a que horas come, número de refeições por dia) até à forma de lidar com os outros e o seu estilo de vida. Os hábitos existentes até então podem sofrer alterações consoante o tipo e/ ou gravidade da doença e

do seu tratamento, conduzindo a pessoa à necessidade de se adaptar à sua nova realidade (Batista, Novo & Pimentel, 2013).

Dentro das doenças crónicas encontra-se inserida a Diabetes *Mellitus* (DM) que constitui um dos maiores desafios para a saúde pública, devido não somente ao número crescente de doentes e ao facto de poder conduzir a uma morte precoce, como também aos custos que acarretam o seu controlo e tratamento (Costa, et al, 2015; Mendes, et al., 2015; Péres, Santos, Zanetti & Ferronato, 2007).

2. Caracterização da DM

Nos papiros de Ebers (1500 A.C.) a diabetes encontra-se descrita pela primeira vez e Celso (30 AC - 50) foi o primeiro autor que assinalou os principais sintomas que considerava que determinavam a diabetes. Relativamente à sua etiologia, tendo em conta que uma das suas características é a excessiva diurese, Aretaeus da Capadócia (200 D.C), designou-a Diabetes (do grego, fonte) e posteriormente, ao se constatar que a urina tinha excesso de açúcar, Willis (1675) acrescentou o termo *Mellitus* à designação inicial (do latim, mel/ doce) (Santos, Freitas & Pinto, 2014).

A DM constitui uma doença metabólica com origem em processos patogénicos específicos que conduzem a defeitos de secreção (e.g., destruição de células B do pâncreas que são produtoras de insulina) e/ou ação da insulina necessária para que a glicose entre nas células e se transforme em energia (Santos, Freitas & Pinto, 2014). Esta encontra-se associada ao aparecimento de hiperglicemia (isto é, aumento da taxa de glicose no sangue) que advém dessa insuficiente secreção e/ou de defeitos de ação da insulina que, dado usualmente coexistirem no mesmo doente, torna-se difícil averiguar qual a causa exata da hiperglicemia (Magliano, Zimmet & Shaw, 2015; Guelho, Paiva & Carvalheiro, 2013; Santos, Freitas & Pinto, 2014).

2.1. Diagnóstico e Principais Sintomas

O diagnóstico de DM pressupõe a identificação da glicemia que discrimina pessoas ditas saudáveis de doentes portadores de DM. Assim, assume-se que para que a pessoa seja portadora de DM, os sintomas específicos (i.e., poliúria, polidipsia, polifagia ou perda de peso inexplicada) têm de estar presentes juntamente com um dos seguintes critérios: a) glicemia casual >200 mg/dL (realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições); b) glicemia de jejum >126 mg/dl ou c) glicemia de 2 horas >200 mg/dL no teste de tolerância à glicose. De referir que tanto em b) como em c) os valores devem ser confirmados com nova glicemia (ADA, 2015).

A DM pode apresentar defeitos da secreção de insulina, da ação da insulina ou de ambos que resultam em hiperglicemia crónica, que ao longo do tempo se traduz em danos em vários órgãos. Associados a esta hiperglicemia crónica surgem os sintomas clássicos da DM que incluem: poliúria (pessoa urina com frequência), polidipsia (sede aumentada e aumento de ingestão de líquidos), perda involuntária de peso e por vezes, polifagia (apetite aumentado) e visão embaciada. Outros sintomas que também se podem verificar devido à presença de hiperglicemia é a suscetibilidade a determinadas infeções e defeitos no crescimento. Complicações a longo prazo podem incluir: a) retinopatia com possibilidade de perda de visão; b) nefropatia que pode conduzir a insuficiência renal; c) neuropatia periférica com risco de amputações de membros inferiores e d) neuropatia autonómica que se pode traduzir em sintomas gastrointestinais, geniturinários e cardiovasculares e disfunção sexual. De referir ainda que pessoas portadoras de DM usualmente apresentam hipertensão, anormalidades no metabolismo de lipoproteínas e um aumento da incidência de doença cardiovascular aterosclerótica, arterial periférica e doença vascular cerebral (ADA, 2014).

Tendo em conta o supracitado, a DM é uma das principais causas de morte em todo o mundo, principalmente, quando associada a um aumento da probabilidade de acidente vascular cerebral ou ao risco de doença coronária (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2014).

2.2. Fatores de Risco

Em grande parte dos casos, os doentes portadores de DM não têm conhecimento de que a têm por esta ser assintomática e avançar de forma discreta, podendo expressar os primeiros sintomas apenas numa fase já avançada. Assim sendo, é fulcral realizar-se um rastreio em indivíduos que apresentem maior probabilidade de virem a desenvolver este quadro clínico, sendo este efetuado com base nos seus fatores de risco (ver tabela 1) (ADA, 2014).

Tabela 1

Principais causas e fatores de risco (para DM2)

– História familiar
– Obesidade
– Sedentarismo
– Raça ou etnia
– Hipertensão
– HDL <35 mg/dL
– Triglicéridos > 250 mg/dL
– História de Diabetes Gestacional
– História de Doença Vascular
– Acantose nigricans (lesão na pele que provoca espessamento e hiperpigmentação)
– Ovários poliquísticos

De referir que este rastreio ainda não se encontra padronizado, pelo que vários autores sugerem que, para que uma pessoa fique sob suspeita (mesmo sem apresentar algum

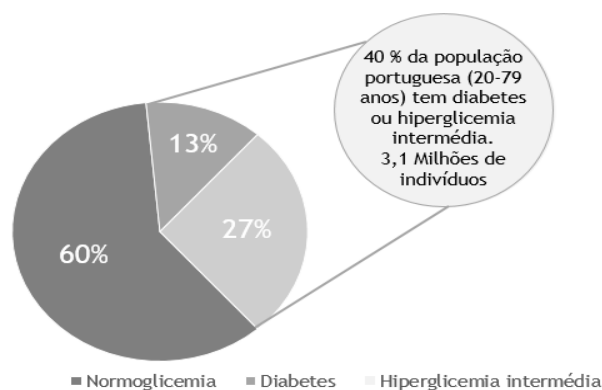
sintoma), é necessária a presença de vários fatores de risco supramencionados e que uma investigação laboratorial deve ser realizada a cada 3-7 anos, consoante o grau de suspeita clínica (ADA, 2014).

2.3. Dados Epidemiológicos

A prevalência da DM tem vindo a aumentar exponencialmente, levando a OMS a estimar que em 2030 esta será a sétima principal causa de morte em todo o mundo. Neste sentido, estima-se que em 2030 o número de portadores de DM no mundo venha a ser de 366 milhões de indivíduos e que em 2035 esse valor poderá atingir os 592 milhões, como resultado do aumento da prevalência do envelhecimento da população, obesidade, modificação do estilo de vida, hábitos alimentares e sedentarismo (Silva, Freitas, Dores & Borges, 2014; Cortez-Dias, Martins, Belo & Fiuza, 2010; Santos, Freitas & Pinto, 2014). De referir que, dado o aumento da prevalência de obesidade na infância e na adolescência, é provável que a DM venha a surgir em idades cada vez mais precoces (Cortez-Dias, Martins, Belo & Fiuza, 2010).

De acordo com o relatório global sobre a DM, em 2014, cerca de 422 milhões de adultos com idades superiores a 18 anos tiveram DM, sendo que, atualmente, atinge mais de 8.5% da população mundial (World Health Organization, 2016). Em Portugal, em 2013, a sua prevalência era de 13% na população adulta com idades compreendidas entre os 20-79 anos, estimando-se que venha a aumentar para 15.2% em 2030 (Cardoso, Queirós & Ribeiro, 2015; Mendes, et al., 2015; Silva, Freitas, Dores & Borges, 2014). Dos 13%, estarão diagnosticados apenas 7.3%, enquanto 5.7% (isto é, 440 mil pessoas) ignoram que eles próprios têm DM (Direção-Geral de Saúde, 2015).

Estudos recentes indicam que cerca de 27% da população entre os 20 e os 79 anos de idade apresenta hiperglicemia intermédia (também conhecida como pré-diabetes), o que corresponde a aproximadamente dois milhões de portugueses (cf. figura 1). A proporção do problema é expressa pelo facto de cerca de 40% da população, entre os 20 e os 79 anos de idade, ter DM tipo 2 (DM2) ou alterações de hiperglicemia intermédia, sendo diagnosticados em média 160 novos casos por dia (Direção-Geral da Saúde, 2015). De acordo com o Observatório Nacional da Diabetes (2014) existe uma diferença significativa na incidência da DM entre géneros (10.7% no sexo feminino e 15.6% no sexo masculino).



etiologia, abrangendo por isso quatro tipos específicos: DM Tipo 1 (DM1), DM Tipo 2 (DM2), DM Gestacional (DMG) e outros tipos específicos.

DM Tipo 1 e Tipo 2

Caracterizada por ser insulínodépendente, a DM1 inclui os casos atribuíveis à ocorrência de um fenómeno autoimune (apesar do precipitante básico deste processo continuar desconhecido), bem como aqueles que resultam da destruição das células β do pâncreas (tipo de células que pertencem às ilhotas de Langerhans e são responsáveis pela produção da insulina) para as quais nem a etiologia nem a patogénese são conhecidas (idiopático). De referir que nos casos em que à destruição das células β podem ser atribuídas causas específicas, estes não se encontram abrangidos por este tipo de DM e sim a outros tipos específicos (Magliano, Zimmet & Shaw, 2015; Guelho, Paiva & Carvalheiro, 2013; Santos, Freitas & Pinto, 2014).

A DM2 é a forma mais comum de DM que advém de falhas na secreção de insulina e/ou da resistência a esta e muitas vezes de uma combinação destas (Magliano, Zimmet & Shaw, 2015). Traduzindo-se numa diminuição da sensibilidade dos tecidos ao efeito metabólico da insulina, esta encontra-se associada a um fenómeno de resistência à insulina que tem como consequência um aumento da quantidade de insulina no sangue (Guelho, Paiva & Carvalheiro, 2013; Santos, Freitas & Pinto, 2014).

Observa-se que tanto a DM1 como a DM2 apresentam falhas na regulação da taxa de açúcar no sangue devido a deficiência da insulina, contudo estas são distintas. Nesta linha, enquanto na DM2 existe uma deficiência relativa da insulina devido a uma deficiência na sua produção e a uma resistência à sua absorção pelas células, na DM1, devido à destruição autoimune das células β do pâncreas, ocorre a diminuição da sua produção, podendo levar a uma deficiência absoluta que gera a necessidade de administrar insulina diariamente de modo a que os doentes consigam regular o metabolismo do açúcar (Santos, Freitas & Pinto, 2014).

A estes dois tipos de DM encontram-se associadas diversas complicações entre as quais se destacam a cetoacidose diabética e o coma hiperosmolar (complicação aguda) que vulgarmente têm os mesmos fatores desencadeadores (como a ausência de produção de insulina, administração insuficiente de insulina e situações de *stress*) mas possuem diferentes características (Santos, Freitas & Pinto, 2014). A cetoacidose diabética é uma complicação aguda da DM assinalada por desidratação, acidose metabólica (excesso de acidez no sangue) e hiperglicemia, que resulta de uma deficiência profunda de insulina. Presente na DM1 e muito raramente na DM2, frequentemente é precipitada pela utilização inconveniente da insulina, infeções, ou desconhecimento do diagnóstico de DM, podendo resultar em coma ou até mesmo morte (Barone, et al., 2007). Por seu turno, o coma hiperosmolar encontra-se mais frequentemente associado à DM2 e caracteriza-se por uma diminuição de água, sódio, potássio e outros eletrólitos. Este consiste num síndrome complexo que acarreta várias

alterações metabólicas e bioquímicas, que conduzem a diferentes níveis de consciência. Estes podem variar desde um estado de letargia ao coma que pode acontecer quando a desidratação intracelular atinge o sistema nervoso central (Fadini, et al., 2011).

De acordo com Santos, Freitas e Pinto (2014) a DM2 muitas vezes encontra-se associada a um fator hereditário, mas também foi encontrada uma relação com um estilo de vida sedentário e aumento de peso. Representando 80-90% dos casos registados de DM, a ocorrência da DM2 aumenta em alto grau com a idade (principalmente a partir dos 40 anos), encontrando-se com maior frequência a partir dos 50-60 anos e está mais presente no sexo feminino (Santos, Freitas & Pinto, 2014; Sousa, Nascimento, Medeiros, Borges & Neto, 2015). No que respeita à DM1, esta aparece na infância ou no início da adolescência e a sua prevalência é semelhante em ambos os sexos, no entanto, nos países onde o seu predomínio é elevado, tem-se vindo a verificar que esta é mais frequente em jovens do sexo masculino com 20 anos de idade (Santos, Freitas & Pinto, 2014).

Estes dois tipos de diabetes são considerados discretos e o seu desenvolvimento é gradual, podendo passarem-se anos até serem visíveis os primeiros sintomas. Neste sentido, o seu diagnóstico é realizado muitas vezes numa fase tardia devido à deteção precoce se encontrar dificultada (Santos, Freitas & Pinto, 2014).

Apesar de ser globalmente aceite a distinção entre tipo 1 e tipo 2, Guelho, Paiva e Carvalheiro (2013) sugerem a hipótese da existência de um «*continuum*» fisiopatológico. Assim, para o desenvolvimento da DM num determinado indivíduo, é necessária a interação de fatores desencadeadores (e.g., obesidade) com a sua base individual de suscetibilidade (e.g., determinantes genéticos), sendo do tipo de desequilíbrio criado que resulta o aparecimento de determinadas manifestações, aproximando-se mais de um ou do outro extremo do espetro da doença.

DM Gestacional

Outro tipo de diabetes encontrado com maior frequência e cuja etiologia e diagnóstico ainda não se encontram devidamente definidos é o denominado DM Gestacional (DMG). DMG é determinada por uma intolerância à glicose (de magnitude variável) diagnosticada ou reconhecida durante a gravidez (segundo ou terceiro trimestres), consistindo num estágio pré-clínico de diabetes (Costa, et al., 2015; Ribeiro, Nogueira-Silva, Melo-Rocha, Pereira & Rocha, 2015). Esta afeta em média 10% das mulheres que têm deficiência parcial ou completa na função das ilhotas de Langerhans. As mulheres que têm maior probabilidade de virem a ter DMG apresentam como principais características: serem mais velhas, história prévia de intolerância à glicose, pertencerem a grupos étnicos de elevado risco ou valores reduzidos de glicose quando em jejum (Costa, et al., 2015).

A DMG implica alto risco tanto para a mãe como para o recém-nascido, existindo uma morbidade perinatal superior comparativamente às outras grávidas. De referir que a DMG não invalida a hipótese de a intolerância à glicose ser prévia à gravidez e não ter sido identificada. Em situações em que a mulher já possuía um quadro de DM antes da gravidez, quando engravidada, esta não tem DMG e sim DM e gravidez, sendo necessário ter isso em conta antes, durante e depois da gravidez (Costa, et al., 2015).

Geralmente a DMG resolve-se no período pós-parto, contudo esta encontra-se associada a um maior risco de, a longo prazo, a mulher poder vir a ter uma DM2 (Magliano, Zimmet & Shaw, 2015). Neste sentido, vários foram os estudos realizados com o intuito de estudar os fatores de risco que aumentam a probabilidade de mulheres com antecedentes de DMG virem a desenvolver DM. No entanto, ainda existem muitas controvérsias e não se encontram dados referentes à população portuguesa (Ribeiro, et al., 2015).

Outros tipos específicos

Por detrás dos dois tipos de DM mais frequentes encontram-se outros tipos específicos de DM que representam 5% dos doentes e que têm vindo a ser subestimados nos diversos estudos realizados até à data (Ducloux, Safrou & Altman, 2015). Estes podem-se agrupar em oito categorias: 1) Defeitos genéticos da função das células B; 2) Defeitos genéticos da ação da insulina; 3) Doenças exócrinas do pâncreas; 4) Endocrinopatias; 5) Induzida por fármacos ou químicos; 6) infeções; 7) Formas incomuns de diabetes imunomediada e 8) Outros síndromes genéticas por vezes associados à diabetes (ADA, 2013).

Ducloux, Safraou e Altman (2015) consideram que apesar de serem menos frequentes, o diagnóstico de outros tipos específicos de DM é de enorme relevância para o doente, podendo em alguns casos permitir: a) não apenas o tratamento da doença subjacente como também das possíveis comorbilidades, b) avaliação do desenvolvimento e prognóstico da DM e c) averiguar se há risco de ser hereditário.

Capítulo 2

Diabetes *Mellitus*: Stress e Crenças

1. A Importância dos Fatores Psicossociais na DM

A DM constitui uma das doenças crônicas mais exigentes, não só no que concerne à dimensão física como também à psicológica, o que remete para a importância dos fatores psicossociais relativamente a quase todos os aspetos da doença, bem como do seu tratamento rigoroso (Ramos & Ferreira, 2011; Silva, 2010). Por conseguinte, para Polonsky e seus colaboradores (2005 cit. in Wardian & Sun, 2014) viver com DM pode ser qualificado como uma complexa provação que comumente acarreta diretrizes de autocuidado confusas que podem suscitar nos doentes sentimentos de frustração, raiva, opressão e/ou desânimo.

Um grande desafio com o qual os profissionais de saúde se deparam ao longo da intervenção na diabetes é a baixa adesão ao tratamento por parte dos doentes, o que se verifica frequentemente no tratamento de patologias que impõem alterações nas rotinas (Péres, Santos, Zanetti e Ferronato, 2007). Neste sentido, de modo a ser concebível estimular a adesão ao tratamento, é de extrema importância analisar a pessoa de uma forma holística, tendo em conta todos os contextos (psicológico, cultural, social, interpessoal) da sua vida. Além disso, é necessário considerar as reais necessidades psicológicas, bem como possíveis fatores de risco que possam estar a contribuir para o *drop out* do doente (Péres, Santos, Zanetti & Ferronato, 2007; Ramos & Ferreira, 2011; Reyes & Pérez, 2014).

Num estudo realizado em 2001, por Norris e colaboradores (cit. in Wardian & Sun, 2014), foi possível verificar que existem outros fatores para além do conhecimento acerca da DM que condicionam o alcance da mudança comportamental desejada: os **fatores psicossociais**. Estes podem fornecer uma explicação consistente entre a relação do conhecimento acerca da DM e do controlo glicémico (Wardian & Sun, 2014). Tal é corroborado por Reddy, Wilhelm e Campbell (2013) e Strandberg, Graue, Wentzel-Larsen, Peyrot e Rokne (2014) que consideram que a presença de problemas emocionais pode condicionar o autocuidado na DM, bem como as atividades relacionadas com o mesmo e que são fulcrais para o controlo glicémico. Por sua vez, fatores como a depressão, *stress* e ansiedade deveriam ser avaliados sempre que há um controlo glicémico reduzido, dada a sua importância para a adesão ao tratamento e às atividades de autocuidado (Ramos & Ferreira, 2011).

Os fatores psicossociais são frequentemente subvalorizados pelos profissionais de saúde aquando da intervenção na DM, contudo tem-se conhecimento de que os mesmos têm

influência no que respeita ao autocuidado da diabetes e à adesão ao tratamento (Hamedi, Ameri & Azamameri, 2013, Ramos & Ferreira, 2011; Reyes & Pérez, 2014; Reddy, Wilhelm & Campbell, 2013; Strandberg, et al., 2014). Com o objetivo de refletir acerca da interferência dos fatores emocionais no autocuidado em portadores de DM1 e DM2, Santos-Filho e colaboradores (cit. in Ramos & Ferreira, 2011) realizaram três estudos onde, recorrendo à entrevista semiestruturada, analisaram as reações emocionais dos participantes: 1) 8 estudantes portadores de DM1; 2) 11 portadores de DM2, na faixa etária de 50 a 76 anos e 3) 7 participantes de 44 a 66 anos. Por conseguinte, as principais reações emocionais identificadas em relação ao autocuidado foram o medo, tristeza, depressão, raiva/revolta e ansiedade/*stress*. Estas emoções encontram-se presentes tanto no momento do diagnóstico como na maneira de lidar com a doença ao longo do tratamento. Tendo em conta os resultados obtidos, os autores consideram que a DM revelou ser uma doença que acarreta um impacto negativo na vida da pessoa independentemente da sua faixa etária e etiologia. No mesmo sentido, um estudo de Snoek em 2011 (cit. in Wardian & Sun, 2014) concluiu que, ao inquirir pessoas portadoras de DM, um quarto sofre de *stress* associado a DM, tendo a maioria ainda admitido necessitar de um acompanhamento psicológico especializado. Além disso, a investigação tem revelado que o impacto psicossocial desta doença é um dos cinco fatores que melhor prenuncia a mortalidade das pessoas portadoras de DM, fazendo-o melhor do que muitas variáveis clínicas e fisiológicas (Silva, 2010).

Os problemas emocionais estão frequentemente presentes em adultos portadores de DM, independentemente da sua raça ou etnia, pelo que se torna imprescindível conhecer os diferentes indicadores que se relacionam com o controlo glicémico (Strandberg, et al., 2014). Os mesmos autores acreditam que assim será possível compreender o motivo que leva a que muitas pessoas não cumpram o tratamento que lhes é recomendado, mesmo existindo um maior conhecimento acerca do que se pode fazer no sentido de incrementar o controlo glicémico. Além do anteriormente referido, a própria Federação Internacional de Diabetes salientou a importância da integração do atendimento psicológico na gestão da DM (Kaur, et al., 2013). Por conseguinte, tem sido realizado um esforço no sentido de capacitar os profissionais para que uma intervenção mais integral seja fornecida às pessoas portadoras de DM, terminando-se assim com a rutura entre intervenções destinadas meramente ao físico das que se centram na saúde mental (Wardian & Sun, 2014).

2. A DM e a Vulnerabilidade ao *Stress*

2.1. Conceito de *Stress*

Todas as pessoas experimentam *stress* durante o seu dia a dia. É comum a todos os vertebrados a ativação de sistemas de resposta perante um agente *stressor*, contudo não há um único tipo de resposta mesmo em indivíduos da mesma espécie, podendo variar,

consoante as características idiossincráticas de cada um. O conceito de *stress* consiste num estado de tensão patogénico que é motivado por ameaças internas e/ou externas que vulgarmente se designam por “fatores de *stress*” (Annor, Roblin, Okosun & Goodman, 2015; Kyrou & Tsigos, 2009; Mesquita, Lobato & Brito, 2014). Este estado conduz a uma reação do organismo que tem a sua origem em transformações psicofisiológicas resultantes de uma situação que suscita na pessoa reações como irritabilidade, medo, excitação ou confusão, o que leva a uma interrupção da sua harmonia (Gonçalves, et al., 2008; Mesquita, Lobato & Brito, 2014).

Por sua vez, o impacto de determinado agente *stressor* é determinado não apenas pelas características do próprio estímulo como também pela capacidade que o organismo tem para lidar com a situação (Galvão-Coelho, Silva & Sousa, 2015). Assim, dir-se-á que determinada pessoa se encontra “*stressada*” quando considera não possuir recursos para superar o grau de exigência decretado por determinada situação (que é importante para si), o que resulta numa perceção de que não se tem controlo sobre a mesma (Vaz-Serra, 2000; Mesquita, Lobato & Brito, 2014). Por conseguinte, apesar do *stress* ser encarado enquanto um fator que pode despoletar ou influenciar diferentes tipos de doenças (estimativas apontam que cerca de 50% das doenças têm uma relação com o mesmo, direta ou indiretamente), este apenas se torna crónico quando as estratégias de *coping* não são adequadas (Mesquita, Lobato & Brito, 2014).

A gravidade do quadro sintomatológico do *stress* varia consoante a fase do processo de desenvolvimento em que se encontra. Por conseguinte, efetua-se uma breve descrição das quatro fases envolvidas neste processo de forma a possibilitar uma melhor compreensão do mesmo: 1) **Fase de alerta**: considerada a fase positiva, é neste momento que a pessoa se energiza através da produção de adrenalina e é onde a sobrevivência se encontra preservada; 2) **Fase da resistência**: a pessoa tenta de forma automática lidar com os *stressores* com o intuito de atingir o seu equilíbrio interno através das suas estratégias de *coping*; 3) **Fase da quase-exaustão**: quando os fatores *stressores* persistem em termos de frequência ou intensidade e há uma quebra na resistência da pessoa, sendo onde se inicia a fase de adoecimento e os órgãos apresentam maior vulnerabilidade e passam a demonstrar sinais de deterioração e 4) **Fase da exaustão**: se não há uma diminuição do nível de *stress* através das estratégias de *coping*, pode culminar na deterioração dos órgãos mais frágeis (e.g., úlceras) (cf. figura 3) (Gonçalves, et al., 2008).

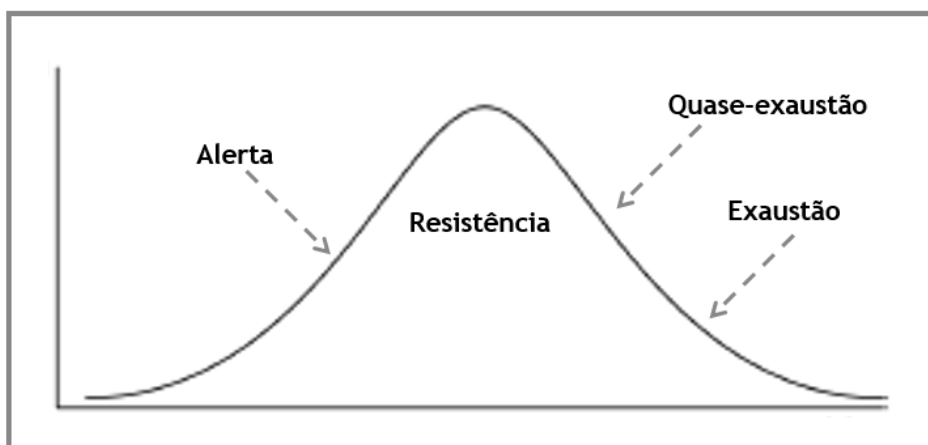


Figura 3. Curva e fases de desenvolvimento do *Stress* (Gonçalves, et al., 2008)

Neste sentido, o *stress* gera respostas fisiológicas que incluem tanto atividades neurais como endócrinas que podem influenciar outros processos corporais (Mesquita, Lobato & Brito, 2014). Assim, a fim de se reestabelecer o estado inicial de equilíbrio, são desencadeadas diversas respostas fisiológicas e comportamentais, nomeadamente a ativação do sistema nervoso simpático e do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal (Annor, Roblin, Okosun & Goodman, 2015; Kyrou & Tsigos, 2009). Além disso, as manifestações do *stress* variam caso este se revele na sua forma aguda ou crónica. Assim, aumento dos batimentos cardíacos e consequentemente elevação momentânea da pressão arterial, são encarados com sendo as manifestações primárias da primeira. Já a pressão arterial elevada (que torna a pessoa hipertensa) é uma consequência da segunda e encontra-se mediada pela libertação continuada de cortisol pelo córtex supra-renal (Gonçalves, et al., 2008).

2.2. *Stress* e DM

As pessoas portadoras de DM veem ser adicionados ao seu *stress* quotidiano, *stressores* derivados da sua doença (e.g., preocupação com possíveis complicações, medo da hiperglicemia) que devem ser devidamente identificados e colmatados com o fim último de aumentar a sua qualidade de vida e melhorar (ou manter) o seu estado de saúde (Lee, et al., 2006; Kaur, et al., 2013; Reddy, Wilhelm & Campbell, 2013; Wardian & Sun, 2014). Vários estudos acrescentam que ser diagnosticado com DM é um *stressor* que por si só impõe um grande número de acomodações tanto físicas como mentais (Ferreira, et al., 2015; Kaur, et al., 2013). Estes doentes apresentam maior ansiedade e manifestam mais sintomas depressivos do que a população em geral o que, consequentemente, acaba por se associar a um baixo controlo glicémico, complicações específicas da DM, ou ainda a um pior prognóstico e qualidade de vida (Ferreira, et al., 2015, Lee, et al., 2006; Ramos & Ferreira, 2011).

O *stress* (nomeadamente no que se refere à forma negativa de *stress*, o *distress*, que origina mal-estar e sofrimento à pessoa) tem vindo a ser amplamente identificado enquanto fator de risco para a DM, podendo contribuir tanto para o seu aparecimento como influenciar o curso desta doença (Ferreira, et al., 2015; Gois, et al., 2012; Hamedi, Ameri & Azamameri, 2013).

No que diz respeito especificamente à DM, o *distress* engloba as preocupações que o autocuidado da DM acarreta (nomeadamente as injeções de insulina), o acesso que o doente tem a cuidados de saúde de qualidade, a perceção que tem do apoio que recebe, bem como a carga emocional a que o mesmo se encontra sujeito (Lee, et al., 2006; Wardian & Sun, 2014). Assim, assume-se que pessoas que tenham uma tendência geral para experimentar episódios intensos de *distress* e de sentimentos negativos, têm maior propensão para virem a desenvolver DM (Ferreira, et al., 2015; Gois, et al., 2012; Reyes & Pérez, 2014; Wardian & Sun, 2014). Essa tendência é conhecida por vulnerabilidade ao *stress* e tem vindo a ser relacionada com a DM através de duas formas: à doença em si (e.g., as suas complicações) e tudo o que ela representa (e.g., mudanças de hábitos alimentares, tratamentos) e o *stress* psicológico que advém de viver com uma doença crónica e com as suas limitações num mundo repleto de desafios profissionais e interpessoais (Gois, Akiskal, Akiskal & Figueira, 2012; Gois, et al., 2012; Reddy, Wilhelm & Campbell, 2013). Esta relação pode, possivelmente, elucidar o facto de muitas vezes o diagnóstico da DM transportar um choque emocional para a pessoa, que não está preparada para viver com as limitações decorrentes da sua nova condição (Gois, et al., 2012; Reyes & Pérez, 2014).

Embora ainda não se compreenda muito bem qual o mecanismo exato que se encontra implicado no impacto que o *distress* relacionado com DM tem no autocuidado, Kyrou e Tsigos (2009) consideram que existe uma relação bidirecional entre *stress* e DM e foi considerada a hipótese de esta envolver aspetos fisiológicos e/ou comportamentais. Fisiologicamente, ao ativar o eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal, o *stress* aumenta os níveis de cortisol que, por seu turno aumentam os níveis de glicose no sangue, conduzindo a um aumento de resistência à insulina. No que concerne à evidência comportamental, esta sustenta-se no facto de que pessoas com elevados níveis de *distress* desenvolvem mais frequentemente comportamentos de risco (e.g., consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismo) e têm mais dificuldades em proceder às modificações necessárias no seu estilo de vida (e.g., autocuidado, adesão à medicação) (Annor, Roblin, Okosun & Goodman, 2015; Kyrou & Tsigos, 2009).

2.2.1. DM e Fontes de Stress

Em 2002, Glasgow, Toobert e Gillette (cit. in Wardian & Sun, 2014) chegaram ao consenso de que a avaliação do *distress* relacionado com a DM poderia ser útil na identificação e superação das barreiras ao autocuidado da DM. Por conseguinte, para Peytrol e colaboradores (2005 cit. in Wardian & Sun, 2014) torna-se imprescindível conhecer quais os fatores que para as pessoas portadoras de DM são particularmente *stressantes* por se associarem ao autocuidado da sua doença. Assim os mesmos autores identificaram fatores como lidar com as diferentes situações sociais, a interação entre *distress* e controlo glicémico, bem como as próprias tarefas diárias de autocuidado (nomeadamente a medicação injetável), como sendo os principais fatores geradores de *distress* (Wardian & Sun, 2014). Por seu turno, outras fontes de *distress* como as crenças que se tem acerca da doença em si, perceção de que se recebe pouco apoio social, falta de conhecimento acerca da doença (o que demonstra a importância

da psicoeducação para estes doentes) e ainda a sobrecarga que advém de se conviver com a DM e das exigências que esta acarreta são também frequentemente referidas (Littlewood, Cummings & Lutes, 2015; Reddy, Wilhelm & Campbell, 2013). Gois, Akiskal, Akiskal e Figueira (2012) postulam que os preditores de *distress* encontram-se pautados por eventos negativos de vida, complicações crónicas, gestão de exercício e retrocessos na dieta, história prévia de depressão, bem como pelo *stress* crónico da vida diária.

Por sua vez, um estudo de 2013 realizado na Malásia verificou que maiores níveis de *distress* em portadores de DM se encontravam associados a fatores como níveis do teste os níveis obtidos no teste da Hemoglobina Glicada (HbA1c, usado principalmente para monitorizar a concentração de glicose ao longo do tempo), presença de comorbilidades, eventos de vida negativos, consumo de álcool e história de doença psiquiátrica na família, sendo o último o melhor preditor de *stress*, encontrando-se seguido pelo consumo de álcool e o género feminino (Kaur, et al., 2013). Nas pessoas do género feminino parece existir uma maior propensão para experimentar *distress* associado a DM devido à dificuldade em realizar a dieta, pois compensam o sofrimento comendo em maior quantidade (Ferreira, et al., 2015; Gouveia & Rodrigues, 2013; Péres, Franco & Santos, 2008)

No estudo desenvolvido por Wardian e Sun (2014) foram identificados seis elementos que se relacionam com um maior grau de *distress* associado a DM nomeadamente: pessoas mais jovens, terem outros problemas de saúde, menor número de dias por semana em que segue um plano de alimentação saudável, maior índice de massa corporal (IMC), menor apoio por parte do seu prestador de cuidados de saúde e menor grau de autoeficácia.

2.2.2. Consequências do *Stress* para a Pessoa Portadora de DM

Vários estudos têm vindo a enfatizar a importância vital no controlo do bem-estar físico e psicológico, pois “a forma como a pessoa se relaciona com o *stress* pode estabelecer a diferença entre saúde e doença, vida e morte” (Gonçalves, et al., 2008, pág. 174).

O *stress* parece interferir com a rotina comportamental do doente com DM não se sentindo capaz de responder às exigências do seu novo estado, o que se traduz, por exemplo, na diminuição/interrupção da atividade física, no não cumprimento da dieta ou não seguimento da terapia farmacológica (Ferreira, et al., 2015; Mesquita, Lobato & Brito, 2014). Por conseguinte, estes comportamentos podem condicionar o controlo dos níveis de glicose, podendo mesmo resultar num estado de hiperglicemia, dadas as substâncias produzidas quando a pessoa experiencia eventos *stressores* (Ferreira, et al., 2015). Assim, a exposição prolongada a substâncias como o cortisol provoca um aumento dos níveis de glicemia até ao ponto em que a insulina produzida se torna insuficiente para a remover da corrente sanguínea e das células. Consequentemente, com o passar do tempo, o aumento contínuo do açúcar no sangue (hiperglicemia) pode culminar na resistência do organismo à insulina, tornando a pessoa mais suscetível à DM2 (Kyrou & Tsigos, 2009). Contudo, alguns autores consideram que

apesar de existirem fortes evidências de que o *distress* se encontra associado a uma diminuição do controlo glicémico em pessoas portadoras de DM com o diagnóstico já estabelecido, existe pouca ou nenhuma certeza de que o mesmo possa dar origem a um quadro de DM (Mesquita, Lobato & Brito, 2014). Assim, parece mais provável que o *distress* provoca um prejuízo da glicemia no doente não sintomático, o que por sua vez faz com que os sintomas se tornem mais evidentes (Mesquita, Lobato & Brito, 2014).

Por outro lado, estão também presentes consequências de ordem emocional, sendo que o *distress* associado a DM parece propiciar a falta de adesão ao regime terapêutico, diminuição do apoio social percebido, elevada preocupação relacionada com o autocuidado da DM, redução do bem-estar e qualidade de vida, bem como problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão (Jones, Vallis & Pouwer, 2014; Karlsen, Oftedal & Bru, 2012; Reddy, Wilhelm & Campbell, 2013). Alguns autores, referem que é frequente nos portadores de DM existir uma comorbilidade entre *distress* associado a DM e depressão. Assim, chegou-se à conclusão de que enquanto o *distress* relacionado com DM poderá derivar das atividades relacionadas com DM e o seu tratamento (e.g., controlo glicémico, adesão ao tratamento), a depressão possivelmente afetará comportamentos mais orientados para o estilo de vida (Gois, Akiskal, Akiskal & Figueira, 2012; Strandberg, et al., 2014). Necessário sublinhar que não raras vezes as pessoas portadoras de DM apresentam *distress*, mas não se encontram clinicamente deprimidas, o que desperta para a importância de se intervir neste fator psicossocial (Fisher, 2007 cit. in Wardian & Sun, 2014).

Funcionando como uma reação fisiológica do organismo que desencadeia a libertação de substâncias e, tendo como fruto a produção de energia no sentido de permitir ao corpo executar uma ação de luta ou fuga, o *stress* acarreta diferentes corolários consoante o tipo de DM. Deste modo, enquanto na DM1 o *stress* reduz os níveis de glicose, na DM2, este provoca o seu aumento (Mesquita, Lobato & Brito, 2014). Além de estudos com o intuito de averiguar qual o impacto do *distress* nos diferentes tipos de DM, Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (cit. in Ramos & Ferreira, 2011) desenvolveram uma investigação que tinha como intuito comparar os níveis de *stress* entre pessoas portadoras de DM com e sem complicações crónicas. Depois de estudados os 316 participantes, os autores concluíram que no que concerne ao *stress* negativo (*distress*) não se verificaram diferenças, mas que nos doentes com complicações crónicas, o *stress* positivo (*eustress*) encontrava-se menos presente.

Outros estudos referem ainda que o efeito hipertensivo do *stress* crónico apresenta como consequência diversas complicações como o acidente vascular cerebral, rutura de aneurismas ou paragem cardíaca. Outro efeito adverso que deriva do *stress* é o aumento da concentração de glicose no sangue devido ao facto do metabolismo geral dos corticoides estimular a gliconeogénese e, simultaneamente, proceder-se a uma diminuição da utilização da glicose celular, podendo este processo culminar numa exacerbação do quadro de DM (Gonçalves, et al., 2008).

Como forma de conclusão o *distress* é então considerado um fator que é fundamental ter em conta na intervenção na DM, uma vez que se encontra relacionado com menos comportamentos de autocuidado e prejuízos na qualidade de vida da pessoa portadora de DM (Jones, Vallis & Pouwer, 2014).

2.3. Intervir com Doentes Portadores de DM

2.3.1. Dificuldades na adesão às terapêuticas

O controlo metabólico rigoroso associado a medidas preventivas é capaz de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crónicas associadas à DM, resultando numa melhor qualidade de vida da pessoa portadora de DM (Paiva, Bersusa, & Escuder, 2006). Nesta linha, é necessário ter um controlo sobre esta patologia, sendo para isso importante o desenvolvimento de medidas que envolvam mudanças no estilo de vida (Péres, Santos, Zanetti & Ferronato, 2007).

A adesão existe quando a toma da medicação, o cumprimento da dieta e/ou prática de exercício físico, coincidem com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde (Cunha, André, Granado, Albuquerque & Madureira, 2015). Por conseguinte, “adesão” remete para a participação ativa do doente bem como para uma interação entre doente e clínico. Assim, por um lado implica o cumprimento do regime terapêutico por parte do doente e a sua participação ativa e voluntária, por outro implica uma partilha de responsabilidade e o acordo entre clínico e doente, tendo-se sempre em conta as crenças e necessidades do doente (Albuquerque, Correia, & Ferreira, 2015; Cunha, et al., 2015).

A intervenção na DM assenta na denominada **Triade Terapêutica** que detém enquanto componentes a dieta, exercício físico e medicação, tendo cada um deles um papel essencial no tratamento desta patologia. Assim, a dieta aumenta o açúcar no sangue (glicemia), enquanto a insulina e o exercício físico o diminuem (Fernandes, Magalhães, Mata & Pimentel, 2012; Gomes & Negrato, 2016; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2014). A harmonia entre estes três fatores leva a alterações substanciais no modo de vida, o que acarreta um enorme esforço e responsabilidade por parte das pessoas portadoras de DM (Cardoso, Queirós & Ribeiro, 2015; Cunha, et al., 2015; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2014). Como tal, sendo o tratamento deveras exigente muitos doentes acabam por não o conseguir cumprir (Silva, 2010).

A baixa adesão ao autocuidado da DM é consequência de uma combinação de várias características da doença e do seu tratamento (Cardoso, Queirós & Ribeiro, 2015). Sendo uma doença crónica, aliando-se o facto do objetivo do tratamento não ser a cura, mas sim a prevenção que não conduz a um desconforto imediato, tal culmina num tratamento exigente por se basear em mudanças no estilo de vida que se revelam bastante morosas (Albuquerque, Correia, & Ferreira, 2015; Gomes & Negrato, 2016). A percentagem de pessoas portadoras de DM que segue a terapia proposta pelo seu profissional de saúde (nomeadamente a Triade

Terapêutica), é muito inferior ao que seria esperado (Cunha, et al., 2015; Fernandes, Magalhães, Mata & Pimentel, 2012). Um grande obstáculo ao cumprimento da **dieta** encontra-se no controlo dos impulsos alimentares que levam a que a transgressão e o desejo alimentar estejam sempre presentes na vida da pessoa portadora de DM. Por conseguinte, o alimento procurado tem como função fornecer um alívio passageiro que culmina com a ansiedade sentida durante o tempo em que se conseguiu manter a alimentação prescrita (Péres, Santos, Zanetti e Ferronato, 2007). Por seu turno, o **exercício físico**, apesar de suscitar sentimentos de bem-estar e aumentar o nível de qualidade de vida e ainda ajudar a controlar os níveis de glicemia e aumentar a sensibilidade à insulina, apresenta também uma baixa adesão, o que leva a um controlo metabólico insatisfatório (Fernandes, Magalhães, Mata & Pimentel, 2012; Gomes & Negrato, 2016; Paiva, Bersusa & Escuder, 2006). Por último, no que concerne ao seguimento da **terapia medicamentosa**, são descritos um número de fatores que contribuem para que as pessoas, na maioria das vezes, não reconheçam a importância de cumprir com o tratamento farmacológico, nomeadamente: o número de medicamentos, os efeitos adversos, o elevado custo dos mesmos, os mitos e crenças construídos, o grau de instrução dos doentes (limita o acesso a informações e à compreensão) e o caráter assintomático da doença, (Fernandes, Magalhães, Mata & Pimentel, 2012; Gomes & Negrato, 2016; Péres, Santos, Zanetti, & Ferronato, 2007).

A DM é responsável por complicações, que não só limitam a vida das pessoas, como também contribuem para um nível elevado de morbilidade e mortalidade. Tem-se vindo a observar uma relação positiva entre adesão ao regime terapêutico e elevado nível de *empowerment* da pessoa portadora de DM. O *Empowerment* pode ser visto como um processo que fomenta maior controlo como resultado de um ganho em termos de conhecimentos e desenvolvimento de competências que permitem às pessoas tomar decisões e participar efetivamente no seu próprio projeto de saúde. Assim, torna-se imprescindível educar as pessoas, fornecendo-lhes estratégias que lhes permitam gerir a sua doença, promovendo a sua autonomia, participação ativa e total envolvimento no seu tratamento (Cunha, et al., 2015; Silva, 2010). Esta estratégia tem vindo a ser identificada como a única solução eficaz no controlo e prevenção das complicações da DM não descuidando a vigilância e disponibilidade contínua por parte dos profissionais de saúde (Cunha, et al., 2015; Péres, Santos, Zanetti & Ferronato, 2007).

2.3.2. Intervenção no Stress

Os níveis elevados de *distress* interferem negativamente na adesão ao tratamento, pelo que quando se verificarem conexões entre *distress* e DM, é necessário proceder-se a uma avaliação cuidadosa da sua prevalência (Albuquerque, Correia, & Ferreira, 2015). A esta relação, acrescenta-se o facto do *distress* ser o único fator psicossocial que tem sido consistentemente identificado como tendo uma relação direta com os níveis obtidos no teste HbA1c, o que reforça a importância de se intervir no *stress* associado a DM (Gois, Akiskal, Akiskal & Figueira, 2012; Reddy, Wilhelm & Campbell, 2013; Strandberg, et al., 2014).

Um aspeto que dificulta a intervenção no *distress* associado a DM é o facto dos sintomas depressivos (e.g., humor deprimido, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desespero) poderem funcionar como indicadores do *distress* (Wardian & Sun, 2014). Consequentemente, diferentes autores consideram que o *distress* pode ser “mascarado” pela presença de sintomatologia depressiva, sendo a intervenção efetuada baseada em estratégias destinadas à depressão que podem ser ou não adequadas para a minoração do *distress* (Fisher, et al., 2014; Strandberg, et al., 2014; Wardian & Sun, 2014). Assim, torna-se necessário resolver a confusão ainda vigente entre o que é considerado sintomatologia depressiva e o que, por outro lado, é considerado *distress* nas pessoas portadoras de DM que não se encontram clinicamente deprimidas, mas apresentam *distress* relacionado com DM (Fisher, 2007 cit. in Wardian & Sun, 2014).

Apesar dos efeitos adversos do *stress* já referidos anteriormente (cf. 2.2.2. Consequências do Stress para a Pessoa Portadora de DM) e o facto de este se encontrar associado a consequências negativas (pois muitas patologias físicas e mentais são desencadeadas por exposição crónica a *stressores*), esta resposta é indispensável para a sobrevivência da pessoa e é extremamente adaptativa quando ativada de forma aguda (Galvão-Coelho, Silva & Sousa, 2015). Assim, no caso da pessoa portadora de DM, o *stress* pode ser positivo quando permite ao paciente vislumbrar a importância da adesão ao tratamento (Ferreira, et al., 2015). Ferreira et al. (2015) e Kaur, Tee, Ariaratnam, Krishnapillai e China (2013) observam que seria benéfico incluir um treino de controlo de *stress* no tratamento preconizado para a DM, com o intuito de melhorar os níveis glicémicos e prevenir o desenvolvimento de complicações. Surwit e colaboradores (cit. in Kaur, et al., 2013), avaliaram a eficácia de um treino de gestão de *stress*, selecionando como amostra 26 pessoas portadoras de DM2 que dividiram em dois grupos, sendo que a um deles implementaram um programa de educação em DM e, ao outro, um programa de gestão de *stress*. Terminados os programas, foi possível concluir, que nos doentes que tinham participado no segundo programa, se observava uma pequena redução nos níveis de HbA1c, quando comparados com os restantes.

Uma metanálise realizada em 2013 levou Fisher e seus colaboradores a considerarem duas estratégias de intervenção úteis na diminuição do *distress* relacionado com DM. Uma dessas estratégias assume que se as intervenções se demonstram eficazes na melhoria dos comportamentos de autogestão, tal também irá contribuir para uma minoração do *distress* associado a DM, uma vez que as preocupações sentidas relativamente aos cuidados a ter com a doença também se reduzem. Mais especificamente, os autores observaram que intervenções cujo objetivo era melhorar a capacidade de autogestão, reduziam significativamente os níveis de *distress* (Fisher, et al., 2013).

2.3.3. A Psicoeducação como estratégia de intervenção: Potencialidades e Limites

Apesar de existirem várias intervenções que podem contribuir para diminuir o *distress* associado a DM, são vários os autores (e.g., Cunha, et al., 2015; Wardian & Sun, 2014) que

remetem para a relevância que a psicoeducação tem na diminuição do *distress* associado a DM, contribuindo para aumentar a compreensão por parte do doente desta patologia. Neste sentido, ao longo deste tópico irá ser efetuada uma caracterização e salientada a relevância que esta estratégia apresenta na diminuição do *distress* associado a DM.

As pessoas portadoras de DM revelam muitas dúvidas e carência de informações mesmo que básicas para o seu autocuidado o que contribui para uma maior vulnerabilidade ao *stress* (Losso, Zimermann, Ceretta, Salvaro & Rosa, 2014). Deste modo, a participação destes doentes em programas educativos seria uma forma de potencializar as ações de prevenção que se encontram debilitadas pela falta de conhecimento acerca da DM (Cunha, et al., 2015; Gouveia & Rodrigues, 2013).

A psicoeducação surge assim como solução e consiste em facultar ao doente e/ou familiares diretrizes relativamente a uma determinada condição (e.g., sintomas, causas, consequências, tratamento) (Cunha, et al., 2015; Losso, et al., 2014). A psicoeducação deve ser encarada como parte integrativa do tratamento, funcionando enquanto uma ferramenta que facilita a aquisição de novos comportamentos por parte do doente, tendo como propósito maximizar o seu estado de saúde. Prevenir complicações da DM, promover mudanças no estilo de vida e aumento na qualidade de vida (e.g., diminuição do *distress* associado a DM) são algumas das mais-valias que a psicoeducação já demonstrou quando aplicada a esta patologia (Albuquerque, Correia & Ferreira, 2015). Esta estratégia pretende aumentar o entendimento da pessoa, modificar comportamentos de autocuidado, e conseqüentemente, possibilitar um melhor prognóstico, podendo ser concretizada tanto a um nível grupal como individual. A eficácia desta intervenção está relacionada com o modelo preconizado pela psicoeducação, que possibilita às pessoas portadoras de DM, uma partilha dos seus sentimentos face à doença (e.g., preocupações associadas ao autocuidado) ou o esclarecimento de mitos (e.g., dieta saudável implica pouca quantidade de alimentos), promovendo a adoção de uma postura mais responsável face ao tratamento (Losso, et al., 2014). Zagarins, Allen, Garb e Welch (2012 cit. in Wardian & Sun, 2014) concluíram no seu estudo que após a realização de uma psicoeducação relativa à DM, foi verificado que as pessoas faziam um melhor controlo glicémico e que tal se encontrava associado a uma diminuição do seu *distress* associado a DM.

Para a Federação Internacional de Diabetes (cit. in Albuquerque, Correia & Ferreira, 2015), a psicoeducação é fundamental para as pessoas portadoras de DM por permitir que as mesmas tomem decisões informadas, saibam lidar com as rotinas de uma doença crónica complexa, bem como sejam capazes de proceder às mudanças de atitude exigidas pela sua nova condição. Albuquerque, Correia e Ferreira (2015) postulam que a psicoeducação não apenas possibilita um melhor controlo (pois esta interage simultaneamente com os três pilares - dieta, exercício físico e medicação) como ainda proporciona uma melhor adaptação da pessoa à sua doença (o que diminui a sua vulnerabilidade ao *stress*), fomentando o desenvolvimento de estratégias que fazem com que a mesma se torne a principal gestora da sua doença.

Assim, para os mesmos autores, a psicoeducação conduz a uma partilha da responsabilidade na tomada de decisões, fomentando no doente um sentimento de autonomia e maior controlo face à sua condição (propicia uma maior autoeficácia, um locus de controlo interno e menor vulnerabilidade ao *stress*). Este processo educativo é contínuo e sistemático e só pode ser eficaz caso o clínico conheça as crenças, sentimentos, pensamentos, assim como os comportamentos da pessoa. Só assim é possível estabelecer metas terapêuticas que fomentem a adesão (Albuquerque, Correia & Ferreira, 2015; Kaur, et al., 2013).

Contudo, alguns autores têm alertado que a Psicoeducação individualmente pode não ser suficiente. António (2010) alerta para o facto de que uma abordagem educativa com destaque apenas nos processos cognitivos pode ser insuficiente, uma vez que os fatores emocionais (nomeadamente o *distress*) executam grande influência na adesão ao tratamento. Também, Fisher, Gonzalez e Polonsky (2014) consideram que não existe uma evidência de que intervenções cujo objetivo seja melhorar o autocuidado ou a psicoeducação na DM sejam suficientes para a diminuição do *distress*, especialmente quando este é elevado. Por conseguinte, os mesmos autores sugerem três níveis de intervenção que devem ser tidos em conta para a diminuição do *distress* associado a DM. Assim, 1) a um nível inicial, todos os doentes com DM (mesmo aqueles que apresentem pouco ou nenhum sinal de *distress*) podem lucrar com a educação, apoio e reconhecimento de que o *distress* é uma parte expectável e que faz parte do espectro da DM; 2) caso o grau de *distress* aumente com o passar do tempo, seja este específico ou não da DM, os autores consideram que intervenções mais focalizadas (como é o caso da resolução de problemas ou intervenções familiares) podem ser úteis e 3) no caso das pessoas que apresentem *distress* elevado, são necessárias intervenções mais agressivas como é o caso da medicação e da psicoterapia (Fisher, Gonzalez & Polonsky, 2014).

Face ao exposto, a inclusão da psicoeducação torna-se fundamental para ajudar as pessoas portadoras de DM no autocuidado da sua doença através da minoração do *distress* relacionado com a DM suscitado por uma melhor compreensão da doença, mas não é suficiente (Fisher, Gonzalez & Polonsky, 2014). Assim, numa perspetiva futura, é necessário proceder-se a mais investigações que tenham em conta o impacto do *distress* do doente e delinear intervenções específicas para o seu controlo e que as mesmas sejam integradas no tratamento da DM (Cardoso, Queirós & Ribeiro, 2015; Ferreira, et al., 2015). Necessário ainda ter presente que o mais importante ao se intervir com a pessoa é o seu bem-estar psicológico, sendo fundamental atender-se aos processos psicológicos, uma vez que a saúde biopsicossocial é determinante na adesão ou não ao regime terapêutico (Albuquerque, Correia & Ferreira, 2015). Acrescente-se que Harkness e colaboradores (2010 cit. in Wardian & Sun, 2014) ao analisarem as intervenções psicossociais existentes, observaram que não existe uma intervenção específica que alcance toda a esfera biopsicossocial do doente.

3. DM e Crenças face à Doença

Da mesma forma que o *distress* relacionado com a DM tem influência no processo de autocuidado e de gestão da DM, as crenças que a pessoa tem face à sua condição também denotam ser um fator decisivo na procura de tratamento e de cuidados exigidos por este quadro clínico (Chaves & Alves, 2015).

A pessoa portadora de DM sente a necessidade de dar um sentido à sua patologia. Por conseguinte, perante um diagnóstico, as representações que a pessoa constrói face à doença assumem um papel importante uma vez que, a mesma é considerada um agente ativo no que concerne à escolha dos cuidados de saúde e na adesão ou não ao regime terapêutico (Oliveira & Pereira, 2012; Pereira, Pedras & Machado, 2013). De acordo com Chaves e Alves (2015) tal remete para as estratégias de *coping* utilizadas por cada pessoa com o intuito de se adaptar ao conjunto de exigências que a irão acompanhar ao longo da sua vida.

De uma forma genérica, as representações são constituídas por sistemas de interpretações que condicionam a forma como a pessoa se relaciona com os outros e com o mundo (Costa & Coutinho, 2016). Mais especificamente, as representações face a uma doença como a DM influenciam como a pessoa reage aos sintomas físicos, lida com o seu estado de saúde e ainda os seus comportamentos de autocuidado (Costa & Coutinho, 2016; Oliveira & Pereira, 2012; Pereira, Pedras & Machado, 2013). Deste modo, a maneira como a pessoa enfrenta a sua doença encontra-se diretamente relacionada com a perceção que esta tem de saúde tendo em conta as suas crenças, valores, experiências pessoais, bem como a forma como as vivenciou ao longo da sua vida (Lima, 2015).

Tendo como objetivo apreender quais as representações/crenças elaboradas por pessoas portadoras de DM acerca da sua doença, Costa e Coutinho em 2016 avaliaram 31 pessoas com idades compreendidas entre os 34 e os 76 anos. Este estudo permitiu concluir que os participantes classificavam a DM como uma doença silenciosa, complexa e multifacetada, cujo diagnóstico é evidenciado tardiamente. Além disso, as autoras verificaram que estes doentes se encontram suscetíveis a comorbidades tanto físicas como psíquicas, como é o caso da sintomatologia depressiva. No que diz respeito ao tratamento, este centrou-se na tríade terapêutica sendo que, de um modo geral, observou-se que a falta de comprometimento para com o tratamento propicia sentimentos de autculpabilização, principalmente, quando os doentes se veem na iminência de consequências graves (e.g., perda de visão) (Costa & Coutinho, 2016). Ainda a propósito do tratamento da DM, um estudo de 2012 concluiu, que as representações da doença foram responsáveis por 19% da variância em relação à dieta e por 13% da variância relativamente ao exercício físico (Oliveira & Pereira, 2012)

A adesão é considerada um processo de tomada de decisão racional, no qual os doentes contrabalançam as suas preocupações com a perceção da necessidade e a perceção de

benefícios do tratamento. As crenças acerca do tratamento, condição e prognóstico, bem como as experiências objetivas com o tratamento, diferenciam os doentes que aderem ao regime terapêutico dos que não aderem (consultar tabela 2) (Luz, et al., 2015; Pereira, Pedras & Machado, 2013). Mais especificamente no caso da DM2, as crenças acerca da eficácia do tratamento, da necessidade de medicação, da duração da doença e das causas parecem ser preditores importantes a ter em consideração na adesão terapêutica (Luz et al., 2015; Oliveira & Pereira, 2012).

Tabela 2

Diferenças entre as principais características idiossincráticas das pessoas portadoras de DM que aderem e que não aderem ao tratamento (Gherman, et al., 2011)

Pessoas que aderem	Pessoas que não aderem
<ul style="list-style-type: none"> - Confiantes de que podem executar os comportamentos de autocuidado como recomendado e de que têm controlo sobre a sua doença; - Acreditam que tomar medicação, seguir a dieta, fazer exercício, medir a glicose no sangue é uma forma eficiente de controlar a DM; - Esperam alcançar benefícios que são relevantes e significativos para elas (e.g., aumento do seu bem-estar); - Têm a intenção de se envolver nos comportamentos de autocuidado; - Mais propensas a perceber a relação com o prestador de cuidados de saúde como satisfatória e de apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensam que é muito difícil incluir os comportamentos de autocuidado no seu quotidiano e que os mesmos são difíceis de executar; - Percebem mais barreiras à adesão e têm menos confiança de que conseguem lidar com as mesmas; - Consideram não existir uma razão para aderirem ao tratamento quando o nível de glicemia está estável; - Preocupam-se mais com os efeitos colaterais da medicação; - Têm atitudes negativas relativamente à insulina.

Numa investigação efetuada por Broadbent, Donkin e Stroh (2011) na Nova Zelândia, as pessoas portadoras de DM classificam a medicação como sendo mais importante do que a dieta e o exercício, sendo esta a que revela uma maior percentagem de adesão. Além disso, os participantes também apresentaram diferentes crenças consoante o tipo de medicação, apontando a insulina como sendo a mais eficaz para a DM.

Os sentimentos e crenças interferem com a motivação da pessoa portadora de DM para levar a cabo as alterações necessárias ou predispondo-a a transgredir (Lima, 2015). Assim, cada pessoa apropria-se de uma forma única à sua doença, que resulta da perceção que esta tem de si mesma, dos obstáculos que surgem no decorrer da doença, bem como da forma com que

esta lida com os mesmos. Desta forma, o doente consegue reenquadrar a dimensão do problema e capacitar-se para a resolução de eventuais dificuldades que possam surgir (Lima, 2015).

Também a cultura pode influenciar as percepções e exercer efeito na forma como cada um atua no sentido de melhorar o seu estado de saúde (Abubakari, et al., 2013). Por seu turno, Lima (2015) considera que as concepções culturais e crenças religiosas, alimentares e emocionais contra a DM são consideradas como um impasse no processo de tratamento devido também aos cuidadores informais. Um exemplo ilustrativo é fornecido por Péres, Santos, Zanetti e Ferronato (2007) quando se referem ao sentimento de rejeição por parte da própria família (cuidadores informais) ou da sociedade:

“Expor-se à crítica do outro, à não-aceitação por parte de familiares faz o diabético sentir-se ‘diferente’ dos demais. O “ser diferente” é vivido como experiência penosa. A diferença é tratada como algo problemático, e não como uma peculiaridade que singulariza o sujeito, ou seja, uma diferença que faz a diferença na medida em que constitui o fundamento mesmo da identidade pessoal” (tradução livre, pág. 1108).

Em suma, as representações da doença apresentam-se como determinantes para que o doente tenha uma boa adesão e capacidade de gestão da sua doença. Além disso, as crenças que determinada pessoa detém acerca do tratamento encontram-se diretamente influenciadas pelas crenças que a pessoa tem acerca da sua doença (Oliveira & Pereira, 2012; Pereira, Pedras & Machado, 2013). Assim, no caso específico da DM a ausência de sintomas faz com que os doentes não compreendam a importância do tratamento ou a gravidade da enfermidade (Gouveia & Rodrigues, 2013; Luz, et al., 2015). Horne e colaboradores (1999 cit. in Pereira, Pedras & Machado, 2013) verificaram que doentes portadores de diversas doenças (entre elas a DM) com a crença de que necessitavam de tratamento eram aqueles que apresentavam uma percentagem de adesão mais elevada. Existem evidências de que as crenças face à DM podem modificar comportamentos e que as intervenções delineadas, com o objetivo de mudar a percepção que se tem relativamente à doença, podem melhorar o estado de saúde da pessoa portadora de DM (Broadbent, et al., 2015).

3.1. DM, Crenças e o Modelo da Autorregulação de Senso Comum

As percepções que os doentes têm relativamente a uma doença foram avaliadas pela primeira vez numa pesquisa na década de 1960 (Broadbent, et al., 2015). A investigação subsequente levou ao desenvolvimento do Modelo da Autorregulação de Senso Comum (MARSC) por Howard Leventhal e seus colaboradores em 1997 que tem a sua origem no modelo original da Autorregulação de Leventhal (1987) (Hudson, Brundy, Coventry & Dickens, 2014). Sendo que a grande maioria dos estudos realizados no domínio das representações face a uma doença têm por base os pressupostos do MARSC é esse que irá ser apresentado de forma mais pormenorizada (Broadbent, et al., 2015; Hudson, Brundy, Coventry & Dickens, 2014).

O MARSC pressupõe que as pessoas formam crenças de senso comum relativamente às suas doenças com o intuito de as compreender e de lidar com as ameaças à sua saúde (i.e., a sua representação cognitiva da doença) (Abubakari, et al., 2013; Hudson, Brundy, Coventry & Dickens, 2014; Pereira, Pedras & Machado, 2013). Paralelamente, as pessoas processam respostas emocionais (e.g., medo, ansiedade e raiva) que, juntamente com as representações cognitivas fornecem-lhes motivação para levar a cabo determinados comportamentos que regulem as suas emoções e melhorem o seu estado de saúde (Broadbent, et al., 2015; Dimitraki & Karademas, 2014). Este modelo detém como premissa fundamental que o doente é ativo na resolução dos seus problemas e inclui diferentes dimensões, nomeadamente: a) **Identidade** - abrange rótulos abstratos como o nome da doença e encontra-se associada à ideia que o doente tem sobre a natureza da sua nova condição (e.g., sintomas); b) **Causa**: ideias que o doente tem relativamente às possíveis causas da sua doença podendo estas ser internas (fatores genéticos) ou externas (e.g., *distress*); c) **Duração**: assinala o curso e previsibilidade da condição e pode variar entre aguda (curta duração), crónica (longa duração) ou episódica; d) **Consequências**: crenças que o doente tem relativamente à gravidade da doença e impacto no seu funcionamento e e) **Cura/controlo**: indica até que ponto a pessoa julga que a sua condição é passível de cura ou controlo (Hudson, Brundy, Coventry & Dickens, 2014). De acordo com Broadbent, et al. (2015), as crenças inicialmente construídas pelo doente tendem a sofrer alterações depois do mesmo conhecer todas as dimensões da sua doença. Aplicando o MARSC ao caso específico da DM, sendo as representações cognitivas e as respostas emocionais interdependentes perante uma ameaça, as mesmas atuam de forma independente ou em combinação (i.e., medicação) de modo a lidar com os tipos de comportamentos que a pessoa utiliza como forma de gerir a DM (cf. figura 4) (Hudson, Brundy, Coventry & Dickens, 2014).

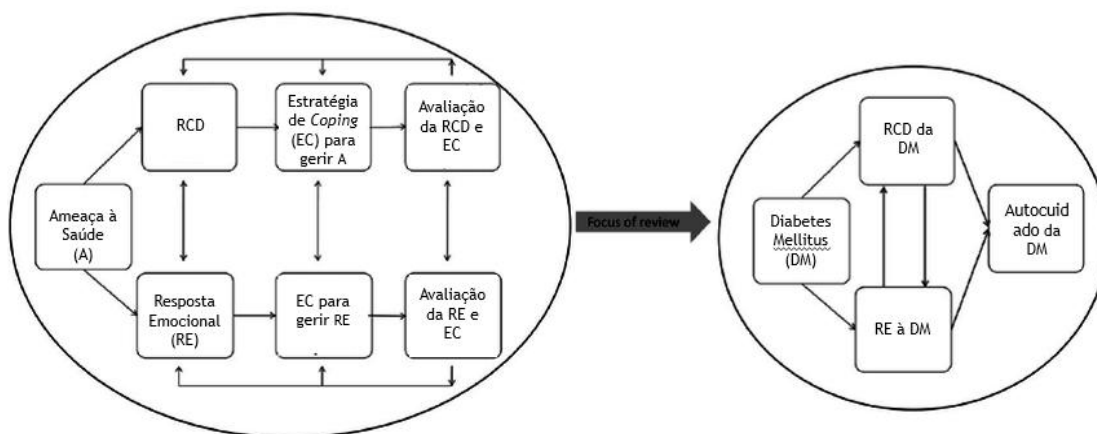


Figura 4. Diagrama do Modelo da Autorregulação de Senso Comum (MARSC) e todas as vias plausíveis de interação entre cognições, emoções e comportamentos; RCD = Representação Cognitiva da Doença (Hudson, Brundy, Coventry & Dickens, 2014)

De uma forma geral, existem evidências de que uma representação menos "positiva" da doença (e.g., consequências percebidas como sendo graves, duração longa ou episódica) está

associada a piores resultados em termos de saúde física e psicológica, o que se verifica também no caso específico da DM. Frequentemente, as consequências percebidas têm sido associadas a sintomas elevados de ansiedade, depressão e fadiga, assim como a uma pior qualidade de vida global (Dimitraki & Karademas, 2014).

Por seu turno, a percepção de que se tem uma doença crónica tem sido relacionada apenas com mais sintomas de ansiedade e fadiga. Por outro lado, a percepção da DM como uma doença crónica, grave e estável encontra-se relacionada com uma melhoria do autocuidado e adesão ao tratamento. Contudo, tal não é linear, uma vez que apesar de se verificar um melhor autocuidado, simultaneamente verifica-se também uma diminuição do bem-estar da pessoa portadora de DM. A pior condição requer muitas vezes que os doentes assumam determinados comportamentos de autogestão da DM, mesmo sem que estes compreendam na totalidade o impacto que os mesmos têm a longo prazo no seu bem-estar (Dimitraki & Karademas, 2014). Uma revisão de 45 estudos realizada por Broadbent, et al. (2015) veio também demonstrar que piores crenças acerca das consequências e identidade foram consistentemente associadas a pior funcionamento físico e social, maior *distress* e menor nível de bem-estar e vitalidade.

Estudos empíricos sustentam a validade do MARSC quando aplicado ao caso da DM, como é o caso de uma investigação referente à intervenção psicológica realizado por Keogh e colaboradores (2011 cit. in Hudson, Brundy, Coventry & Dickens, 2014) que tinha como alvo pessoas com baixo controlo glicémico (i.e., baixa percepção acerca da DM e/ou que acreditam que a DM é uma condição aguda). Foi verificado que a intervenção sobre as representações cognitivas acerca da doença contribuiu para uma melhoria na adesão ao autocuidado e/ou do estado de saúde física. Contudo, ainda continua por se esclarecer de que forma as representações cognitivas acerca da DM interagem com a resposta emocional da pessoa no que concerne ao autocuidado e à adesão (Hudson, Brundy, Coventry & Dickens, 2014).

Tendo em conta o referido, parece ser de extrema relevância que os doentes quando diagnosticados com DM fossem desde logo alvo de intervenções que incluam as crenças que estes têm acerca da doença (Oliveira & Pereira, 2012). Apenas desta forma será possível evidenciar sentimentos, sensações, conhecimentos e crenças que a pessoa tenha *a priori* e trabalhar na construção de representações mais adaptativas acerca da sua nova condição, promovendo-se uma boa gestão e comportamentos de autocuidado da DM (Costa & Coutinho, 2016; Oliveira & Pereira, 2012). Assim, pedir aos doentes que no decorrer da consulta falem sobre as suas representações face à DM, pode ajudar na identificação dos doentes que se encontram menos ajustados emocionalmente e que necessitam de apoio adicional (Hudson, Brundy, Coventry & Dickens, 2014).

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 3

Metodologia

1. Fundamentação e Descrição do Estudo

Este trabalho, insere-se dentro de um projeto mais vasto - o projeto CRON - Estudo da doença crónica e saúde mental aos níveis psicossocial, familiar e comunitário, que surgiu com o intuito de contribuir para o desenvolvimento de conhecimento científico que suporte o delineamento de estratégias de intervenção com o fim último de melhorar a adaptação e bem-estar psicológico dos doentes, focalizando-se em diferentes níveis e contextos.

Um diagnóstico de DM funciona por si só como um acontecimento que produz *stress*, dado a pessoa não se encontrar preparada para viver e conviver com a diabetes. Tal, adicionado aos *stressores* resultantes da sua nova condição de saúde (e.g., alterações na sua alimentação, controlo da glicemia, injeções de insulina regulares), contribuem para que estas pessoas tenham níveis de ansiedade superiores aos da população em geral, o que frequentemente dificulta a sua adesão à terapêutica, conduzindo a pior prognóstico e qualidade de vida (Ferreira, et al., 2015; Ramos & Ferreira, 2011).

A importância de uma avaliação rigorosa dos fatores psicológicos, bem como da consciencialização da pessoa para as mudanças que irá ter de efetuar (especialmente no que concerne ao autocuidado) têm-se revelado determinantes (e.g. Reddy, Wilhelm & Campbell 2013; Strandberg, et al., 2014). O referido justifica-se pela complexidade das mudanças que a DM acarreta que se revelam morosas e exigentes, não sendo realizadas e acabando por funcionar como fatores ansiógenos. Consequentemente, estes aspetos conduzem ao desenvolvimento de estados emocionais negativos na pessoa portadora de DM (Ferreira, et al., 2015; Gois, et al., 2012; Reyes & Pérez, 2014; Wardian & Sun, 2014).

Vários estudos (e.g., Ferreira, et al., 2015; Reyes & Pérez, 2014; Wardian & Sun, 2014) têm revelado que pessoas com tendência geral para experimentar episódios intensos de *stress* e de sentimentos negativos têm uma maior probabilidade para virem a desenvolver DM, pelo que se considera imprescindível conhecer os fatores de risco, bem como intervir no sentido de se minimizar a vulnerabilidade ao *stress*.

Paralelamente ao *distress*, as crenças também desempenham um papel fundamental na forma como a pessoa percebe a sua doença, o que consequentemente influencia a sua adesão ao tratamento e autocuidado (Chaves & Alves, 2015). Por conseguinte, as pessoas têm

uma forma única de se adaptarem à sua nova condição o que vai ao encontro das ideias pré-concebidas que estas estabeleceram relativamente à doença (Lima, 2015).

As representações da doença apresentam-se determinantes para uma boa adesão e capacidade de gestão do quadro clínico, sendo que as crenças que o doente detém acerca do tratamento encontram-se diretamente influenciadas pelas crenças que tem acerca da sua doença (Oliveira & Pereira, 2012; Pereira, Pedras & Machado, 2013). Assim, a ausência de sintomas no caso particular da DM traduz-se na desvalorização da importância do tratamento ou da gravidade desta doença, o que interfere com a motivação da pessoa na efetivação do tratamento (Gouveia & Rodrigues, 2013; Lima, 2015; Luz, et al., 2015). Neste sentido, as crenças que a pessoa detém acerca da DM influenciam os seus comportamentos e decisões, pelo que as intervenções delineadas têm de as ter em consideração (Broadbent, et al., 2015). Hudson, Brundy, Coventry e Dickens (2014) acrescentam que pedir aos doentes que falem sobre as suas representações face à DM, pode ajudar na identificação daqueles que se encontram menos ajustados emocionalmente e que necessitam de apoio adicional. Naturalmente tal irá possibilitar trabalhar no sentido de melhorar o seu estado de saúde (e.g., através da promoção de comportamentos de autocuidado) a partir da criação de representações mais adaptativas (Costa e Coutinho, 2016; Oliveira e Pereira, 2012).

Tendo em conta o supracitado este estudo detém enquanto **objetivo geral** avaliar a vulnerabilidade ao *stress* em pessoas portadoras de DM, assim como descrever se estas pessoas detêm crenças positivas ou negativas face à doença. Mais especificamente e no que diz respeito ao tema da vulnerabilidade ao *stress* pretende-se então comparar alguns dados sociodemográficos (género e idade) e clínicos (tempo de diagnóstico, insulina injetável e outros problemas de saúde) que têm sido referenciados em vários estudos relacionados com a DM e vulnerabilidade ao *stress*. Por seu turno no que se refere às crenças pretende-se ainda averiguar como é que as pessoas se posicionaram face às representações cognitivas da doença (consequências, duração, controlo pessoal, controlo do tratamento e identidade), representações emocionais (preocupação e emoções), o seu nível de compreensibilidade, bem como averiguar qual pensam ter sido a principal causa da sua DM (causalidade).

De forma a cumprir com os objetivos formulados quanto à temática da vulnerabilidade ao *stress* e tendo em conta a revisão bibliográfica efetuada, foram delineadas diversas **hipóteses**, tendo como variável dependente a vulnerabilidade ao *stress* e como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas e clínicas selecionadas:

H₁) Pessoas do género feminino portadoras de DM têm maior vulnerabilidade ao *stress*;

H₂) Pessoas mais jovens portadoras de DM têm maior vulnerabilidade ao *stress*;

H₃) Pessoas portadoras de DM que tenham tido o diagnóstico há menos tempo têm maior vulnerabilidade ao *stress*;

H₄) Pessoas portadoras de DM que tomam insulina injetável têm maior vulnerabilidade ao *stress*;

H₅) Pessoas portadoras de DM que tenham outros problemas de saúde têm maior vulnerabilidade ao *stress*.

No que diz respeito às crenças o que se pretende é descrever como é que as pessoas se posicionaram relativamente à forma como estes encaram a sua doença (i.e., se detêm crenças mais positivas ou negativas face à DM).

Por último e sendo que foi possível estudar nos doentes do HSM tanto a sua vulnerabilidade ao *stress* como as crenças que estes detêm quanto à DM, ainda foi concebível averiguar qual a relação existente entre estes dois constructos nesta população.

Em suma este estudo pretende avaliar a vulnerabilidade ao *stress* nos doentes portadores de DM (que engloba os participantes na sua totalidade); descrever as crenças destas pessoas (que se cinge aos utentes do Hospital Sousa Martins da Guarda) e analisar a relação existente entre vulnerabilidade ao *stress* e as crenças (também inclui apenas os participantes provenientes do HSM).

2. Desenho do Estudo

Com base na revisão da literatura realizada e nos objetivos propostos, optou-se pela realização de um estudo quantitativo por se pretender recolher dados observáveis e quantificáveis através de instrumentos padronizados.

Dado ser ambição compreender melhor a temática em análise e encontrar relações entre as variáveis em análise, sem manipulação das possíveis causas das mesmas, a tipologia selecionada foi a **descritiva** (Coutinho, 2006). Além disso este é também um estudo **comparativo**, uma vez que se pretende comparar duas ou mais variáveis com o propósito de encontrar semelhanças ou disparidades entre as mesmas (Martins, 2011).

Sendo que ainda se deseja examinar as relações entre vulnerabilidade ao *stress* e crenças, assim como explicar e identificar a natureza dessas relações, este estudo também é de natureza **correlacional**. Consequentemente, para além de se qualificar as variáveis envolvidas no fenómeno em estudo, é também pretensão passar-se de um contexto meramente descritivo para a exploração de relações entre os constructos em análise (Martins, 2011).

Relativamente ao *design* temporal este é **transversal**, uma vez que a recolha de informação (através de questionários) foi realizada num único momento.

3. Instrumentos

Para se dar consecução ao projeto de investigação, foram selecionados instrumentos que se consideraram ser ajustados aos objetivos e questões de investigação, de modo a que todas as variáveis examinadas fossem passíveis de ser avaliadas de uma forma adequada. Por conseguinte, e depois de realizada uma pesquisa e análise detalhadas, foram apurados os questionários que se revelaram adequados à recolha da informação, nomeadamente o questionário sociodemográfico, o questionário de vulnerabilidade ao *stress* e o questionário de crenças sobre a doença (versão breve).

Estes instrumentos foram selecionados tendo por base a sua brevidade e facilidade de aplicação, validade psicométrica, bem como o facto de avaliarem as variáveis em estudo.

3.1. Questionário Sociodemográfico

Tendo como intuito obter informação relativa às pessoas que participaram neste estudo (incluindo as variáveis independentes a serem incluídas na investigação), o questionário sociodemográfico conta com vários itens de formato variável e é composto tanto por questões abertas como fechadas. Assim, foram formuladas questões de modo a apurar e relacionar algumas variáveis como: idade, sexo, habilitações literárias, estado civil, agregado familiar, situação profissional, entre outros. Foram incluídas também perguntas relativas especificamente à DM e ao seu estado de saúde, como há quanto tempo foi diagnosticada a DM e é seguido nas consultas de Diabetologia, se tem outros problemas de saúde, se tem algum familiar com DM, medicação oral e/ou insulina, controlo e níveis de glicemia, reação ao diagnóstico, entre outros. Por fim, são apresentadas duas questões numa escala de *Likert* onde se pretende avaliar qual o grau de satisfação para com as informações que têm sobre a sua doença ou tratamento e ainda no que se refere à satisfação com a qualidade dos serviços de saúde.

3.2. Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress* (23 QVS) (Vaz-Serra, 2000)

A vulnerabilidade ao *stress* implica fraca tolerância à frustração, preocupação excessiva com os acontecimentos do quotidiano, pouca capacidade afirmativa, emocionalidade marcada, bem como dificuldade de concentração e na resolução de problemas (Vaz-Serra, 2000). Com o fim de avaliar na população portuguesa, Vaz-Serra, em 2000, desenvolveu um instrumento de autoavaliação cujo principal intuito é avaliar a vulnerabilidade que determinada pessoa apresenta perante uma situação indutora de *stress* - o 23 QVS (Martins, Cunha, Guerreiro & Marques, 2015). Este questionário pode ser aplicado a qualquer pessoa, com exceção das que ostentem quadro de demência, debilidade mental ou psicoticismo, uma vez que as pessoas que tenham um dos dois primeiros não compreendem o significado das questões e pessoas com o último podem deturpar o seu significado (Vaz-Serra, 2000).

Este questionário é composto por 23 itens apresentados numa escala de *Likert* que varia de concordo em absoluto (4) a discordo em absoluto (0) e ostenta sete fatores: **F1** Perfeccionismo e intolerância à frustração (itens 5, 10, 16, 18, 19 e 23); **F2** Inibição e dependência funcional (itens 1, 2, 9, 12 e 22); **F3** Carência de apoio social (itens 3 e 6); **F4** Condições de vida adversas (4 e 21); **F5** Dramatização da existência (itens 5, 8 e 20); **F6** Subjugação (itens 11, 13, 14 e 15) e **F7** Privação de afeto e rejeição (7, 13 e 17). De referir que com o objetivo de evitar tendências de resposta, algumas questões foram construídas de forma a representarem aspetos positivos e outros negativos pelo que os itens 1, 3, 4, 6, 7, 8 e 20 são apresentados na sua forma invertida (Martins, Cunha, Guerreiro & Marques, 2015; Vaz-Serra, 2000).

Tendo em conta a presença dos fatores, é então possível obter-se uma pontuação para cada fator e uma para a escala total, podendo a pontuação deste questionário variar de 0 a 92. Um valor total acima de 43 indica que a pessoa tem 40.1% de hipótese de ser mais vulnerável ao *stress*. O instrumento apresenta boa consistência interna e elevada estabilidade temporal, indicando valores de α de *Cronbach* de .82 (Martins, Cunha, Guerreiro & Marques, 2015; Vaz-Serra, 2000).

Tendo o 23 QVS neste estudo um α de .842 é então possível afirmar que este apresenta uma boa consistência interna quando aplicado à amostra em estudo. Tal como Vaz-Serra (2000) referiu foi verificado que o valor de α de *Cronbach* baixou sempre quando à escala foi excluído algum dos itens selecionados, evidenciando este facto a importância que cada um deles tem como elemento contributivo para uma boa homogeneidade. Assim, verifica-se que também para a amostra em estudo cada item é relevante e tem impacto na fiabilidade interna do instrumento (cf. tabela 3).

Tabela 3

a de Cronbach se um item do 23 QVS for excluído para a amostra em análise

Item	α de <i>Cronbach</i> se o item for excluído	Item	α de <i>Cronbach</i> se o item for excluído
QVS_1	,826	QVS_13	,826
QVS_2	,834	QVS_14	,835
QVS_3	,827	QVS_15	,837
QVS_4	,840	QVS_16	,833
QVS_5	,829	QVS_17	,835
QVS_6	,831	QVS_18	,834
QVS_7	,835	QVS_19	,830
QVS_8	,831	QVS_20	,832
QVS_9	,837	QVS_21	,834
QVS_10	,834	QVS_22	,835
QVS_11	,832	QVS_23	,834
QVS_12	,828		

3.3. Questionário de Crenças sobre a Doença - Versão Breve (Vera Araújo-Soares, Ana Trovisqueira & Teresa McIntyre, s.d.)

A versão breve do Illness Perception Questionnaire (IPQ) foi elaborada por Broadbent, Petrie, Main e Weinman em 2006 e foi adaptado para a população portuguesa como questionário de crenças sobre a doença - versão breve (IPQ - B). Este foi projetado com o intuito de fornecer uma avaliação simples e rápida das percepções face à doença, tendo a sua origem no questionário original (IPQ) (Broadbent, et al., 2015; Oliveira & Pereira, 2012).

Como anteriormente referido, as representações que uma pessoa faz relativamente à sua doença são compostas por cinco dimensões: identidade da doença, causas, consequências, duração (ou evolução) e cura/controlo (Hudson, Brundy, Coventry & Dickens, 2014). Assim, o IPQ-B é composto por 9 itens que avaliam as diferentes dimensões cognitivas, mas também aspetos emocionais, sendo que 5 dos itens avaliam as representações cognitivas da doença (consequências, duração, controlo pessoal, controlo do tratamento e identidade), 2 avaliam as representações emocionais (preocupação e emoções) e 1 avalia a compreensibilidade (Oliveira & Pereira, 2012). Todos estes 8 itens encontram-se em formato de escala linear contínua que varia entre 0 e 10 pontos, onde pontuações mais elevadas indicam percepções mais fortes nessa dimensão (pontuação total é igual a 80 pontos) (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006; Broadbent, et al., 2015). Por último, a avaliação da causalidade é feita a partir de uma resposta aberta onde a pessoa deverá identificar os 3 fatores que considera mais importantes na causa da sua doença (Broadbent, et al., 2015; Oliveira & Pereira, 2012). Respostas para este item podem ser agrupadas em categorias (e.g., stress, estilo de vida, hereditária) específicas da doença em estudo, podendo posteriormente ser efetuada uma análise categórica (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006). De referir que os itens 3, 4 e 7 são apresentados na sua forma invertida sendo necessário ter isso em conta aquando a cotação da escala. Quanto maior for a pontuação obtida, tal reflete uma visão mais ameaçadora da doença (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006; Broadbent, et al., 2015). De acordo com Broadbent, Petrie, Main e Weinman (2006), tal como o IPQ e o IPQ-R, o IPQ-B usa a palavra “doença”, mas é possível substituí-la pelo nome de uma doença em particular, como a DM.

Este questionário apresenta vantagens face à versão original especialmente na prática clínica e quando é necessário realizar múltiplas avaliações de *follow-up* uma vez que é mais breve em termos de aplicação e exige menos do participante. A avaliação realizada ao mesmo demonstrou que este apresenta boas qualidades psicométricas. Os itens que revelaram resultados mais preditivos dizem respeito às consequências, identidade, duração e controlo, o que se apresenta consistente com o modelo de autorregulação pois são estas as dimensões cognitivas nucleares do mesmo. Assim, as percepções que se denotaram mais alteráveis foram as referentes ao controlo e à causalidade que são fulcrais para avaliar e direcionar a mudança

de comportamentos. Desde a sua publicação o IPQ-B tem sido amplamente utilizado (Broadbent, et al., 2015).

Para a amostra em estudo, o α obtido foi de .671. Sendo este muito próximo de .70, o instrumento já pode ser considerado fiável (Damásio, 2012; Maroco & Marques, 2006).

4. Procedimentos

4.1. Recolha de Dados

A recolha de dados iniciou-se em março de 2015 e culminou em maio de 2016 nas unidades hospitalares participantes (HSM da Guarda, Centro Hospitalar Cova da Beira e Centro de Saúde da Sertã). O processo iniciou-se com os pedidos de autorização às Comissões de Ética das instituições participantes. Após aprovação, foi estabelecido o contacto com o gabinete de enfermagem com o intuito de averiguar quais eram os utentes portadores de DM que poderiam ser inquiridos, tendo-se o cuidado de nunca se perturbar o decorrer das consultas.

O contacto com cada utente deu-se em contexto de gabinete com a exceção de alguns casos em que tal não foi possível tendo sido este realizado na sala de espera. Antes de aplicado o protocolo era fornecido a cada utente o consentimento informado (cf. Anexo I) e era-lhe explicado qual o propósito da investigação. Garantida a confidencialidade e anonimato, era ainda explicado ao participante que, mesmo depois de assinado o consentimento informado, este poderia desistir de colaborar em qualquer momento. O preenchimento do protocolo foi sempre realizado na presença da investigadora e sempre que necessário foram fornecidos esclarecimentos às questões colocadas pelo participante. De referir que na maior parte dos casos foi necessário que a investigadora preenchesse os protocolos.

4.2. Tratamento Estatístico dos Dados

De modo a ser possível realizar-se o tratamento estatístico dos dados foi construída de raiz uma base de dados e trabalhou-se os mesmos no *software Statiscal Package for Social Science* versão 24.0 (SPSS). A base contemplava todas as variáveis presentes no protocolo o que permitiu não só a caracterização da amostra em estudo a partir de estatísticas descritivas como também a efetivação da estatística inferencial. De salientar que os testes utilizados tiveram em consideração as características da população e ainda o cumprimento dos pressupostos essenciais à realização dos mesmos.

A caracterização da amostra foi efetuada em termos das variáveis sociodemográficas e foi procedida pelo tratamento dos dados relativos ao cálculo dos totais e da estatística descritiva dos questionários utilizados (23 QVS e IPQ) e verificação do nível de confiabilidade e normalidade.

No que diz respeito à **confiabilidade** foi calculado o α de *Cronbach* com o intuito de avaliar o grau de consistência interna de um grupo de variáveis (itens), constituindo uma medida associada à fiabilidade interna do instrumento (Damásio, 2012; Maroco & Marques, 2006).

No que diz respeito à escolha de testes paramétricos (e.g., *t-student* e *ANOVA*) ou não paramétricos (e.g., qui-quadrado, Kruskal-Wallis), averiguou-se se a amostra preenchia os critérios referentes à **normalidade** (Martinez & Ferreira, 2007). Assim, foram tidos em conta os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov cujos níveis de significância obtidos foram superiores a .05, pelo que existia normalidade na amostra (reter a hipótese nula).

Deste modo, foi então concebível estabelecer comparações a partir de estatísticas inferenciais recorrendo à utilização de **testes paramétricos** na análise das hipóteses supramencionadas face à vulnerabilidade ao *stress* como alvo de análise desta investigação. Assim, recorreu-se ao teste *t-student* para variáveis dicotómicas (comparar médias entre duas situações em amostras independentes) e a análise de variância *ANOVA* para variáveis não dicotómicas (comparar médias entre três ou mais situações em amostras independentes) (Martinez & Ferreira, 2007). Para a análise estatística das informações recolhidas, foi estabelecido como nível de significância $p \leq .05$, dado se considerar o nível 5% como sendo o máximo admissível para o estabelecimento de que é estatisticamente significativo; tal significa que os intervalos de confiança utilizados em todos os testes são de 95%, para que exista validade no tratamento dos dados (Pestana & Gageiro, 2008; Maroco, 2007).

De modo a averiguar se as crenças associadas a DM e a vulnerabilidade ao *stress* se relacionam entre si foram ainda realizadas as análises de correlação linear de Pearson e de regressão linear simples.

5. Caracterização da Amostra do Estudo

A amostra total é constituída por 105 pessoas portadoras de DM utentes do HSM da Guarda, do Centro Hospitalar Cova da Beira e do Centro de Saúde da Sertã. Estes são acompanhados nas consultas de Diabetologia por terem diagnóstico de DM, tendo idades compreendidas entre os 20 e os 86 anos. Obtida a partir de métodos não probabilísticos, esta população foi selecionada por conveniência de forma a se conseguir reunir um grupo cujas características fornecessem uma resposta aos problemas de investigação formulados.

A população-alvo foi selecionada com o intuito de se compreender de que forma as pessoas portadoras de DM são afetadas pela vulnerabilidade ao *stress*, tendo como critérios de inclusão: apresentarem diagnóstico de DM, estarem informados quanto ao seu diagnóstico, não terem nenhuma comorbilidade com outra patologia e não deterem nenhum défice mental que os impossibilite compreender as questões colocadas. De referir que no caso das pessoas

que não sabiam ler ou que apresentavam algumas dificuldades, o protocolo de investigação foi lido e preenchido pelo investigador.

5.1. Caraterísticas Sociodemográficas

Relativamente à média de idades esta situou-se aproximadamente nos 60 anos (DP=15,87) e no que concerne ao sexo, 48.6% eram do género masculino ao passo que 51.4% do feminino, verificando-se uma distribuição bastante equitativa desta variável. A maioria das pessoas frequentou a escola até ao 4º ano (57%), enquanto que 2.9%, 18.1%, 14.3% e 10.5% frequentaram até ao 6º, 9º, 12º ou ensino superior, respetivamente. Quanto ao estado civil, grande parte da amostra era casada (66.7%), 15 são solteiros (14.3%), 3 encontram-se em união de facto (2.9%), 5 divorciados (4.8%) e 12 viúvos (12%). No que diz respeito ao agregado familiar, 64 pessoas referiram viver com o cônjuge ou companheiro (61%) e 25 vivem sozinhos (23.8%), distribuindo-se a restante percentagem entre viver com os filhos, pais ou sogros, cônjuges e filhos ou outros. Relativamente à situação profissional, 55 pessoas encontram-se reformadas (52.4%), 26 têm um emprego a tempo inteiro (24.8%) e 12 são domésticas (11.4%), sendo que as restantes se situam entre emprego a tempo parcial, estudante ou desemprego (cf. tabela 4).

Tabela 4*Frequências e percentagens das variáveis demográficas*

Variáveis		N	%
Idade	20-51	13	12.4
	52-63	25	23.8
	64-73	27	25.7
	74-86	40	38.1
Sexo	Masculino	51	48.6
	Feminino	54	51.4
Estado Civil	Solteiro(a)	15	14.3
	Casado(a)	70	66.7
	União de Facto(a)	3	2.9
	Divorciado(a)	5	4.8
	Viúvo(a)	12	11.4
Habilitações Literárias	Até ao 4º ano	57	54.3
	6º ano	3	2.9
	9º ano	19	18.1
	12º ano	15	14.3
	Licenciatura	10	9.5
	Mestrado	1	1.0
Agregado Familiar	Reside sozinho	25	23.8
	Cônjuge/Companheiro	64	61
	Filho (s)	5	4.8
	Cônjuge e Filho(s)	6	5.7
	Pais/ Sogros	4	3.8
	Outros	1	1.0
Situação Profissional	Estudante	1	1.0
	Doméstico(a)	12	11.4
	Emprego a tempo inteiro	26	24.8
	Emprego a tempo parcial	1	1.0
	Reformado (a)	55	52.4

5.2. Caraterísticas Clínicas

No que se refere ao tempo de diagnóstico de DM, os utentes selecionados apresentam uma média de 14.3 anos (DP=9.76) e relatam que, em média, são seguidos aproximadamente há 8.58 anos (DP= 7.86) nas consultas de Diabetologia. Quanto a outros problemas de saúde, de uma forma geral, os participantes referiram não ter outros problemas (78.1%) e 67 participantes afirmaram ter outro familiar com DM (63.8%). No que concerne à medicação, 78 participantes referiram fazer medicação oral (74.3%), ao passo que 53 referiram necessitar de medicação injetável (50.5%). A grande maioria das pessoas realiza um controlo regular de glicemia (98.1%), sendo que 69 (65.7%) o fazem diariamente, e para 56.2%, 28.6%, 14.3% das

peessoas, os níveis têm-se situado em mais ou menos, bons ou maus respetivamente, enquanto uma delas não soube referir como têm estado os seus níveis de glicemia. No que diz respeito a internamentos devido à DM, 76.2% nunca foram internadas ao passo que 65.7% já foram a uma consulta de oftalmologia devido à DM (cf. tabela 5).

Tabela 5

Frequências e percentagens das variáveis clínicas

Variáveis		N	%
Tempo de Diagnóstico (em anos)	<1-7	14	13.3
	8-14	16	15.2
	15-20	24	22.9
	21-47	51	48.6
Tempo em que é acompanhado(a) (em anos)	<1-2	32	30.5
	3-7	24	22.9
	8-13	26	24.8
	14-38	23	21.9
Problemas de Saúde	Não	82	78.1
	Sim	23	21.9
Familiar com Diabetes Mellitus	Não	38	36.2
	Sim	67	63.8
Medicação Oral	Não	27	25.7
	Sim	78	74.3
Insulina	Não	52	49.5
	Sim	53	50.5
Controlo Regular de Glicemia	Não faz	2	1.9
	Diariamente	69	65.7
	Semanalmente	25	23.8
	Mensalmente	7	6.7
	Outra	2	1.9
Níveis de Glicemia	Bons	30	28.6
	Mais ou menos	59	56.2
	Maus	15	14.3
	Não sabe	1	1.0
Internamento devido à Diabete Mellitus	Não	80	76.2
	Sim	25	23.8
Consulta de oftalmologia devido à Diabetes Mellitus	Não	36	34.3
	Sim	69	65.7

De uma forma geral, as pessoas demonstraram-se satisfeitas ou muito satisfeitas com as informações que têm sobre a sua doença ou tratamento e ainda com a qualidade dos serviços de saúde (69.5% e 14.3% respetivamente) (cf. tabela 6).

Tabela 6

Frequências e percentagens relativas à satisfação com a informação sobre a doença e tratamento e à satisfação com a qualidade dos serviços de saúde

Variáveis		N	%
Satisfação com informação sobre a doença e tratamento	Muito insatisfeito	2	1.9
	Insatisfeito	5	4.8
	Nem satisfeito nem insatisfeito	10	9.5
	Satisfeito	73	69.5
	Muito satisfeito	15	14.3
Satisfação com qualidade dos serviços de saúde	Muito insatisfeito	2	1.9
	Insatisfeito	5	4.8
	Nem satisfeito nem insatisfeito	10	9.5
	Satisfeito	73	69.5
	Muito satisfeito	15	14.3

Capítulo 4

Resultados

1. DM e Vulnerabilidade ao *Stress*

1.1. Estatística Descritiva

A partir da tabela 7, é possível verificar que a pontuação média obtida no 23 QVS foi de 40.07, sendo que os valores variaram entre 13 e 69.

Tabela 7

Estatística descritiva dos resultados do 23 QVS (média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo)

Instrumento	Média	Desvio Padrão	Mín.-Máx.
23 QVS	40.07	10.285	13-69

Classificando as pessoas portadoras de DM tendo em conta o ponto de corte da escala, obtém-se dois grupos: o das 60 pessoas que obtiveram pontuações inferiores a 43, isto é, “*sem vulnerabilidade ao stress*” e o das 45 pessoas cujas pontuações ultrapassaram os 43, ou seja, “*com vulnerabilidade ao stress*” (consultar figura 5). Como tal, é possível verificar que uma percentagem considerável das pessoas inquiridas apresenta sinais de vulnerabilidade ao *stress* (42.9%).

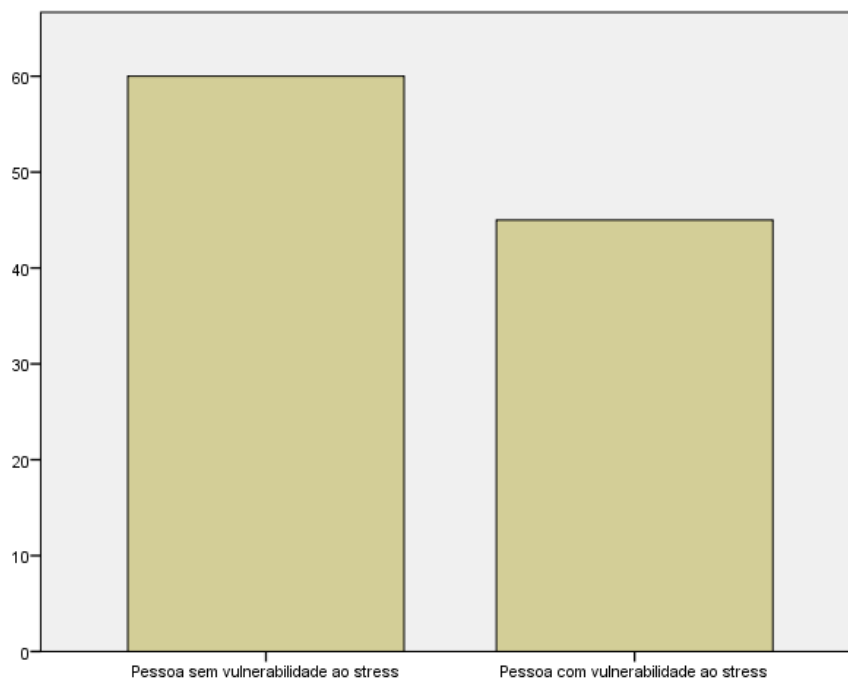


Figura 5. Contagem de pessoas com e sem vulnerabilidade ao *stress*

1.2. Estudo da Normalidade

De modo a ser passível a seleção entre testes paramétricos e não paramétricos, foi efetuado o estudo da normalidade da amostra. Por conseguinte, os valores do teste de Kolmogorov-Smirnov são os que foram tidos em conta aquando da análise da normalidade da amostra em estudo (ver tabela 8).

Tabela 8

Teste de normalidade para o 23 QVS

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	Gl	Sig.
23 QVS	.058	105	.200

Como é possível verificar a partir da tabela 11 o valor de p no teste de Kolmogorov-Smirnov (.200) é superior aos valores do nível de significância de 5% o que leva a considerar que as variáveis em estudo provêm de uma distribuição normal o que é observável na figura 6.

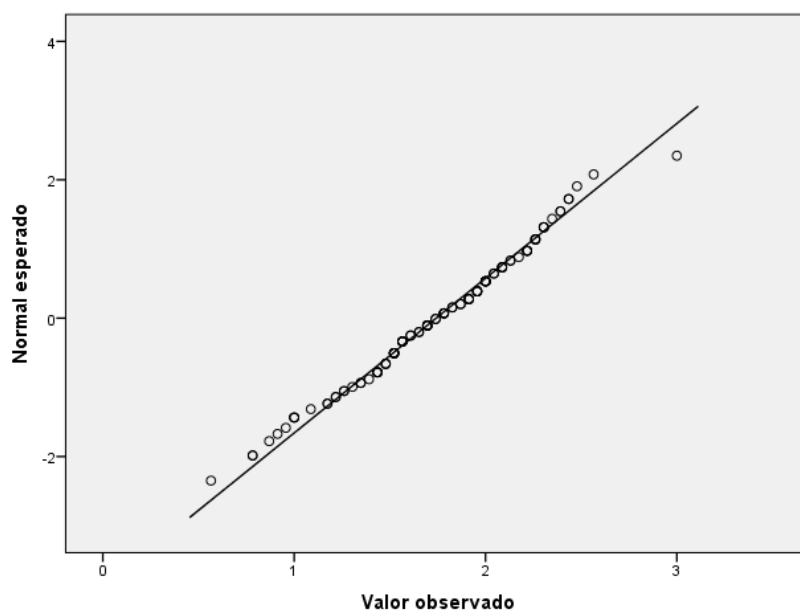


Figura 6. Figura da normalidade do 23 QVS

Deste modo encontra-se assim confirmado o pressuposto da normalidade para o 23 QVS, sendo possível realizar a análise inferencial dos mesmos a partir de testes estatísticos paramétricos.

1.3. Teste das Hipóteses

H₁) Pessoas do género feminino portadoras de DM têm maior vulnerabilidade ao stress.

Há diferenças significativas entre pessoas portadoras de DM do género feminino e as do género masculino ao nível da vulnerabilidade ao stress, $t(103) = -2.232$, $p = .028$ (cf. tabela 9). Como $p < 0.05$ rejeita-se a hipótese nula, verificando-se evidências que levam a considerar que as pessoas portadoras de DM do género feminino apresentam uma maior

vulnerabilidade ao *stress* do que as do género masculino. Recorrendo ainda à análise das estatísticas de grupo, é possível verificar que existe uma diferença significativa entre as médias dos dois grupos em estudo.

Tabela 9

Apresentação dos resultados relativos ao t-student para amostras independentes - variável género

	Masculino (n = 51) Média (DP)	Feminino (n = 54) Média (DP)	t (103)
23_QVS	37.8 (11.013)	42.2 (9.141)	- 2.232*

*p<0.05

Desta forma, a hipótese formulada encontra-se **corroborada**.

H₂) Pessoas mais jovens portadoras de DM têm maior vulnerabilidade ao *stress*.

Tendo em conta o valor médio de idades (\bar{x} =60), foram criados dois grupos para esta variável: os das pessoas portadoras de DM com idades inferiores a 60, o grupo das “pessoas mais jovens” (n=50) e o das pessoas com idades iguais ou superiores a 60, o grupo das pessoas “menos jovens” (n=55), procedendo-se seguidamente à execução da estatística do *t-student*.

Analisando-se a tabela 10, é possível verificar que há diferenças estatisticamente significativas entre pessoas portadoras de DM mais jovens e as menos jovens ao nível da vulnerabilidade ao *stress*, t (103) = -2.314, p = .023. Como p < 0.05 rejeita-se a hipótese nula, verificando-se evidências que levam a considerar que as pessoas menos jovens apresentam uma maior vulnerabilidade ao *stress* do que as mais jovens.

Tabela 10

Apresentação dos resultados relativos ao t-student para amostras independentes - variável idade

	Pessoas mais jovens (n = 50) Média (DP)	Pessoas menos jovens (n = 55) Média (DP)	t (103)
23_QVS	37.68 (10.464)	42.24 (9.711)	- 2.214*

*p<0.05

Ao contrário da hipótese formulada, ficou demonstrado que eram as pessoas menos jovens da amostra em estudo que relatavam maior vulnerabilidade ao *stress*, encontrando-se por isso a hipótese previamente formulada **refutada** e conseguindo-se perceber exatamente o oposto. A hipótese criada prendia-se com o facto de que pessoas mais jovens teriam, à partida, de um ponto de vista geral, maior propensão ao *stress*. Ficou assim demonstrado, para a amostra em estudo, que tal não se verifica. Obteve-se então a ideia de que a vulnerabilidade ao *stress* acompanha a idade.

H₃) Pessoas portadoras de DM que tenham tido o diagnóstico há menos tempo têm maior vulnerabilidade ao stress.

Não se verificam diferenças significativas do tempo de diagnóstico face à vulnerabilidade ao stress de pessoas portadoras de DM, $F(3,101) = 1.480$, $p = .225$ (tabela 11). Sendo $p > 0.05$ retém-se a hipótese nula, não se verificando evidências que pudessem levar a ponderar que as pessoas portadoras de DM, alvo de estudo, que tivessem diagnóstico há menos tempo, apresentassem uma maior vulnerabilidade ao stress.

Tabela 11

Apresentação dos resultados relativos à Análise de Variância (ANOVA) - variável tempo de diagnóstico

	<1-7 (n = 14) Média (DP)	8-14 (n = 16) Média (DP)	15-20 (n = 24) Média (DP)	21-47 (n = 51) Média (DP)	F (3,101)
23_QVS	40.14 (8.655)	43.13 (9.077)	36.58 (10.463)	40.73 (10.780)	1.480

Recorrendo ainda às descritivas, é possível verificar que não existe uma diferença significativa entre as médias dos grupos em estudo.

Desta forma a hipótese elaborada encontra-se **refutada**.

H₄) Pessoas portadoras de DM que tomam insulina injetável têm maior vulnerabilidade ao stress.

Não se verificam diferenças significativas entre pessoas portadoras de DM que tomem ou não insulina face à vulnerabilidade ao stress, $t(103) = -.557$, $p = .578$ (cf. tabela 12). Como $p > 0.05$ retém-se a hipótese nula, não se observando indícios de que pessoas que tomem insulina revelem maior vulnerabilidade ao stress face às que não tomam.

Tabela 12

Apresentação dos resultados relativos ao t-student para amostras independentes - variável insulina injetável

	Não (n = 52) Média (DP)	Sim (n = 53) Média (DP)	t (103)
23_QVS	39.50 (9.578)	40.62 (10.997)	- .557

Recorrendo ainda à análise das estatísticas de grupo, não é exequível verificar que existe uma diferença significativa entre as médias dos dois grupos em estudo.

Consequentemente, a hipótese formulada encontra-se **refutada**.

H₅) Pessoas portadoras de DM que tenham outros problemas de saúde têm maior vulnerabilidade ao stress.

Da análise efetuada não foi possível observar diferenças significativas entre pessoas portadoras de DM que tivessem ou não outros problemas de saúde no que concerne à vulnerabilidade ao stress, $t(103) = -1.464$, $p = .146$ (cf. tabela 13). Dado $p > 0.05$ retém-se a hipótese nula não se verificando sinais de que pessoas que possuam outros problemas de saúde relatem maior vulnerabilidade ao stress.

Tabela 13

Apresentação dos resultados relativos ao t-student para amostras independentes - variável outros problemas de saúde

	Não (n = 82) Média (DP)	Sim (n = 23) Média (DP)	t (103)
23_QVS	39.29 (10.035)	42.83 (10.911)	- 1.464

A partir da análise das estatísticas de grupo, é também possível concluir que não se verifica uma diferença significativa entre as médias dos dois grupos em estudo.

Tendo em conta o supracitado, a hipótese formulada encontra-se então **refutada**.

Em suma, a vulnerabilidade ao stress parece estar mais presente em **pessoas menos jovens** e do **género feminino**. Pelo contrário, nesta amostra as variáveis tempo de diagnóstico, insulina injetável e outros problemas de saúde não apresentaram diferenças significativas.

2. Crenças face à DM

A avaliação das crenças apenas se efetuou nos 42 utentes provenientes do HSM da Guarda, cujas idades se encontram compreendidas entre os 35 e os 86 anos. Assim, toda a análise infracitada apenas se refere a este grupo de participantes.

2.1. Estatística Descritiva

A partir da tabela 14, é possível verificar que a média de pontuações do IPQ-B foi 38.14 variando entre 15 e 66.

Tabela 14

Estatística descritiva dos resultados do IPQ-B

Instrumento	Média	Desvio Padrão	Mín.-Máx.
IPQ-B	38.14	13.67	15-66

Não havendo um ponto de corte previamente estabelecido foi considerada a mediana obtida no IPQ-B ($\bar{x} = 39$), sendo as pessoas portadoras de DM do HSM divididas em dois grupos relativamente às suas crenças: o das 23 pessoas que obtiveram pontuações iguais ou inferiores a 39, isto é, “com crenças mais positivas face à DM” e o das 19 pessoas cujas pontuações ultrapassaram esse valor, ou seja, “com crenças mais negativas face à DM”. A partir da análise da figura 7 é possível observar que de uma forma geral os utentes selecionados apresentavam crenças positivas relativamente à DM, sendo que 45.2% detinham crenças menos positivas.

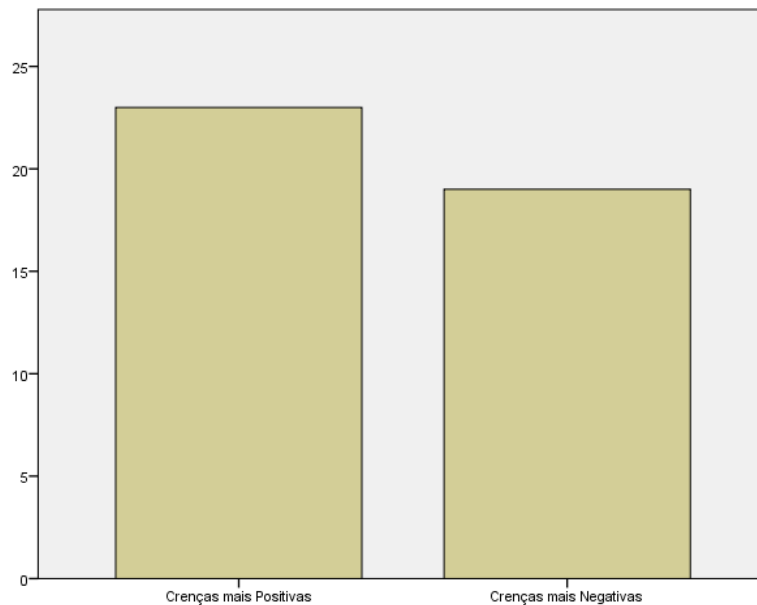


Figura 7. Contagem de pessoas com crenças positivas e negativas face à DM

Ainda no que diz respeito ao IPQ-B foi realizada uma análise descritiva pormenorizada tendo em conta cada item deste questionário, i.e., face às representações cognitivas da doença (consequências, duração, controlo pessoal, controlo do tratamento e identidade), representações emocionais (preocupação e emoções) e ainda à compreensibilidade.

De uma forma geral, a dimensão que parece à primeira vista ser mais positiva é a que se refere ao controlo do tratamento (pontuações variam entre 0 e 6), ao passo que a mais negativa a que diz respeito à duração (pontuações variam de 5 a 10). Realizando uma análise mais pormenorizada, na dimensão **consequência** a média de respostas situou-se entre os 5.24 (DP=3.442) o que revela que de uma forma geral os utentes incluídos neste estudo percecionam muito pouco a gravidade das consequências que a sua doença provoca. Já na dimensão da **duração**, a maioria dos doentes perceciona que a sua doença é crónica (e que por isso irá durar “para sempre”), situando-se a média de respostas nos 9.81 (DP=.833). Relativamente ao **controlo pessoal** ($\bar{x} = 2.64$; DP=2.497) e **controlo pelo tratamento** ($\bar{x} = 1.45$; DP=1.77) os utentes revelam percecionar que controlam a sua doença, bem como que o tratamento pode ajudar a controlar a DM. No que se refere à **identidade** pode-se verificar que a média de respostas ($\bar{x} = 4.79$; DP=3.476) indica que na maior parte dos casos os utentes

não sentem nenhum sintoma, o que pode ser sinal de uma fraca identificação relativamente à natureza da doença, bem como dos seus sintomas. Na dimensão **compreensão** a média obtida de 3.26 (DP=3.116) remete para a ideia de que a maioria dos utentes percebe a sua condição clínica. Quanto às médias que dizem respeito à **preocupação** (\bar{x} = 6.09; DP=3.442) e **representação emocional** (\bar{x} =4.86; DP=3.745), sugerem que apesar de os utentes se preocuparem com a DM, esta não parece afetá-los muito em termos emocionais (nível de emoções negativas reduzido) (cf. tabela 15).

Tabela 15

Estatísticas descritivas tendo em conta as dimensões do IPQ-B

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Mín - Máx
Consequências (item 1)	5.24	3.442	0-10
Duração (item 2)	9.81	.833	5-10
Controlo Pessoal (item 3)	2.64	2.497	0-10
Controlo do tratamento (item 4)	1.45	1.77	0-6
Identidade (item 5)	4.79	3.475	0-10
Preocupação (item 6)	6.09	3.442	0-10
Compreensão (item 7)	3.26	3.116	0-10
Representação emocional (item 8)	4.86	3.745	0-10

Por fim e no que se refere à **causalidade**, de uma forma geral as pessoas apontaram a má alimentação (38.1 %) e a hereditariedade (31%) como principais causas para a sua DM. A restante percentagem de respostas dividiu-se entre as que apontaram outras causas, nomeadamente o tratamento que recebem devido a outras situações médicas (e.g., medicação) ou o *stress*.

2.2. Estudo da Normalidade

O valor de p no teste de Kolmogorov-Smirnov para o IPQ-B foi superior aos valores do nível de significância de 5% (.200) (cf. tabela 16) o que conduz a ponderar que as variáveis em estudo derivam de uma distribuição normal (consultar figura 8).

Tabela 16

Teste de normalidade para o IPQ-B

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	Gl	Sig.
IPQ-B	.105	42	.200

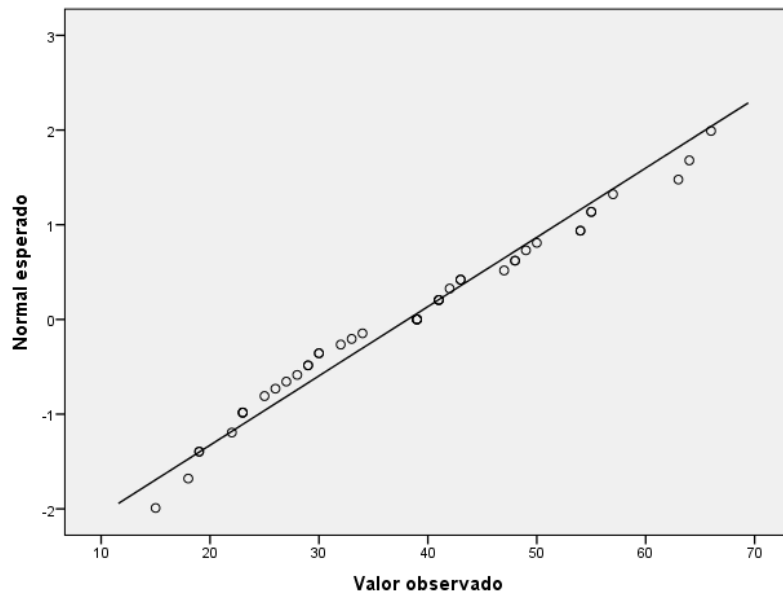


Figura 8. Figura da normalidade do IPQ-B

Consequentemente encontra-se assegurado o pressuposto da normalidade para o IPQ-B, sendo exequível recorrer à estatística paramétrica.

3. Verificação da Relação entre Crenças face à DM e Vulnerabilidade ao *Stress*

De modo a averiguar a presença ou ausência de uma relação entre as crenças mais negativas e uma maior vulnerabilidade ao *stress*, foi tido em consideração o somatório dos resultados obtidos em cada questionário.

Inicialmente foi efetuada uma análise gráfica aos dados, a fim de se obter uma percepção visual da existência ou não de uma tendência de dependência entre as variáveis. Assim, a partir da análise do diagrama de dispersão é possível observar que à medida que as crenças negativas face à DM aumentam, também aumentam os níveis de vulnerabilidade ao *stress* (cf. figura 9).

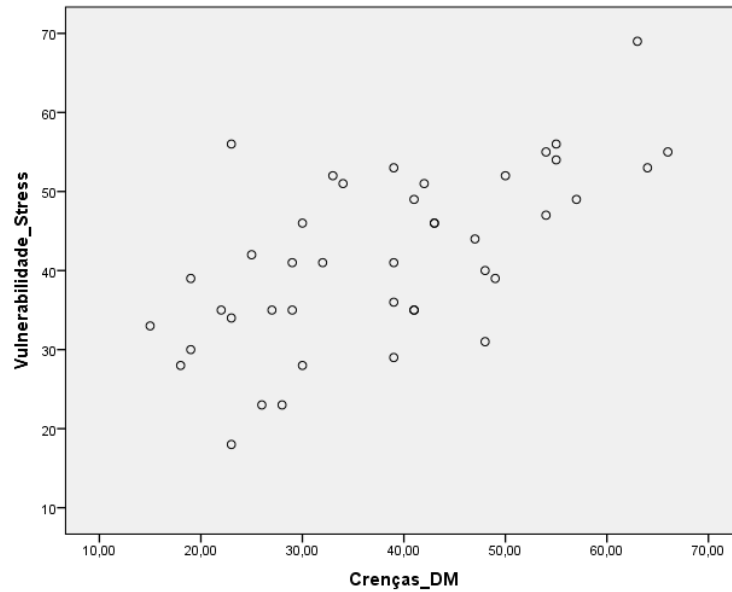


Figura 9. Diagrama de dispersão para crenças e vulnerabilidade ao stress

De modo a medir-se a intensidade da relação procedeu-se à análise de correlação de Pearson cujos resultados se encontram apresentados na tabela 17.

Tabela 17

Correlação de Pearson entre os resultados obtidos no 23-QVS e no IPQ

	Vulnerabilidade ao Stress
Crenças	.639**

**p<0.01

A partir do valor obtido é possível concluir que há uma correlação positiva significativa entre a vulnerabilidade ao stress e as crenças que se tem relativamente à DM, $r = .639$, $p = .000$. Sendo que o valor de r se situa entre $.5$ e $.75$, tal corresponde a uma correlação linear moderada (Filho & Júnior, 2010). Analisando o IPQ mais pormenorizadamente, nomeadamente no que se refere às suas dimensões, é possível observar que quatro delas também tiveram uma correlação significativa com o 23-QVS: consequências ($r=.481$, $p=.001$), identidade ($r=.423$, $p=.005$), compreensão ($r=.458$, $p=.002$) e representação emocional ($r=.424$, $p=.005$). Assim, tal prediz que possivelmente o impacto que as crenças de uma forma global têm na vulnerabilidade ao stress deve-se primordialmente a estas dimensões específicas (tabela 18).

Tabela 18

Correlação entre os resultados obtidos no 23-QVS e as dimensões do IPQ

	Vulnerabilidade ao Stress
Consequências	.481**
Duração	.270
Controlo Pessoal	.235
Controlo do Tratamento	-.030
Identidade	.423**
Preocupação	.118
Compreensão	.458**
Representação emocional	.424**

**p<0.01

Procede-se então para a análise de regressão linear simples. Esta detém como fim último obter uma fórmula matemática que descreva o relacionamento, explicitando a forma como a variável dependente (vulnerabilidade ao *stress*) varia em relação à variável independente (crenças associadas a DM). Para as variáveis em análise obteve-se então a equação:

$$y = 22.21 + 0.51 * x,$$

sendo y a variável dependente e x a independente. Assim é possível verificar que por cada aumento na pontuação das crenças, a vulnerabilidade ao *stress* aumenta em média .51 e que para uma pontuação nula nas crenças, a pontuação média da vulnerabilidade ao *stress* é de 22.21. Assim, esta reta permite descrever formalmente a relação entre x e y, permitindo prever o valor da vulnerabilidade ao *stress* para uma dada pontuação obtida nas crenças. Graficamente obtém-se a seguinte reta de regressão linear (figura 10):

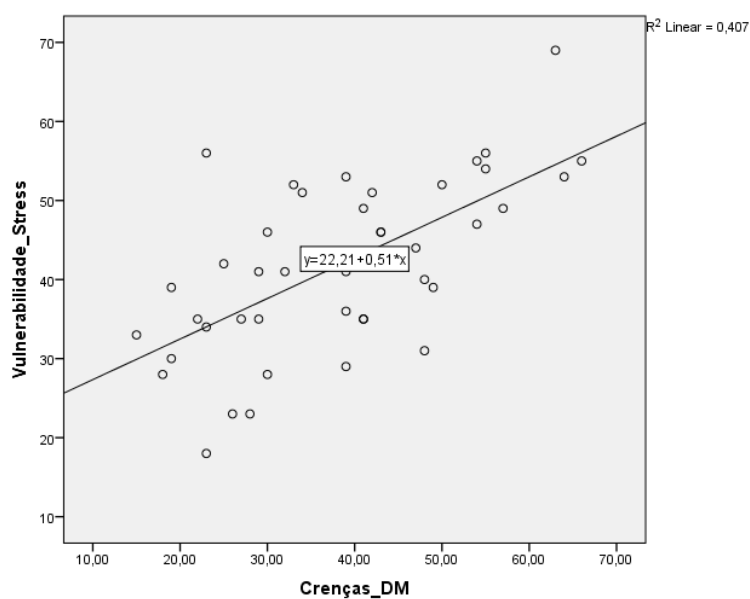


Figura 10. Linha de regressão linear e respetiva equação referente às crenças face à DM (variável independente) e a vulnerabilidade ao stress (variável dependente)

Esta análise também fornece o coeficiente de determinação (i.e., o valor de R^2) que se refere à proporção da variação dos resultados da variável dependente explicados pela variável independente. O R^2 varia entre 0 e 1, indicando, em percentagem, o quanto o modelo consegue explicar os valores observados, sendo que quanto maior o seu valor, mais explicativo é também o modelo, sendo que melhor ele se ajusta à amostra. Assim, sendo que $R^2 = .407$ pressupõe-se então que as crenças que uma pessoa tem relativamente à DM explicam aproximadamente 41% da variação da vulnerabilidade ao *stress*, pelo que a restante percentagem se deve a outros fatores.

Discussão

Nesta investigação, existem 42.9% de doentes portadores de DM que apresentam vulnerabilidade ao *stress*. Este resultado vai ao encontro de diferentes estudos (e.g., Ferreira, et al., 2015; Kaur, et al., 2013; Wardian & Sun, 2014) que apontam para um aumento da prevalência de *distress*, reforçando a importância deste fator ser considerado no planeamento de intervenções específicas na DM.

A hipótese formulada de que as pessoas portadoras do **género feminino** têm uma maior tendência para a vulnerabilidade ao *stress* foi corroborada, o que vai ao encontro da revisão bibliográfica anteriormente realizada. Um estudo onde os mesmos resultados foram verificados foi realizado em 2013 na Malásia, onde os autores chegaram à conclusão que o facto de a pessoa ser do género feminino era considerado um bom preditor de *stress* (Kaur, et al., 2013). Uma possível explicação pode estar relacionada com o facto de que, de uma forma geral, as pessoas do género feminino serem mais socializadas no sentido de internalizar o *distress*, o que aumenta a probabilidade de virem a desenvolver desordens associadas à depressão, ansiedade e ideação suicida (Rabasquinho & Pereira, 2007). Concretamente no caso da DM tem-se verificado que este grupo tem uma maior dificuldade em prosseguir com o regime terapêutico (e.g., não conseguem realizar a dieta pois têm uma maior dificuldade em controlar os impulsos alimentares) o que lhes traz um maior sofrimento e conseqüentemente maior vulnerabilidade ao *stress* (Ferreira, et al., 2015; Gouveia & Rodrigues, 2013; Péres, Franco & Santos, 2008).

Relativamente à **idade**, foi considerado que as pessoas mais jovens teriam uma maior propensão para desenvolverem vulnerabilidade ao *stress* (e.g., Wardian & Sun, 2014), mas o que se verificou na amostra em estudo, foi exatamente o contrário (i.e., pessoas mais velhas apresentaram médias superiores). Este resultado pode dever-se ao facto por um lado, de a média de pessoas menos jovens, nesta amostra, ser significativamente superior comparativamente com as mais novas, situando-se a média de idades nos 60 anos. Neste sentido, nesta amostra existem poucas pessoas com idades mais jovens, podendo esse fator ter condicionado este resultado. Por outro lado, a população com idade superior incluída nesta amostra, é também aquela que apresenta uma maior percentagem nas categorias viver sozinho(a) (60%) e ser viúvo(a) (91.7%), o que se pode traduzir numa perceção de que recebem pouco apoio social. Acresce ao referido que as pessoas menos jovens incluídas no estudo também são aquelas que referiram ter piores níveis de glicemia (66.7%), o que se encontra frequentemente associado a valores de *distress* mais elevados (Ferreira, et al., 2015; Ramos & Ferreira, 2011). Assim, na amostra em estudo os níveis de vulnerabilidade ao *stress* parecem acompanhar o aumento da idade.

Foi considerado também que pessoas que tivessem um **tempo de diagnóstico** mais reduzido apresentariam níveis superiores de vulnerabilidade ao *stress*, contudo não foram encontradas evidências que o mesmo acontece com as pessoas portadoras de DM incluídas neste estudo. Estes valores podem estar relacionados com a percentagem reduzida de pessoas, nesta amostra incluídas na categoria tempo de diagnóstico mais reduzido, i.e., que tenham recebido o diagnóstico há menos de 7 anos (13.3%). Esta hipótese foi formulada tendo por base a conceção de que o diagnóstico é sentido pela pessoa como um *stressor*, devido ao facto de não estar à espera e/ou não se encontrar preparado para realizar as alterações impostas pela DM, dado o elevado número de acomodações físicas e emocionais exigidas (Ferreira, et al., 2015; Kaur, et al., 2013). Assim, os resultados foram antes ao encontro dos obtidos por Santos-Filho e colaboradores (cit. in Ramos & Ferreira, 2011) que observaram que emoções, nomeadamente o *distress* associado a DM, parecem não estar apenas presentes no momento do diagnóstico, como também se relacionam com o autocuidado e com a forma como a pessoa lida com a doença e o seu tratamento. Por conseguinte, independentemente do tempo em que a pessoa recebeu o diagnóstico, as tarefas de autocuidado podem ser a causa do seu *distress*.

Relativamente à hipótese de que pessoas portadoras de DM que tomam **insulina injetável** têm maior vulnerabilidade ao *stress* (e.g., Lee, et al., 2006; Wardian & Sun, 2014), na amostra em análise tal não se verificou. Os resultados aqui apresentados podem justificar-se por de uma forma geral, as pessoas que tomam insulina possuem habilitações literárias superiores, o que se pode traduzir numa maior facilidade para compreenderem a DM e os procedimentos médicos associados e, conseqüentemente, obterem menores pontuações em termos de vulnerabilidade ao *stress*.

A hipótese de que pessoas portadoras de DM que tinham outros **problemas de saúde** estariam mais suscetíveis à vulnerabilidade ao *stress* não foi estatisticamente significativa para a população selecionada. Tal pode ter acontecido dado a percentagem de doentes contemplados nesta amostra que referiu ter outros problemas de saúde (21.9%) ser significativamente mais pequena do que a das pessoas que não apresentam tê-los (78.1%). Os resultados foram assim contrários aos obtidos em outros estudos anteriormente realizados como o de Wardian e Sun (2014) que identificou que o facto de doentes terem outros problemas de saúde funcionava como um fator de risco para a vulnerabilidade ao *stress*.

Nos utentes que se encontram a ser seguidos nas consultas de diabetologia do HSM ainda foi possível verificar que 45.2% detêm crenças mais negativas relativamente à DM. Deste modo, os resultados obtidos corroboram autores como Costa e Coutinho (2016) e Oliveira e Pereira (2012) que consideram ser imprescindível que os doentes deveriam ser alvo de intervenções que abarcassem as crenças que estes têm acerca da DM logo desde o momento em que recebem diagnóstico, com o intuito de promover ideias mais adaptativas acerca da sua nova condição.

Tendo em conta que diferentes autores (e.g., Broadbent, Donkin & Stroh, 2011; Broadbent, et al., 2015; Reddy, Wilhelm & Campbell, 2013) observam que **piores crenças** (e.g., relativamente à identidade, consequências, eficácia do tratamento) consistentemente se encontram relacionadas a **maior *distress*** (i.e., vulnerabilidade ao *stress*), foram efetuadas análises de correlação e de regressão entre os resultados obtidos no IPQ-B com os do 23-QVS.

A dimensão **consequência** do IPQ foi aquela que revelou ter uma correlação mais elevada com a vulnerabilidade ao *stress*. Tal remete para a suposição de que quanto mais negativas forem as crenças relativas à gravidade da DM, mais elevados irão ser os níveis de vulnerabilidade ao *stress* na amostra do HSM. Por seu turno, os resultados obtidos no que se refere à dimensão **identidade** apontam para que quanto maior é a prevalência e frequência de sintomas advindos da DM, maior suscetibilidade das pessoas para apresentarem *distress*. Tal vai ao encontro das conclusões de Broadbent e colaboradores (2015) que referem que piores crenças referentes às dimensões consequência e identidade foram consistentemente associadas a um maior nível de *distress*. No que se refere à dimensão **compreensão**, o facto de as pessoas não compreenderem a DM também tem influência na vulnerabilidade ao *stress* o que nesta amostra parece resultar do facto da maioria da população ter habilitações literárias baixas. Assim tal pode limitar o acesso a informações, culminando num aumento da vulnerabilidade ao *stress* devido à pessoa ter dificuldade em perceber a sua condição, os tratamentos e alterações necessárias nas suas rotinas (Fernandes, Magalhães, Mata & Pimentel, 2012; Fisher, Gonzalez & Polonsky, 2014; Gomes & Negrato, 2016). Por último, também parece estar presente uma relação significativa entre a dimensão **representação emocional** e a vulnerabilidade ao *stress* o que pode estar relacionado com as consequências advindas da DM serem percebidas como sendo negativas. Tal tem vindo a ser frequentemente relacionado com sintomas elevados de ansiedade, depressão e fadiga, assim como a uma pior qualidade de vida global associada aos doentes com DM (Dimitraki & Karademas, 2014).

Por fim, foi concluído a partir da análise de regressão que as crenças explicam aproximadamente 41% da variação da vulnerabilidade ao *stress*, sendo que a restante percentagem se deve a outros fatores. De acordo com a revisão efetuada, estes fatores podem ser: a interação entre *distress* e controlo glicémico, bem como as próprias tarefas diárias de autocuidado, perceção de que se recebe pouco apoio social, falta de conhecimento acerca da doença, sobrecarga que advém de se conviver com a DM e das exigências que esta acarreta, entre outros (Gois, Akiskal, Akiskal & Figueira, 2012; Reddy, Wilhelm & Campbell, 2013; Wardian & Sun, 2014).

Dos fatores referidos aquele que parece explicar a maior variabilidade da vulnerabilidade ao *stress* é a **falta de conhecimento acerca da doença** nos utentes do HSM. Esta parece encontrar-se relacionada com as baixas habilitações literárias dado ter sido verificado que grande parte das pessoas que apresentavam maior suscetibilidade ao *stress* eram de facto as que detinham menos qualificações (aproximadamente 52.2%). Por conseguinte, considera-se

que as habilitações literárias reduzidas podem limitar o acesso a informações referentes a DM talvez por lacunas na leitura, escrita e/ou fala, bem como a compreensão dos mecanismos da doença e do respetivo tratamento (Rodrigues, Santos, Teixeira, Gonela & Zanetti, 2012). Silva (2010) considera que o facto de as pessoas não conseguirem identificar os sintomas e/ou não saberem o que fazer para os minimizar pode funcionar como impulsionador de maior *stress* e ansiedade.

— Principais Contributos e Limitações

Qualquer investigação realizada, independentemente dos resultados obtidos, é tida como uma mais-valia no estudo de determinada temática, apontando novos rumos que ajudarão a delinear investigações subsequentes. Assim sendo, e no caso deste estudo em específico considera-se que os resultados apresentados constituem um contributo importante na caracterização de variáveis sociodemográficas e clínicas, numa população de doentes com DM e que os resultados aqui obtidos poderão ter implicações não só na intervenção com estes doentes como também a um nível mais preventivo. Além disso, constitui mais um contributo para ajudar a colmatar a lacuna existente em Portugal no que diz respeito à investigação e intervenção nos fatores psicossociais associados à DM.

A verificação de que determinadas características idiossincráticas e a constatação de que crenças associadas a DM poderão ter alguma relação com os níveis de vulnerabilidade ao *stress* contribuem para o desenvolvimento de estratégias que tenham como fim último a promoção do bem-estar e qualidade de vida das pessoas portadoras de DM. Por conseguinte, este estudo sublinha a importância de fatores psicossociais como o *distress* associado a DM e a necessidade de os mesmos serem tidos em conta no delineamento de novas intervenções terapêuticas específicas. Assim, foi possível identificar, características sociodemográficas e clínicas, que parecem contribuir para que algumas pessoas se encontrem mais suscetíveis ao *stress* e consequentemente desenvolver estratégias que lhes permitam lidar com o *stress* associado a DM.

Apesar dos importantes contributos desta investigação, esta não se encontra isenta de limitações. Assim, uma das principais limitações diz respeito às características da amostra selecionada: a) tamanho reduzido (principalmente na análise das crenças onde $n = 42$), o que não permite a generalização dos resultados aqui apresentados; b) a média de idade nos dois estudos é de uma forma geral elevada (situa-se nos 60 anos) sendo que seria importante em estudos futuros incluir pessoas de outras faixas etárias; c) necessário aumentar a heterogeneidade da amostra, incluindo doentes pertencentes a outras áreas geográficas e d) a maioria dos participantes, em função da idade e de apresentarem baixas habilitações contribuiu para que fosse necessário que a investigadora tivesse de preencher os protocolos, o que propicia a tendência para a centralidade bem como a desejabilidade social nas respostas e consequentemente, tempo de aplicação mais elevado.

A seleção de questionários autoadministrados deveu-se a questões económicas e pelo seu tempo de aplicação ser reduzido, contudo constitui uma limitação, pelo facto de não ter sido possível ter acesso aos dados clínicos, sendo a informação obtida apenas através dos doentes, o que pode ter enviesado alguns dados recolhidos. Assim, considera-se pertinente que em investigações empíricas futuras seja obtida avaliação de medidas clínicas, através da recolha de informações obtidas de outras fontes (e.g. enfermeiros, médico).

O facto do *design* temporal selecionado ter sido transversal impossibilita um acompanhamento dos doentes que poderia ser útil na identificação de relações de causalidade entre as variáveis. Contudo optou-se por este *design* por este deter enquanto vantagens um baixo custo, alta taxa de resposta, bem como um tempo reduzido de tratamento dos dados. Futuramente sugere-se a realização de estudos de carácter longitudinal prospetivo onde se acompanhasse o doente desde o momento em que este recebe o diagnóstico e que fosse realizado um *follow-up*. Apenas, desta forma será possível obter informação mais detalhada que permita um maior entendimento do doente a partir de uma perspetiva mais holística e multidimensional.

— Implicações para a Prática Clínica

A investigação aqui apresentada é mais uma prova do impacto que os fatores psicossociais têm nas pessoas portadoras de DM. Assim urge a necessidade de estes serem tidos em conta não somente nas intervenções, mas também a um nível da **prevenção primária** (i.e., através da redução dos fatores de risco conhecidos) com o intuito de identificar pessoas que detêm uma maior probabilidade de virem a desenvolver um quadro de DM (Boavida, 2015; Gouveia & Rodrigues, 2013).

A prevenção primária (nomeadamente ao nível da promoção de estilos de vida saudável), assim como a prevenção secundária (intervindo na prevenção e gestão dos efeitos da DM) na DM têm vindo a ser apontadas como um grande desafio para os psicólogos (Gouveia & Rodrigues, 2013). Boavida (2015) refere que “a prevenção da Diabetes é um processo difícil e complexo, mas não impossível” (p.29). Assim, o mesmo autor considera que tal só será possível a partir de ações de prevenção primária que tenham como público alvo a população em geral com o intuito de motivar e dar *empowerment* às pessoas para que alterem as condutas que aumentam a probabilidade de virem a desenvolver DM ou outras doenças crónicas, promovendo-se assim um estilo de vida mais saudável. Tal só será possível considerando os fatores psicossociais enquanto determinantes para a adesão de hábitos de vida mais saudáveis (Gouveia & Rodrigues, 2013; Wardian & Sun, 2014). Neste sentido a própria ADA teve-os em conta aquando o estabelecimento dos “*Standards of Medical Care in Diabetes–2016*” onde consta por exemplo que no que diz respeito ao apoio fornecido relativamente ao autocuidado e à autogestão da DM, este deve ser centrado no doente e ter em linha de conta as suas preferências individuais, necessidades e valores que devem funcionar como linha orientadora para as decisões clínicas. No mesmo documento ainda é

referido que o rastreio de fatores psicossociais (como é o caso da depressão ou do *distress* associado a DM) deve ser realizado regularmente (ADA, 2016).

Por conseguinte, e tendo em linha de conta que a falta de conhecimento poderá ser um dos fatores que mais explica a presença de vulnerabilidade ao *stress* na amostra em estudo, é possível que os níveis obtidos fossem inferiores se os utentes tivessem a oportunidade de participar num programa de psicoeducação. Considerada enquanto agente promotor da diminuição do *distress* associado a DM, um dos maiores benefícios da psicoeducação é facultar uma maior compreensão por parte dos doentes, bem como a partilha de sentimentos ou o esclarecimento de mitos referentes à DM (Losso, et al., 2014). Sendo que a psicoeducação interage com os três pilares do regime terapêutico da pessoa portadora de DM (dieta, exercício físico e meditação) esta é considerada primordial para estes doentes por permitir que os mesmos tomem decisões informadas, saibam lidar com as rotinas de uma doença crónica complexa, bem como sejam capazes de proceder às mudanças de atitude exigidas pela sua nova condição (Albuquerque, Correia & Ferreira, 2015). Tal remete também para o crescente reconhecimento da importância de uma equipa multidisciplinar para educar e habilitar o doente a lidar com a sua DM e com tudo o que esta implica, sendo para isso fulcral que a mesma inclua um psicólogo. Neste sentido, o psicólogo pode trabalhar com a pessoa os processos psicológicos (e.g., *distress* associado a DM, crenças e mitos acerca da DM) que se encontram associados às alterações do seu estado de saúde, às crises pessoais e às mudanças de comportamentos de risco necessárias. Este apoio constitui um suporte adicional para a educação e promoção de comportamentos mais saudáveis, a fim de diminuir o risco de complicações futuras da doença e promover uma melhor adaptação dessas portadoras de DM à doença (António, 2010).

Para rematar, considera-se tal como Boavida (2015) que “num país onde a prevalência da Diabetes chega a cerca de 1 milhão de pessoas, a prevenção primária adquire uma nova urgência” (p.28). A título de curiosidade, a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), com o apoio da Direção-Geral de Saúde (DGS), aceitou o desafio que lhe foi lançado pela Função Calouste Gulbenkian para promover e implementar o projeto «Portugal sem Diabetes». Este detém enquanto objetivo conseguir que ao fim de cinco anos evitar que 50 mil portugueses desenvolvam DM. Uma meta que, embora gananciosa, é essencial para desacelerar o incremento exponencial desta pandemia no nosso país (Boavida, 2015).

Considerações Finais

Com o intuito de se obter um maior conhecimento que servisse de suporte para o desenvolvimento de novas estratégias de investigação que melhorassem o bem-estar psicológico dos doentes, bem como a sua adaptação à nova condição, deu-se origem ao projeto CRON. Concretamente na área da DM, o estudo aqui apresentado surgiu da motivação de se avaliar o impacto da vulnerabilidade ao *stress* e das crenças relativas à DM nestes doentes.

Os resultados obtidos nesta investigação demonstram a relevância da vulnerabilidade ao *stress* e das representações que uma pessoa tem sobre a DM aquando do delineamento de intervenções em pessoas portadoras de DM. Mais especificamente, verificou-se uma proporcionalidade direta entre a vulnerabilidade ao *stress* e crenças mais negativas sobre a DM, sendo que as crenças explicam 41% da variabilidade da vulnerabilidade ao *stress* na amostra em estudo (HSM).

Tal aponta para a importância de que uma intervenção mais integral seja facultada às pessoas portadoras de DM, terminando-se assim com a rutura entre intervenções destinadas meramente ao físico das que se centram na saúde mental, sendo para isso imprescindível a inclusão de um atendimento psicológico (e.g., na gestão da DM) (Kaur, et al., 2013; Wardian & Sun, 2014). Ter em conta, logo à partida, a implementação deste tipo de apoio, possibilitaria ao doente a desconstrução de determinados mitos que este criou acerca da sua nova condição, o que contribui tanto para uma maior compreensão da sua patologia, como para uma decisão mais consciente quanto à adesão ao tratamento (Losso, et al., 2014). É fulcral ter presente que o bem-estar psicológico da pessoa é o aspeto basilar de toda a intervenção, uma vez que a saúde biopsicossocial é determinante na adesão ou não ao regime terapêutico (Albuquerque, Correia & Ferreira, 2015). Deste modo, torna-se exequível a identificação dos doentes que se encontram menos ajustados emocionalmente e que necessitam de um apoio adicional, fornecendo-lhes ferramentas que fomentem o aumento do seu *empowerment*, que se traduz numa participação mais ativa e total envolvimento no seu tratamento (Cunha, et al., 2015; Hudson, Brundy, Coventry & Dickens, 2014; Silva, 2010).

Paralelamente é também importante investir na diminuição da prevalência da DM o que aponta para a relevância da prevenção primária, onde os fatores psicossociais também têm um papel determinante e a psicoeducação assume-se como uma estratégia imprescindível (Gouveia & Rodrigues, 2013; Wardian & Sun, 2014).

Em síntese, as conclusões aqui apresentadas devem ser encaradas como um sinal de alerta para a identificação e controlo de fatores geradores de *stress*, bem como para a necessidade de auscultação das crenças que as pessoas têm (no sentido de transformar as mais negativas

em ideias mais adaptativas), com o intuito de as colmatar e, conseqüentemente, contribuir para melhorar o estado de saúde dos doentes com DM.

Pretende-se, assim, que este trabalho contribua não só para o desenvolvimento de futuras investigações nesta área, como também para o progresso em termos de estratégias e intervenções que contribuam para uma melhor qualidade de vida das pessoas portadoras de DM, que tenham em conta toda a sua esfera biopsicossocial. Acresce também que se espera ter contribuído para uma maior compreensão da DM, pois considera-se que tal é indispensável para sensibilizar a população em geral para os fatores de risco da DM, levando as pessoas a adotarem um estilo de vida mais saudável.

Assim, talvez um dia se consiga alcançar um «Portugal sem Diabetes».

Bibliografia

- 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.
- Alves, L., Leimann, B., Vasconcelos, M., Carvalho, M., Vasconcelos, A., Fonseca, T. Fonseca, Lebrão & Laurenti, R. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (8), 1924-1930.
- Annor, F., Roblin, D., Okosun, I. & Goodman, M. (2015). Work-related Psychosocial Stress and Glycemic Control Among Working Adults with Diabetes Mellitus. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 9, 85-90.
- António, P. (2010). A Psicologia e a Doença Crónica: Intervenção em Grupo na Diabetes Mellitus. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (1), 15-27.
- ADA. (2013). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 36 (1), 67-74.
- ADA. (2014). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 37 (1), 81-90.
- ADA. (2015). Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care*, 38 (1), 8-16.
- ADA. (2016). Standards of Medical Care in Diabetes - 2016: Abridged for Primary Care Providers. *Diabetes Care*. 34 (1), 3-21.
- Barone, B., Rodacki, M., Cenci, M., Zajdenverg, L., Milech, A. & Oliveira, J. (2007). Cetoacidose Diabética em Adultos - Atualização de uma Complicação Antiga. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 51 (9), 1434-1447.
- Batista, M., Novo, A. & Pimentel, M. (2013). A Depressão em Doentes Crónicos. Em M. Pimentel, *Livro de Atas - Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Instituto Politécnico de Bragança* (pp. 9-24). Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Broadbent, E., Donkin, L. & Stroh, J. (2011). Illness and Treatment Perceptions Are Associated With Adherence to Medications, Diet, and Exercise in Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 34, 338-340.

- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J. & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanez, H., Weinman, J., Norton, S. & Petrie, K. (2015). A Systematic Review and Meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology & Health*, 30 (11), 1361-1385.
- Boavida, J. (2015). Diabetes: A Prevenção é Melhor do Que a Cura. *Revista Factores de Risco*, 36, 26-29.
- Cardoso, A., Queirós, P. & Ribeiro, C. (2015). Intervenções para a Aquisição do Autocuidado Terapêutico da Pessoa com Diabetes *Mellitus*: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33 (2), 246-255.
- Chaves, J. & Alves, S. (2015). Estratégias Utilizadas por Pessoas com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 para o Controle dos Aspectos Emocionais. *Perspectivas em Psicologia*, 19 (2), 199-220.
- Cortez-Dias, N., Martins, S., Belo, A. & Fiuza, M. (2010). Prevalência, tratamento e controlo da diabetes *Mellitus* e dos factores de risco associados nos cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 29, 509-537.
- Costa, R., Campos, M., Marques, L., Neto, E., Franco, M. & Diogénes, E. (2015). Diabetes gestacional assistida: perfil e conhecimento das gestantes. *Saúde (Santa Maria)*, 41 (1), 131-140.
- Costa, F. & Coutinho, M. (2016). Social Representations in the Context of Diabetes *Mellitus*. *Psicologia em Estudo*, 21 (1), 175-185.
- Coutinho, C. (2006). Aspectos metodológicos da investigação em tecnologia educativa em Portugal (1985-2000). Colóquio da Secção Portuguesa da Association Francophone Internationale de Recherche Scientifique en Education, (1-12). Lisboa.
- Cunha, M., André, S., Granado, J., Albuquerque, C. & Madureira, A. (2015). Empowerment and Adherence to the Therapeutic Regimen in People with Diabetes. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 289-293.
- Damáσιο, B. (2012). Uso da Análise Fatorial Exploratória em Psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11 (2), Brasil, 213-228.
- Decreto Lei nº 136/2015 de 28 de julho (2015). *Diário da República Nº 145 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa. 5081-5091
- Dimitraki, G. & Karademas, E. (2014). The Association of Type 2 Diabetes Patient and Spouse Illness Representations with Their Well-being: A Dyadic Approach. *International Society of Behavioral Medicine*, 21, 230-239.

- Direção-Geral da Saúde. (2015). *A Saúde dos Portugueses - Perspetiva 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ducloux, R., Safrou, M. & Altman, J. (2015). Etiologic diagnosis of diabetes *Mellitus* in adults: questions to ask, tests to request. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 35 (4), 604-611.
- Fadini, G., Kreutzenberg, S., Rigato, M., Brocco, S., Marchesan, M., Tiengo, A. & Avogaro, A. (2011). Characteristics and outcomes of the hyperglycemic hyperosmolar non-ketotic syndrome in a cohort of 51 consecutive cases at a single center. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 94, 172-179.
- Fernandes, A., Magalhães, C., Mata, M. & Pimentel, M. (2012). Exercício Físico em Idosos Diabéticos e Perceção da sua Importância no Controlo da Doença. Em A. Fernandes, C. Magalhães, M. Mata, M. Pimentel & M. Baptista, *Dilemas atuais e desafios futuros: I Congresso de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior* (141-148). Bragança: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança.
- Ferreira, N., Bavaresco, D., Ceretta, L., Tuon, L., Gomes, K. & Amboni, G. (2015). Estresse em Pacientes com Diabetes Tipo 2. *Revista Inova Saúde*, 4 (1), 88-98.
- Filho, D. & Júnior, J. (2009). Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje*, 18 (1), 115-146.
- Fisher, L., Gonzalez, J. & Polonsky, W. (2014). The Confusing Tale of Depression and Distress in Patients With Diabetes: A Call for Greater Clarity and Precision. *DIABETIC Medicine*, 31, 764-772.
- Fisher, L., Hessler, D., Glasgow, R., Arean, P., Masharani, U., Naranjo, D. & Strycker, L. (2013). REDEEM: A Pragmatic Trial to Reduce Diabetes Distress. *Diabetes Care*, 36, 2551-2558.
- Galvão-Coelho, N., Silva, H. & Sousa, M. (2015). Resposta ao Estresse: II. Resiliência e vulnerabilidade. *Estudos de Psicologia*, 20 (2), 72-81.
- Gherman, A., Schnur, J., Montgomery, G., Sassu, R., Veresiu, I. & David, D. (2011). How are Adherent People More Likely to Think? A Meta-Analysis of Health Beliefs and Diabetes Self-Care. *The Diabetes Educator*, 37 (3), 392-408.
- Gois, C., Akiskal, H., Akiskal, K. & Figueira, M. (2012). Depressive Temperament, Distress, Psychological Adjustment and Depressive Symptoms in Type 2 Diabetes. *Journal of Affective Disorders*, 143, 1-4.

- Gois, C., Dias, V., Raposo, J., Carmo, I. & Barbosa, A. (2012). Vulnerability to Stress, Anxiety and Depressive Symptoms and Metabolic Control in Type 2 Diabetes. *BMC Research Notes*, 5 (271), 1-6.
- Gomes, M. & Negrato, C. (2016). Adherence to Insulin Therapeutic Regimens in Patients with Type 1 Diabetes. A Nationwide Survey in Brazil. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 120, 47-55.
- Gonçalves, A., Ribas, A., Araújo, A., Silva, M., Caldeira, R. & Guedes, A. (2008). Mensuração do Nível de Estresse em Indivíduos Portadores de Diabetes *Mellitus*. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 26 (2), 173-176.
- Gouveia, J. & Rodrigues, C. (2013). Como o Portador de Diabetes *Mellitus* Enfrenta a Doença e o seu Tratamento - Uma Revisão Integrativa. Santa Marcelina. Manuscrito não publicado.
- Guelho, D., Paiva, I. & Carvalheiro, M. (2013). Diabetes *Mellitus* - um «continuum» fisiopatológico. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 8 (1), 44-49.
- Hamed, V., Ameri, A. & Azamameri. (2013). Comparison of Anxiety, Depression, Stress and Anger in Migraine, Diabetic and Cardiac Patients and Healthy People. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1885-1888.
- Hudson, J., Brundy, C., Coventry, P. & Dickens, C. (2014). Exploring the Relationship Between Cognitive Illness Representations and Poor Emotional Health and Their Combined Association With Diabetes Self-Care. A Systematic Review With Meta-Analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 76, 265-274.
- INE. (2011). Saúde e incapacidades. *Destaque: informação à comunicação social*. Lisboa: INE.
- Jones, A., Vallis, M. & Pouwer, F. (2015). If it Does Not Significantly Change Hba1c Levels Why Should we Waste Time On It? A Plea for the Prioritization of Psychological Well-Being In People With Diabetes. *DIABETICMedicine*, 32, 155-163.
- Karlsen, B., Oftedal, B. & Bru, E. (2012). The Relationship Between Clinical Indicators, Coping Styles, Perceived Support and Diabetes-Related Distress Among Adults With Type 2 Diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (2), 391-401.
- Kaur, G., Tee, G., Ariaratnam, S., Krishnapillai, A. & China, K. (2013). Depression, Anxiety and Stress Symptoms Among Diabetics in Malaysia: a Cross Sectional Study in an Urban Primary Care Setting. *BMC Family Practice*, 14 (69), 1-13.
- Kyrou, I. & Tsigos, C. (2009). Stress Hormones: Physiological Stress and Regulation of Metabolism. *Current Opinion in Pharmacology*, 9, 787-793.

- Lee, S., Chiu, A., Tsang, A., Chow, C. & Chan, W. (2006). Treatment-related Stresses and Anxiety-depressive Symptoms among Chinese Outpatients with Type 2 Diabetes Mellitus in Hong Kong. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 74, 282-288.
- Lima, S. (2015). Papel da Psicologia no Acompanhamento do Paciente com Diabetes. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 14 (4), 76-80.
- Littlewood, K., Cummings, D. & Lutes, L. (2015). Psychometric Properties of the Family Support Scale Adapted for African American Women With Type 2 Diabetes Mellitus. *Ethnicity & Disease*, 25 (2), 193-199.
- Losso, A., Zimermann, K., Ceretta, L., Salvaro, M. & Rosa, P. (2014). Psicoeducação para Pacientes Diabéticos em Tratamento com Insulina. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação*, 3 (2), 1-8.
- Luz, D., Sousa, D., Nascimento, A., Souza, C., Medeiros, P., Garcia & ... Neto, M. (2015). Factors Relates to a Non Medical Accession by Hipoglycemics Patients with Oral Diabetes Mellitus Type 2. *International Archives of Medicine*, 8 (191), 1-7.
- Magliano, D., Zimmet, P. & Shaw, J. (2015). Chapter 1: Classification of Diabetes Mellitus and Other Categories of Glucose Intolerance. Em R. DeFronzo, E. Ferrannini, P. Zimmet & G. Alberti, *International Textbook of Diabetes Mellitus (4th Ed)* (Vol. 1, 3-16). United Kingdom: Wiley Blackwell.
- Maroco, J. & Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Qestões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística - Com utilização do SPSS. (3ª Edição)*. Lisboa: Edições
- Martinez, L. & Ferreira, A. (2007). *Análise de Dados com SPSS: Primeiros Passos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Martins, L., Cunha, M., Guerreiro, D. & Marques, M. (2015). Correlatos Psicológicos de Cuidadores Formais de Pessoas com Deficiência Mental: Amostra Portuguesa. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1 (1), 17-29.
- Mendes, Z., Guedes, S., Guerreiro, J., Inês, M., Sousa, A. & Miranda, A. (2015). Autovigilância da Doença e Qualidade de Vida dos Doentes Diabéticos: Estudo Observacional em Farmácias Comunitárias. *Revista portuguesa de saúde pública*, 1-9.
- Mesquita, A., Lobato, J. & Brito, K. (2014). Estresse, Enfrentamento e sua Influência sobre a Glicemia e a Pressão Arterial. *Revista Psicologia e Saúde*, 6 (1), 48-55.

- Ministério da Saúde. (2006). *Cadernos de Atenção Básica: Diabetes Mellitus*. Brasil: Ministério da Saúde.
- Oliveira, D. & Pereira, M. (2012). Representações da Doença, Ajustamento Conjugal e Adesão aos Auto-Cuidados e Controle Metabólico em Diabéticos Tipo 2. *Revista Interamericana de Psicología*, 46 (3), 57-364.
- Paiva, D., Bersusa, A. & Escuder, M. (2006). Avaliação da Assistência ao Paciente com Diabetes e/ou Hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (2), 377-385.
- Pereira, M., Pedras, S. & Machado, J. (2013). Validação do Questionário Crenças acerca da Medicação em Pacientes Diabéticos Tipo 2. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29 (2), 229-236.
- Péres, D., Santos, M., Zanetti, M. & Ferronato, A. (2007). Difficulties of Diabetic Patients in The Illness Control: Feelings and Behaviors. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (6), 1105-1112.
- Péres, D., Franco, L. & Santos, M. (2008). Feelings of Women After the Diagnosis of Type 2 Diabetes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (1).
- Pestana, M. H. & Gageiro, N. J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS (5ª Edição)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género e Saúde Mental: Uma Abordagem Epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 439-454.
- Ramos, L. & Ferreira, E. (2011). Emotional Factors, Life Quality and Adhesion of Treatment in Adult With Type 2 Diabetes. *Journal of Human Growth and Development*, 21 (3), 867-877.
- Reddy, J., Wilhelm, K. & Campbell, L. (2013). Putting PAID to Diabetes-Related Distress: The Potential Utility of the Problem Areas in Diabetes (PAID) Scale in Patients with Diabetes. *Psychosomatics*, 54, 44-51.
- Reyes, M. & Pérez, Y. (2014). Ansiedad, Depresión y Vulnerabilidad al Estrés Ante el Diagnóstico Reciente de Diabetes Mellitus Tipo 2. *Gaceta Médica Espirituana*, 16 (3), 1-9.
- Ribeiro, A., Nogueira-Silva, C., Melo-Rocha, G., Pereira, M. & Rocha, A. (2015). Diabetes Gestacional: Determinação de Fatores de Risco para Diabetes Mellitus. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 10 (1), 8-13.
- Rodrigues, F., Santos, M., Teixeira, C., Golena, J. & Zanetti, M. (2012). Relação Entre Conhecimento, Atitude, Escolaridade e Tempo de Doença em Indivíduos com Diabetes Mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25 (2), 284-290.

- Rothmann, L., Lubbe, M., Serfontein, J., Gerber, J., & Malik, M. (2015). Prevalence of Chronic Diseases in Private Healthcare Sector of South Africa: A Threat to Public Health. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, 15 (6), 1327-1334.
- Santos, M., Freitas, M. & Pinto, F. (2014). O Diabetes *Mellitus* Tipo 1 e Tipo 2 e Sua Evolução no Município de Quissamã. *Revista Científica Interdisciplinar*, 1 (7), 119-132.
- Silva, I. (2010). *Psicologia da Diabetes*. Lisboa: Placebo Editora.
- Silva, A., Freitas, C., Dores, J. & Borges, F. (2014). Prevalência da Diabetes *Mellitus* no Internamento de um Hospital Central. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 9 (1), 21-24.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2014). Diabetes: Factos e Números 2014. *Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*
- Strandberg, R., Graue, M., Wentzel-Larsen, T., Peyrot, M. & Rokne, B. (2014). Relationships of Diabetes-specific Emotional Distress, Depression, Anxiety, and Overall Well-being with HbA1c in Adult Persons with Type 1 Diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 77, 174-179.
- Vaz-Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao *stress*: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4): 279-308.
- Wardian, J. & Sun, F. (2014). Factors Associated with Diabetes-related Distress: Implications for Diabetes Self-Management. *Soc Work Health Care*, 53 (4), 364-381.
- World Health Organization. (2016). *Global Report on Diabetes*. France: World Health Organization.

ANEXOS

Anexo I: Consentimento Informado



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 e do contexto de trabalho

MEMBROS DA EQUIPA: Ana Isabel Cunha, Marta Pereira Alves, Cláudia 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(as) doentes, focalizando-se em diferentes níveis e contextos.

Papel dos participantes: Responder a um conjunto de questionários acerca de diferentes áreas, como vida familiar 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: _____