

DM  
ANDR/R. 1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

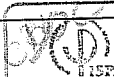
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA  
E  
ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADOS  
NA DIABETES MELLITUS TIPO 2

ROSALINA PEREIRA ANDRADE

LISBOA, 2001



 ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada  
Centro de  
Documentação, Lda  
Registo: 14520  
Data: 18, 11, 2003  
Tel.: 21 801 17 50 • bibispa@ispa.pt

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do **Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro**, apresentada no **Instituto Superior de Psicologia Aplicada** para obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de **Psicologia da Saúde** conforme Portaria n.º 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto “b” do nº2 do Artº5 do Decreto Lei n.º 216/92 de 13 de Outubro.

A elaboração desta Dissertação contou com a colaboração de algumas pessoas que foram de primordial importância para a sua concretização e às quais gostaria de agradecer:

Neste sentido, é meu desejo agradecer ao meu orientador, o Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro, a ajuda prestada ao longo deste trabalho, o interesse e a disponibilidade com que acompanhou todo o seu percurso, bem como o incentivo pessoal dado.

Agradeço, igualmente, à Dr.<sup>a</sup> Tânia Pinto pela forma como sempre se disponibilizou para me esclarecer as várias dúvidas que tive ligadas à análise estatística.

Os meus agradecimentos também ao Centro de Saúde de Oeiras, particularmente à Dr.<sup>a</sup> Helena Canadas pela amabilidade com que me recebeu, possibilitando o acesso e recolha da amostra, bem como o interesse demonstrado por esta investigação.

Agradeço ainda aos pacientes diabéticos pela sua disponibilidade em colaborar neste estudo.

Por último, quero agradecer à minha família e aos meus amigos pela forma como me apoiaram ao longo deste trabalho.

## RESUMO

A presente investigação aborda o tema das representações de doença em indivíduos diabéticos não insulino-dependentes e a sua relação com o desenvolvimento de actividades de auto-cuidados na diabetes. Assim, são descritas de modo aprofundado as representações de doença, como determinantes na compreensão da diabetes, bem como as actividades de auto-cuidados desenvolvidas no controlo da doença.

Pretende-se investigar a existência de relações entre as representações da diabetes, de acordo com o modelo de representações de doença de Leventhal e colaboradores (1980; 1985), e o desenvolvimento de actividades de auto-cuidados de acordo com Toobert e colaboradores (2000), nos aspectos da dieta, exercício, teste do açúcar no sangue e/ou na urina, cuidados aos pés e medicamentos.

A amostra é constituída por 75 indivíduos diabéticos não insulino-dependentes, de ambos os sexos (52% de homens e 48% de mulheres), com idades compreendidas entre os 40 e os 90 anos, doença diagnosticada há mais de um ano e sem complicações graves decorrentes da diabetes. Trata-se de uma amostra de conveniência recolhida no Centro de Saúde de Oeiras, em que todos os indivíduos colaboraram voluntariamente, dando o seu consentimento informado, após lhes ter sido explicado o objectivo geral da investigação.

A investigação tem carácter exploratório, uma vez que se pretende uma primeira abordagem da relação existente entre as representações da diabetes e o desenvolvimento de actividades de auto-cuidados em diabéticos não insulino-dependentes. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, do tipo correlacional. Assim, ao nível dos instrumentos utilizados, utilizou-se o Questionário de Representações de Doença nos Diabéticos e o Questionário de Actividades de Auto-cuidados na Diabetes. Ambos os questionários foram construídos e adaptados para esta investigação.

Os dados foram recolhidos em contexto de entrevista clínica. O primeiro instrumento a ser aplicado foi o Questionário de Representações de Doença nos Diabéticos, seguido da

aplicação do Questionário de Actividades de Auto-cuidados na Diabetes. Ambos os questionários foram, na sua maioria, preenchidos pelo investigador.

No sentido de obter informação detalhada dos dados recolhidos com os dois questionários, recorreu-se a diversos tratamentos estatísticos. Para a obtenção dos valores percentuais das respostas a cada questão, recorreu-se à estatística descritiva (frequências). Para a averiguação da possibilidade de existirem relações significativas entre as variáveis das representações da diabetes e as variáveis das actividades de auto-cuidados, recorreu-se à estatística inferencial através do teste U-Mann-Whitney e o teste de Correlação de Spearman. Ainda, para averiguar a existência de diferenças significativas dos diferentes grupos (género sexual: masculino/feminino, grupos de diferentes idades), quer nas variáveis relativas às representações de doença, quer nas variáveis relativas às actividades de auto-cuidados, recorreu-se ao teste U-Mann-Whitney e o teste Qui-quadrado.

Assim, de acordo com os resultados estatísticos obtidos com uma proporção de erro de  $p \leq 0,05$ , podemos concluir que são significativas as relações para as dimensões seguintes: sintomas e actividades de auto-cuidados com os medicamentos, teste do açúcar no sangue e/ou na urina, e exercício; causas e actividades de auto-cuidados com o teste do açúcar no sangue e/ou na urina, medicamentos, e exercício; evolução e actividades de auto-cuidados com o exercício e os cuidados aos pés; tratamento e actividades de auto-cuidados com o teste do açúcar no sangue e/ou na urina, medicamentos, dieta, e exercício; consequências e actividades de auto-cuidados com a dieta, teste do açúcar no sangue e/ou na urina e medicamentos. Os resultados desta investigação mostraram que os indivíduos possuem representações da diabetes bem definidas, organizadas segundo os componentes sugeridos por estudos anteriores (Lau & col., 1989, Leventhal & cols., 1992): identidade, causas, duração, controlo/cura e consequências. Relativamente às actividades de auto-cuidados desenvolvidas, as dimensões de dieta, cuidados aos pés e medicamentos apresentam níveis satisfatórios. Os piores resultados verificam-se ao nível do exercício físico realizado e o teste do açúcar no sangue e/ou na urina.

Esta investigação permitiu aprofundar o conhecimento sobre as representações de doença e o desenvolvimento das actividades de auto-cuidados na diabetes *mellitus* tipo 2, bem como a relação que estas variáveis mantêm entre si. Este aspecto é particularmente relevante no desenvolvimento de estratégias específicas de intervenção psicológica no indivíduo. Ainda, a importância do presente estudo é extensível à intervenção sobre os técnicos de saúde que lidam com esta população no âmbito da formação sobre os aspectos psicológicos envolvidos na manutenção da saúde, prevenção ou tratamento da diabetes.

## INDICE

	Página
I - Introdução Teórica.....	1
1 - Representações de Doença.....	1
1.1 - Representações Cognitivas de Doença.....	1
1.2 - Processos Básicos na Cognição de Doença.....	3
1.3 - Etapas do Processamento da Representação de Doença.....	4
1.4 - Factores Chave Para a Representação de Doença.....	5
1.5 - A Natureza e Experiência de Sintomas.....	6
1.6 - Factores que Influenciam a Percepção de Sintomas.....	9
1.7 - Relações entre Representações de Doença e estilos de Confronto ( <i>Coping</i> )..	11
2 - A Problemática da Adesão na Doença Crónica.....	16
2.1 - Teorias de Adesão.....	18
2.2 - Factores que Predizem os Comportamentos de Adesão.....	26
2.3 - Comportamentos de Adesão na Diabetes.....	29
2.4 - O Contributo da Psicologia da Saúde na Abordagem da Doença Crónica.....	30
2.5 - Organização e Conceptualização do Conceito de Doença.....	31
2.6 - O Impacto da Doença Crónica no Indivíduo.....	32
2.7 - Adaptação Psicológica à Doença Crónica: A Especificidade da Diabetes.....	35
3 - A Diabetes <i>Mellitus</i> .....	39
3.1 - Etiopatogenia da Diabetes.....	40
3.2 - O Impacto da Diabetes na Dinâmica Familiar.....	44
3.3 - O Impacto da Diabetes em Diferentes Faixas Etárias.....	46
3.4 - <i>Stress</i> e Diabetes.....	49
3.5 - Complicações da Diabetes e Implicações no Funcionamento Psicológico.....	50

	Página
3.6 - A Personalidade Diabética.....	54
4 - Modelos Pessoais de Diabetes.....	56
5 - Formulação do Problema.....	58
6- Objectivos do Estudo e Questões a Investigar.....	60
II - Método.....	61
1- Tipo de Estudo.....	61
2 - Participantes.....	61
3 - Definição de Variáveis.....	63
4 - Material.....	65
5- Técnica de Recolha de Dados.....	69
6 - Tratamento dos Dados.....	70

III - Resultados.....	71
1 - Representações da Diabetes.....	71
2 - Actividades de Auto-Cuidados na Diabetes.....	83
3 - Relação entre as Representações da Diabetes e as Actividades de Auto- -Cuidados.....	90
4 - Diferenças entre Sexo Feminino e Masculino nas Representações da Diabetes e nas Actividades de Auto-Cuidados.....	101
5 - Diferenças entre Diabéticos de Diferentes Idades nas Representações da Diabetes e nas Actividades de Auto-Cuidados.....	106
IV - Discussão.....	109
V - Referências.....	120
ANEXOS.....	128
Anexo A - Questionário de Representações de Doença nos Diabéticos	
Anexo B - Questionário de Actividades de Auto-Cuidados na Diabetes	
Anexo C - Ficheiro de Dados	

## **I - INTRODUÇÃO TEÓRICA**

## **1- REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA**

As representações cognitivas de doença reflectem as crenças individuais sobre a saúde e a doença que guiam os comportamentos adoptados pelo indivíduo, no sentido da manutenção da saúde e evitamento e controlo da doença.

As representações cognitivas de doença resultam das histórias médica e psicossocial do indivíduo, armazenadas como memórias de acontecimentos (por exemplo: memórias de doenças no indivíduo, familiares, amigos, ou informação sobre saúde e doença proveniente do meio social), e conhecimentos e aptidões para evitar e tratar a doença (por exemplo: procura de cuidados médicos, utilização dos tratamentos prescritos e de métodos preventivos), em associação com novas sensações somáticas ( Leventhal & Crouch, 1997).

Essas representações modelam procedimentos específicos de confronto adoptados pelo indivíduo no sentido de evitar e lidar com uma determinada ameaça de saúde e geram critérios para a avaliação dos resultados dos comportamentos adoptados. Assim, as representações de doença variam de acordo com o contexto e ao longo do tempo, influenciando as estratégias de confronto com a doença e o tratamento.

### **1.1 - REPRESENTAÇÕES COGNITIVAS DE DOENÇA**

Leventhal e colaboradores (Leventhal & cols., 1980; Leventhal & Nerenz, 1985, cit. por Ogden, 1999), definiram cognições de doença como “crenças implícitas do senso comum que o paciente tem sobre as suas doenças”. Os autores sugeriram que estas cognições proporcionavam aos indivíduos o apoio de um esquema para o 1) confronto (*coping*) com, 2) compreender a sua doença e, 3) lhes dizer com o que devem ter cuidado, no caso de adoecerem.

A importância do estudo das representações de doença ou representações cognitivas, foi inicialmente sugerida por Leventhal, inspirado nos estudos experimentais sobre a

comunicação de mensagens de medo, iniciados na década de 60, seguindo a tradição *behaviorista*.

No início da década de 60, Leventhal e colaboradores, pretendiam identificar as condições mediante as quais a comunicação sobre doenças provocaria o medo nos indivíduos, conduzindo-os, conseqüentemente, a atitudes mais favoráveis e ao desempenho de acções preventivas recomendadas. Com base na “Drive Reduction Theory” de Dollard & Miller (1950, cit. por Leventhal & cols. , 1997), Leventhal e colaboradores pretendiam testar a hipótese central de que as atitudes e acções seriam reforçadas quando o relato e o desempenho de uma determinada resposta recomendada, reduzisse o medo, eliminando o sentimento de vulnerabilidade do indivíduo à ameaça. Contudo, os dados obtidos não foram consistentes com esta hipótese, ou seja, a hipótese de que a redução do medo conduziria ao reforço e criaria atitudes estáveis que, por sua vez, conduziriam a acções duráveis (Dabbs & Leventhal, 1966; Leventhal & Singer, 1966, cit. por Leventhal & cols. , 1997).

Constatou-se que os efeitos persuasivos da comunicação de mensagens de medo, independentemente da sua intensidade, tinham apenas efeitos a curto-prazo e que, em associação a um plano de acção para a mudança, tornavam-se irrelevantes, ou seja, a probabilidade da acção seria a mesma, independentemente do nível de medo despoletado pela mensagem ( contudo, sempre necessário para despoletar a acção).

Estas conclusões permitiram considerar a existência de modos particulares de processamento de informação subjacentes à forma como os indivíduos integram e respondem a mensagens vindas do exterior (ameaças de saúde), ou seja, o modo particular como a ameaça é compreendida ou representada (Leventhal & Diefenbach, 1991). A este processo, Leventhal e colaboradores denominaram “representação cognitiva da ameaça de doença”, constituindo-se, assim, o primeiro passo após o qual, se seguiu a identificação do conteúdo e dos processos subjacentes a esse constructo.

Em 1980, Leventhal e colaboradores, foram pioneiros ao aplicarem a noção de representação cognitiva, no contexto da saúde e da doença. Neste estudo, pediram a colaboração de indivíduos com três doenças crónicas diferentes e registaram o que estes

pensavam da sua doença, em termos representacionais. Esta noção foi então integrada num modelo explicativo do comportamento de adesão que foi denominado “Modelo de Auto-Regulação” (Leventhal & cols., 1984; Leventhal & Nerenz, 1985).

## **1.2- PROCESSOS BÁSICOS NA COGNICÃO DE DOENÇA**

De acordo com Leventhal & Nerenz (1985), o desenvolvimento de um modelo dos processos cognitivos inerentes ao comportamento de doença, pressupõe, em primeiro lugar, a identificação dos conteúdos cognitivos e comportamentais que compõem esses mesmos processos. Este pressuposto deriva da assunção básica de que é possível identificar elementos estáveis e universais, presentes no conteúdo da cognição ou representação de doença, na medida em que a doença é intrínseca à condição humana. Neste contexto, os autores referem quatro princípios fundamentais:

1. Os indivíduos são solucionadores activos dos seus problemas (Kelly, 1955, cit. por Leventhal & Nerenz, 1985), sendo o seu comportamento orientado através de percepções e interpretações de estímulos situacionais específicos (Lewin, 1935, cit. por Leventhal & Nerenz, 1985).

Deste modo, o comportamento reflecte uma interacção de acontecimentos ambientais que se estruturam, com base em conhecimentos adquiridos que se encontram inscritos em esquemas de memória, tanto cognitivos como emocionais (Leventhal & cols., 1980; 1984, cit. por Leventhal & Nerenz, 1985). É esta construção individual de percepções e reacções às ameaças de doença, que formam os “modelos de senso-comum da doença” (Leventhal & cols., 1980, cit. por Leventhal & Nerenz, 1985).

2. Os modelos de representação de doença têm por base o sistema de processamento cognitivo e os conhecimentos do indivíduo. O resultado do sistema, não sendo directamente observável, manifesta-se através do discurso e da acção de modo episódico ao longo do tempo (Leventhal & Nerenz, 1985).

3. O comportamento organiza-se de modo episódico. O processo de construção de uma determinada representação, para responder a um problema de saúde específico, insere-se num enquadramento temporal específico. A representação é actualizada permanentemente em resultado do processamento cognitivo de novas informações (Leventhal & Nerenz, 1985).
4. O envolvimento de factores situacionais e comportamentais produzem a experiência e o comportamento. Assim, o impacto de factores situacionais únicos e a variabilidade na disponibilidade de esquemas individuais, podem conduzir a uma variação bastante elevada nos modelos de senso comum. Deste facto, advêm necessariamente dificuldades na previsão de aspectos situacionais e temporais (Nelson, 1983, cit. por Leventhal & Nerenz, 1985).

### **1.3-ETAPAS DO PROCESSAMENTO DA REPRESENTAÇÃO DE DOENÇA**

Segundo Leventhal & Nerenz (1985), um determinado episódio comportamental será resultante da activação de um modelo de senso comum, modelo este que é produto de um sistema de controle subjacente, que pode ser dividido em três componentes ou estádios, cuja organização é observável na estruturação da experiência e do comportamento. As três etapas do processo são:

1. Representação do Problema : Integra um conjunto de atributos que identificam ou especificam as características do problema e os objectivos específicos para a acção.
2. Plano de Acção : O conjunto de respostas de confronto (*coping*), percebidas pelo indivíduo como relevantes para a representação do problema, isto é, o conjunto de expectativas de resultados que se referem aos estilos de confronto (*coping*) adoptados, ou ao seu impacto no problema, tal como é geralmente definido.
3. Processo de Avaliação : Consiste nas comparações entre a situação pré e pós acção, respeitantes às relações organismo / resultados finais. Permite avaliar o grau de

aproximação ou afastamento, relativamente aos objectivos previamente especificados e delineados na etapa de representação do problema.

Ainda, dentro de cada etapa, e segundo os autores, é possível definir variáveis de conteúdo ou atributos específicos da própria representação. As representações de doença são atributos multidimensionais, sendo as suas dimensões definidas, quer em termos abstractos, quer em termos concretos. Isto constitui um factor crítico no estudo da cognição de doença e na compreensão do comportamento durante episódios de doença. Nos estudos realizados, os autores, identificaram um conjunto de atributos comuns a várias representações de doença, a citar: identidade, consequências, causas, duração e cura ou controlabilidade, a desenvolver posteriormente neste trabalho.

#### **1.4- FACTORES CHAVE PARA A REPRESENTAÇÃO DE DOENÇA**

De acordo com Leventhal e colaboradores (1992), as experiências somáticas ou sintomas são o foco para a elaboração das representações de doença. Assim, as sensações somáticas são interpretadas e elaboradas com vista à formação de um quadro mais completo ou representação de uma ameaça de doença. A representação serve como um guia para a acção.

Na medida em que os sintomas são factores chave na representação cognitiva da ameaça à saúde, estes constituem-se como alvos para as estratégias de confronto a adoptar para lidar com os mesmos (Leventhal & cols., 1992).

O mecanismo que permite estabelecer a correspondência sintoma - representação de doença, é compreensível a partir de um conjunto de estudos realizados por Leventhal e colaboradores (1985, cit. por Leventhal & cols., 1997), com doentes hipertensos. Os resultados desses estudos indicam que os atributos das representações de doença são perceptuais (isto é, os sintomas servem como guia para os comportamentos de procura e de adesão aos regimes terapêuticos ) e conceptuais (isto é, rótulos da doença). Existe uma relação entre os níveis perceptual e conceptual, no sentido da simetria, ou seja, os acontecimentos perceptuais (isto é, sintomas) induzem o indivíduo a procurar um rótulo

para o que está a perceber e, por outro lado, um rótulo de determinada doença induz o indivíduo a procurar referências perceptuais.

### **1.5- A NATUREZA E EXPERIÊNCIA DE SINTOMAS**

A percepção de sintomas não constitui um processo linear, na medida em que é necessário compreender, em primeiro lugar, o modo como os sintomas são percebidos e, deste modo analisar a sua influência no comportamento.

Numa série de estudos, Pennebaker (1982), examinou o nível de consciência de alguns processos de mudanças corporais (por exemplo: batimentos cardíacos) e demonstrou que esses processos não são directos nem precisos. O nível de consciência e interpretação dos processos corporais envolve um conjunto de factores cuja compreensão é necessária para explicar as razões que levam o indivíduo a procurar ajuda para os seus problemas de saúde.

Os estudos de Pennebaker (1982), demonstraram claramente que a percepção de sintomas partilha características comuns a outros processos perceptuais, como aqueles que estão envolvidos no reconhecimento de objectos e sons do meio exterior. Logo, há evidência de que as mudanças corporais não são percebidas com precisão e que existem grandes variações no que é percebido e como é percebido e interpretado.

Os sintomas físicos são frequentemente ambíguos e a sua interpretação envolve uma série de processos cognitivo-perceptuais sujeitos a influências psicológicas e sociais (Pennebaker, 1982; Cioffi, 1991).

A experiência de sintomas corporais inicia uma pesquisa activa ao nível da memória de modo a estabelecer comparações entre os estímulos actuais e o conhecimento concreto e abstracto contido nos esquemas de doença (*illness schemas*) do indivíduo. Essas estruturas cognitivas são a fonte dominante de informação para a avaliação das ameaças de saúde (Leventhal & cols., 1997).

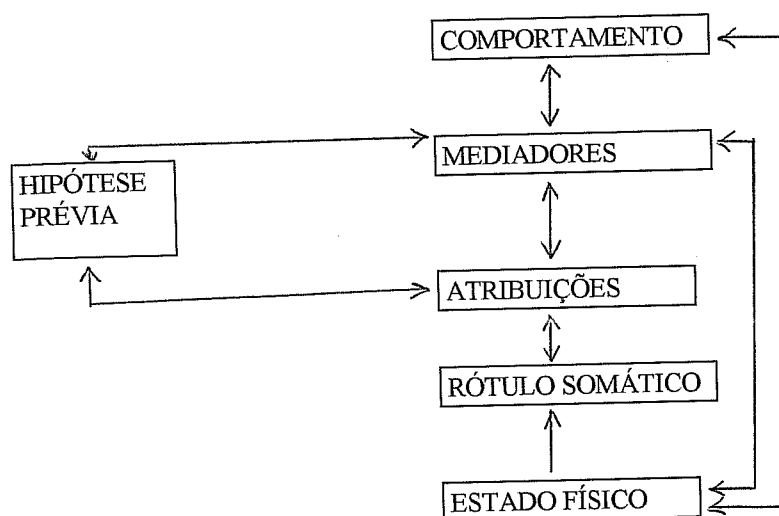
De acordo com Bishop (1991), a informação contida nos esquemas de doença constitui uma base de conhecimento estável ou protótipo que se constitui como padrão para a comparação e interpretação dos sintomas corporais. Os sintomas actuais são comparados com os padrões prototípicos da doença localizados na memória a longo-prazo. Se existir semelhança suficiente entre o protótipo da doença e os sintomas actuais, então será estabelecida uma interpretação congruente.

No entanto, Leventhal e Diefenbach (1991), propõem que as comparações não são realizadas com protótipos de doença, mas com episódios específicos de doença. Os autores sugerem que a tentativa de comparação dos sintomas actuais aos protótipos de doença, resultariam em conclusões ambíguas e que a incerteza resultante iria iniciar pesquisas adicionais mais específicas.

Croyle e Barger (1993), consideram que ambos os processos podem ocorrer. Frequentemente, a experiência de doenças como a gripe, podem promover a formação de protótipos, ao passo que, conjuntos invulgares de sintomas podem conduzir a comparações com episódios específicos de doença.

Cioffi, em 1991, descreveu um modelo de interpretação de sintomas que é compatível com o Modelo de Auto-Regulação. O modelo propõe que a interpretação de sintomas é função de interacções entre estímulos, pistas situacionais e processos que reflectem a influência de estruturas cognitivas (por exemplo: conhecimento, expectativas) noutras funções cognitivas como a atenção e a memória.

## MODELO DE PERCEPÇÃO DE SINTOMAS (Adaptado de Cioffi, 1991)



De acordo com Cioffi (1991), mudanças fisiológicas ambíguas competem com outros acontecimentos para serem alvo da atenção do indivíduo. Se o estímulo for suficientemente forte, ou se existir um mínimo de competição de outras fontes, as sensações são notadas e é-lhes atribuído um rótulo somático. É, então, realizada uma atribuição tendo em consideração a causa da mudança e as suas consequências. As atribuições causais reflectem a influência relativa dos procedimentos envolvidos no processo interpretativo e podem ser sintomatológicas (por exemplo: dor muscular como sintoma de doença), ou não-sintomatológicas (por exemplo: dor muscular devido ao exercício físico). As atribuições sintomatológicas podem reflectir hipóteses pré-existentes, como preocupações de saúde particulares que podem influenciar a atenção para estímulos corporais e escolha de atribuições. Em alternativa, na ausência de hipóteses prévias, é realizada uma pesquisa ao nível da memória de modo a criar atribuições plausíveis. Esse processo que originam respostas comportamentais, são mediados por factores como o humor, o repertório de estratégias de confronto (*coping*), escolhas disponíveis e objectivos situacionais específicos e gerais.

## 1.6- FACTORES QUE INFLUENCIAM A PERCEPCÃO DE SINTOMAS

A avaliação das ameaças de saúde pode ser influenciada por um conjunto de factores pessoais, psicológicos, sociais e culturais (Croyle, 1992). Embora exista interacção entre vários factores, estes podem ser agrupados como factores que influenciam ou pertencem ao sistema do *self* do indivíduo, e factores que derivam de influências externas sociais e culturais.

- Focalização da Atenção: A percepção de sintomas é sujeita aos mesmos limites e viéses de outros tipos de processamento sensorial, em que existem limites na capacidade de atenção que pode ser influenciada pelos estados internos, as intenções do indivíduo que percebe e os estímulos ambientais e contextos (Kinchla, 1992, cit. por Weinman, no prelo).
- Conhecimento e Expectativas : O conhecimento contido nos esquemas de doença permite dar significado aos acontecimentos internos e externos (Leventhal & cols., 1984). Para além da experiência pessoal com a doença, os esquemas da doença resultam da informação sobre a doença existente na cultura e na comunicação social com outros indivíduos e, em particular, com os técnicos de saúde (Leventhal & cols., 1984). O esquema corporal ou esquema do *self* afecta, igualmente, a interpretação das ameaças de saúde, na medida em que estabelece a base para a comparação de desvios da norma e discriminação de mudanças normais relacionadas com a idade, das doenças (Keller & cols., 1989). De facto, há evidência de que os indivíduos idosos realizam atribuições enviesadas relacionadas com a idade (por exemplo: “sinto isto porque estou velho”) que podem resultar em atrasos na procura de ajuda médica ou de acções preventivas apropriadas ( Leventhal & Crouch, 1997).
- Disposição e Emoções : O conteúdo e activação dos esquemas pode ser influenciado por factores disposicionais como os traços psicológicos e as emoções (Leventhal & Diefenbach, 1991; Leventhal & cols., 1992). Por exemplo, Leventhal e colaboradores (1992), propõem que os factores de personalidade como a repressão - sensibilidade, podem afectar as representações de doença, influenciando a atenção para, e

interpretação de estados somáticos. Igualmente, níveis elevados de afectividade negativa, que estão altamente correlacionados com o neuroticismo (Watson & Clark, 1984, cit. por Weinman, no prelo) têm sido considerados como preditores do relato de sintomas e queixas de saúde, mas não do verdadeiro estado de saúde dos indivíduos (Watson & Pennebaker, 1989, cit. por Weinman, no prelo).

- Factores Contextuais : A informação social e o contexto ambiental e cultural afectam, igualmente, a percepção de sintomas (Croyle & Barger, 1993). Na medida em que as pesquisas de memória individual, com o objectivo de estabelecer um significado para os sintomas, falham no sentido de encontrar uma resposta, a informação social torna-se um factor importante. Em particular, o processo de comparação social, no qual a informação sobre a doença é partilhada dentro da rede social, tem uma influência significativa na avaliação dos sintomas (Leventhal & Diefenbach, 1991). As pistas situacionais e contextuais podem desempenhar um papel importante na interpretação de sintomas e desenvolvimento de representações de doença. Por exemplo, Leventhal e colaboradores (1989, cit. por Weinman, no prelo), observaram que, em presença de um acontecimento de vida *stressante*, os indivíduos tinham mais probabilidade de interpretar sintomas ambíguos como sendo sinais de stress do que sinais de doença. No entanto, na ausência de *stress*, a interpretação da doença era mais provável. Enquanto que os factores externos afectavam os julgamentos sobre sintomas ambíguos, o efeito era condicionado pelo conhecimento prévio, desde que o contexto não influenciasse os julgamentos sobre sintomas que representavam doenças familiares ao indivíduo.

Em suma, a interpretação e resposta aos sintomas é condicionada pelos esquemas de doença e envolve vários procedimentos cognitivos. De um modo geral, o processo principia com a pesquisa através da memória a longo-prazo, de episódios de doença comparáveis, o que promove comparações entre o estado actual e a experiência prévia. O resultado do processo de comparação influencia os julgamentos sobre a condição de doença e a identidade do conjunto de sintomas. Esses julgamentos podem ser mediados pelo sistema do *self* e por factores externos. A influência do sistema do *self* reflecte a experiência pessoal da doença, a base de conhecimento cultural, esquema corporal e os traços de personalidade. As pistas contextuais e situacionais podem, igualmente,

modificar a interpretação de sintomas, através de informação local específica (por exemplo: outros indivíduos com sintomas semelhantes) ou, através da atenção selectiva de aspectos específicos da experiência dos sintomas (Cioffi, 1991).

### **1.7-RELACÕES ENTRE REPRESENTAÇÃO DE DOENÇA E ESTILOS DE CONFRONTO (COPING)**

Moss-Morris e colaboradores (no prelo, cit. por Ogden, 1999), estudaram as inter-relações entre os atributos do modelo de representações de doença, estratégias de confronto, avaliação da eficácia da estratégia adoptada e o processo de ajustamento psicológico, no contexto da síndrome de fadiga crónica.

Os resultados dos estudos demonstraram a existência de relações positivas com os seguintes atributos do modelo de representações de doença:

- **Identidade:** relativamente ao planeamento de acções, expressão de emoções (alívio) e um certo grau de despreocupação mental (pensamentos positivos).
- **Consequências:** através do planeamento de estratégias de confronto activo (procura de suporte social e emocional).
- **Percepção de Controle Interno:** através do estilo de confronto activo com a situação de doença, o planeamento das acções a desenvolver e a importância da reinterpretação positiva.
- **Duração:** os estilos de confronto, nos quais o indivíduo desempenha actividades de auto-cuidados, relaciona-se com a crença de cronicidade da doença.
- **Causa:** um certo grau de despreocupação mental parece estar relacionado com a crença de que a doença é causada por factores psicológicos.

Por outro lado, constatou-se uma forte relação negativa com:

- **Desajustamentos comportamentais e estratégias de confronto:** na medida em que a eficácia das estratégias de confronto adoptadas para lidar com a situação de crise de doença física, parece variar na relação inversa do grau de desajustamento

comportamental, em situações em que existe a crença de cronicidade da doença (Ogden, 1999).

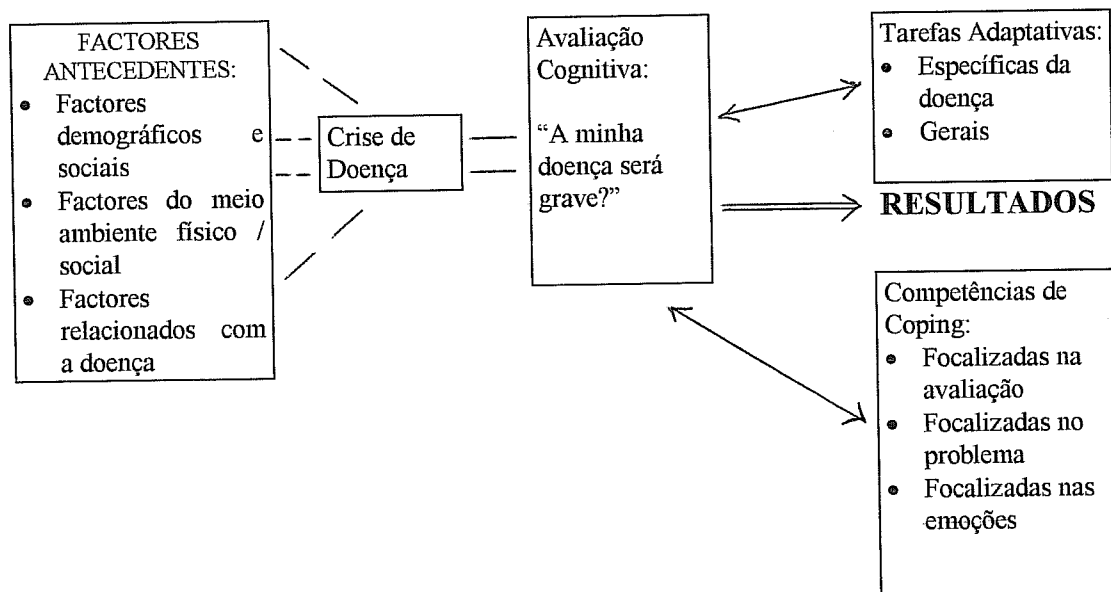
Relativamente à relação entre as representações de doença e o nível de funcionamento do indivíduo (isto é, grau de ajustamento psicológico e bem-estar), os resultados demonstraram que os componentes da representação de doença ligados à identidade da doença, às causas emocionais, à controlabilidade / curabilidade da mesma e às suas consequências, se associavam de um modo geral mais fortemente com as medidas de funcionamento. Isto sugeriu que os indivíduos que tinham tido mais sintomas, que acreditavam que a doença estava fora do seu controlo, que esta era causada pelo *stress* e tinha consequências graves, mostraram níveis baixos de adaptação psicológica e bem-estar, bem como níveis mais elevados de disfunção (Ogden, 1999).

Quanto à relação entre as estratégias de confronto e os níveis de funcionamento, os resultados desta análise demonstraram que a disfunção psicológica e o fraco bem-estar psicológico estavam relacionados com o descomprometimento comportamental e mental, e que a adaptação psicológica estava relacionada com a reinterpretação positiva, a procura de apoio emocional, o não consumo de substâncias e a não expressão das emoções (Ogden, 1999).

Moos e Schaefer (1984, cit. por Ogden, 1999), descreveram três processos que constituem o processo de confronto (*coping*) iniciado quando o indivíduo é confrontado com a crise de doença física:

1- Avaliação Cognitiva - Na fase de desequilíbrio despoletada pela doença, o indivíduo avalia inicialmente a gravidade e o significado da doença. Factores como a informação, a experiência anterior e o apoio social, poderão influenciar este processo de avaliação. Além disso, nesta fase é possível integrar no processo de confronto (*coping*) as cognições sobre a doença descritas por Leventhal, uma vez que elas estão relacionadas com o modo como a doença será avaliada.

A figura seguinte pretende demonstrar o procedimento cognitivo efectuado pelo indivíduo em situação de confronto com uma crise de doença física:



2- Tarefas Adaptativas : Seguidamente à avaliação cognitiva, Moos e Schaefer (1984, cit. por Ogden, 1999), descreveram sete tarefas adaptativas que são usadas como parte do processo de *coping*. Estas podem ser divididas em três tarefas específicas para a doença e quatro tarefas gerais, representadas nos seguintes quadros:

#### TAREFAS RELACIONADAS COM A DOENÇA:

- Lidar com a dor e outros sintomas.
- Lidar com o ambiente hospitalar e com os procedimentos implicados no tratamento.
- Desenvolver e manter relações com os profissionais de saúde.

#### TAREFAS GERAIS:

- Preservar o equilíbrio emocional.
- Preservar a auto-imagem, a competência e a mestria.
- Manter relações com os amigos e familiares.
- Preparar-se para um futuro incerto.

3- Competências de Confronto (Coping): No seguimento da avaliação cognitiva e do uso das tarefas adaptativas, Moos e Schaefer (1984, cit. por Ogden, 1999), descreveram uma série de competências de *coping* utilizadas para lidar com a crise de doença. Estas competências de *coping* podem ser categorizadas do seguinte modo:

- O *coping* focalizado na avaliação envolve as tentativas para compreender a doença e representa uma busca de significado. Foram definidos três conjuntos de *coping* focalizado na avaliação, representados no quadro seguinte:

COMPETÊNCIAS DE <i>COPING</i> FOCALIZADAS NA AVALIAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise lógica e preparação mental.</li> <li>• Redefinição cognitiva.</li> <li>• Evitamento cognitivo ou negação.</li> </ul>

- O *coping* focalizado no problema envolve a confrontação e a reconstrução deste, de modo que se torne controlável. Foram definidos três tipos de competências de *coping* focalizadas no problema, representadas no quadro seguinte:

COMPETÊNCIAS DE <i>COPING</i> FOCALIZADAS NO PROBLEMA:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procurar informação e apoio.</li> <li>• Realização de acções de resolução de problemas.</li> <li>• Identificação de recompensas alternativas.</li> </ul>

- O *coping* focalizado nas emoções implica que o indivíduo controle as emoções e mantenha o equilíbrio emocional. Foram definidos três tipos de competências de *coping* focalizadas nas emoções, representadas no quadro seguinte:

COMPETÊNCIAS DE <i>COPING</i> FOCALIZADAS NAS EMOÇÕES:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulação afectiva.</li> <li>• Descarga emocional.</li> <li>• Aceitação resignada.</li> </ul>

Assim de acordo com esta teoria de *coping* com a crise de doença física, os indivíduos avaliam a doença e utilizam, posteriormente, uma diversidade de tarefas adaptativas e de competências de *coping* que, por sua vez, vão determinar os resultados.

Leventhal e colaboradores (1984, cit. por Ribeiro, 1998), propõem um modelo de explicação das estratégias de *coping* adoptadas pelos indivíduos com doença crónica, que inclui quatro asserções básicas:

- a) **Processamento Activo:** significando que a experiência e o comportamento são construídos sob influência de um sistema de processamento de informação que integra estímulos actuais e memórias, quer adquiridas, quer inatas. As reacções emocionais à experiência e os mecanismos de *coping* postos em jogo são criados momento a momento por esse sistema de processamento;
- b) **Processamento Paralelo:** considera a existência de duas vias paralelas em que, a primeira envolve a representação objectiva da doença e um plano de *coping* para a enfrentar e, a segunda envolve as respostas emocionais e o respectivo plano de *coping* para enfrentar a doença crónica, com interacção entre as duas vias;
- c) **Estádios de Processamento:** o processamento ocorre em três estádios. O primeiro estádio cria representações cognitivas e emocionais; o segundo estádio envolve o desenvolvimento e execução de planos para responder; o terceiro estádio é de

monitorização dos planos desenvolvidos no estágio anterior, funcionando o modelo de forma sistémica:

- d) Processamento Hierárquico: o sistema de processamento está hierarquizado, operando, quer a níveis concretos, quer a níveis abstractos, quer objectivos, quer emocionais.

## **2- A PROBLEMÁTICA DA ADESÃO NA DOENÇA CRÓNICA**

O desenvolvimento e avaliação de estratégias para promoção da adesão tem sido um dos principais objectivos da disciplina da Psicologia da Saúde. Na medida em que a Psicologia da Saúde se debruça sobre o comportamento do indivíduo em relação à saúde e à doença, numerosas hipóteses têm sido testadas relativamente à inter-relação do comportamento do indivíduo e o seu estado de saúde. Por outro lado, têm sido igualmente desenvolvidas e avaliadas intervenções que visam a modificação do comportamento que, conseqüentemente, conduzem a modificações do estado de saúde do indivíduo.

A adesão é um dos temas mais estudados no campo da Psicologia da Saúde, na medida em que os baixos níveis de adesão aos conselhos ou tratamentos recomendados, em contexto médico ou de saúde, constituem-se como uma problemática na maioria das doenças crónicas, como a asma (Yeung et al, 1994, cit. por Weinman, no prelo), a diabetes (Glasgow & cols., 1986, cit. por Weinman, no prelo), a doença coronária (Horwitz & Horwitz, 1993, cit. por Weinman, no prelo), o cancro (Lilleyman & Lennard, 1996, cit. por Weinman, no prelo), e a doença renal (Cleary et al, 1995, cit. por Weinman, no prelo), assim como os tratamentos psicológicos como o treino de relaxação para distúrbios de ansiedade (Taylor et al, 1983, cit. por Weinman, no prelo).

De igual modo, Sarafino, em 1990, salienta a fraca adesão à prescrição médica, ou actividades de auto-cuidados, na doença crónica, apesar da adesão ter como objectivo prevenir a deterioração e desconforto futuros, provocados pela doença.

Apesar da adesão poder ser simplesmente definida como “ a extensão em que o comportamento do indivíduo (tomar medicação, seguir dietas, modificar o estilo de vida) coincidia com a prescrição clínica” ( Sackett & Haynes, 1976, cit. por Ribeiro, 1998), existem vários aspectos conceptuais e metodológicos a considerar (Gordis, 1976, cit. por Weinman, no prelo).

De acordo com Weinman (no prelo), não é possível nem desejável definir a não-adesão como uma resposta do tipo “tudo ou nada” na qual o paciente segue totalmente o tratamento recomendado (adesão) ou desvia-se deste de algum modo (não-adesão). Para a maioria dos tratamentos a necessidade de uma adesão total é questionável, o que conduziu Gordis (1976, cit. por Weinman, no prelo) a definir “não-adesão como “o ponto a partir do qual o resultado terapêutico ou preventivo desejável é improvável de ser alcançado”. A percentagem de adesão necessária para alcançar o efeito desejado varia entre tratamentos e entre os indivíduos, e em cada indivíduo em particular.

À maioria dos indivíduos com doença crónica, é pedido pelos seus assistentes de saúde, que adiram a uma variedade de recomendações. É o caso dos pacientes diabéticos, a quem é pedido que tomem medicação, controlem a sua dieta e verifiquem os seus pés e níveis de glicose sanguínea, de modo regular. No entanto, Glasgow e colaboradores (1987) constataram que esses comportamentos não tinham uma correlação elevada. De facto, os pacientes podem exibir diferentes níveis de adesão, por diferentes razões, por cada componente do regime (Blackwell, 1979, cit. por Turk & Meichenbaum, 1991), uma vez que cada aspecto do regime representa diferentes aptidões e requer diferentes níveis de motivação do paciente (Kravitz & cols., 1993). Este facto permite considerar a adesão como não sendo um constructo unidimensional (Toobert & cols., 2000).

A compreensão dos modelos de doença do indivíduo é necessária, na medida em que as respostas às suas condições clínicas (por exemplo: procura de cuidados médicos, interacção com os prestadores de cuidados de saúde, o seu grau de adesão ao tratamento através da execução dos comportamentos de auto-cuidados prescritos), são determinados, em parte, pelas suas crenças subjectivas sobre a doença, e que integram as representações ou cognições de doença (Glasgow & cols., 1989).

De uma perspectiva de auto-regulação, o nível de adesão ao tratamento pode ser indicativo de uma estratégia de *coping* que é inteiramente consistente com a perspectiva do paciente em relação ao seu problema (Leventhal & Cameron, 1987). Logo, os pacientes que não acreditam que o seu problema irá prolongar-se no tempo, têm menos probabilidades de aderir à medicação por um longo período de tempo, comparativamente aos pacientes com uma representação de doença de duração crónica (Meyer & cols., 1985).

Ainda, estudos de Leventhal e Nerenz (1985), determinaram que os indivíduos que acreditam que o tratamento influencia os sintomas, apresentam níveis mais elevados de adesão à medicação, mesmo que tendo os seus valores sob controle, como no caso de uma doença crónica como a hipertensão arterial.

Por outro lado, a experiência individual com a saúde e a doença, deve ser analisada segundo factores específicos, tais como, factores demográficos (por exemplo: idade e género), sociais e económicos, uma vez que a sua interacção permite compreender a relação entre crenças individuais e a adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis (Sarafino, 1990).

## **2.1- TEORIAS DE ADESÃO**

Vários autores, elaboraram modelos que estabeleciam relações entre paciente e adesão, na tentativa de explicarem o processo de adesão às prescrições terapêuticas. Blackwell (1992), refere que os estudos acerca da adesão se têm apoiado numa de cinco orientações teóricas principais:

- **Modelo Biomédico**, cujo foco se centra nos problemas técnicos do tratamento, salientando os vários regimes de tratamento existentes, debruçando-se sobre o estudo das estratégias que conduziriam ao conhecimento de atributos particulares na personalidade dos indivíduos com um baixo grau de adesão. Neste modelo ficariam de lado os factores determinantes do comportamento, assim como os factores sociais e interpessoais.

- Modelo do Condicionamento Operante, enfatiza o ambiente envolvente do indivíduo e os seus sistemas de recompensa, assim como o ensino de comportamentos ou habilidades específicas que promoveriam a adesão. De acordo com Blackwell (1992), este modelo não aborda a problemática da adesão do ponto de vista individual, e critica-o, pelo facto deste modelo considerar menos conscientes aquelas cognições que não se encontram relacionadas com a recompensa imediata.
- Modelo Educacional, salienta o desenvolvimento de estratégias comunicacionais entre o indivíduo e o técnico de saúde. De acordo com Leventhal e Cameron (1987, cit. por Ribeiro, 1998), neste modelo a persuasão eficaz (adesão) depende de seis factores: 1) produção da mensagem, incluindo informação sobre objectivos específicos e o modo de os alcançar; 2) recepção da mensagem pela audiência alvo; 3) compreensão da mensagem; 4) retenção da mensagem; 5) aceitação ou crença na substância da mensagem; 6) acção de adesão.

Para Holmes (1990), a educação é um factor relevante para a adesão do indivíduo. De facto, os estudos têm vindo a demonstrar que aumentar os conhecimentos do indivíduo sobre o seu regime terapêutico e fornecer-lhe instruções específicas, de como implementar essas actividades de auto-cuidados, mostram-se factores muito importantes no aumento do grau de adesão.

No que concerne aos indivíduos diabéticos não insulino-dependentes, muitas estratégias de intervenção incluem um componente educacional, no entanto poucos estudos se têm debruçado sobre a eficácia das estratégias educativas na adesão (Dunbar-Jacob & cols., 1995).

No entanto, Henry e colaboradores (1997), constataram que as intervenções educativas que englobam o suporte familiar, mostraram maiores graus de adesão, comparativamente às intervenções junto de indivíduos sem suporte familiar, nos aspectos da adesão à medicação e à dieta.

De igual modo, a ênfase no papel dos factores psicológicos na etiologia e manutenção da doença, na educação do indivíduo diabético, pode contribuir para que os indivíduos

desenvolvam melhores auto-cuidados e aptidões de autocontrole. Este processo pressupõe a inclusão de intervenções psicológicas com o objectivo de influenciar os comportamentos de saúde, com vista à diminuição do impacto da doença e prevenção de complicações futuras (Epstein & col., 1981, cit. por Dunbar-Jacob & cols., 1995).

- Modelo de Crenças de Saúde, que coloca a hipótese da adesão ser função da percepção de risco e da eficácia da resposta, assim como da eficácia de acções específicas de protecção. Postula-se que a adesão é função da motivação (produto da percepção de vulnerabilidade e episódios de doença e consequências negativas percebidas) e resposta selectiva, enquanto função dos benefícios e custos percebidos de cada uma das acções auto-protectoras de saúde (Becker & Rosenstock, 1987, cit. por Leventhal & cols., 1992).

Em 1992, Leventhal propôs um outro modelo para explicar a adesão. Este seria um modelo integrador de factores cognitivos, sociais e contextuais, o qual tem por base um trabalho realizado anteriormente pelo autor, o Modelo do Processamento Paralelo e o Modelo do Senso Comum das Cognitiones de Doença, e é o Modelo de Auto-Regulação.

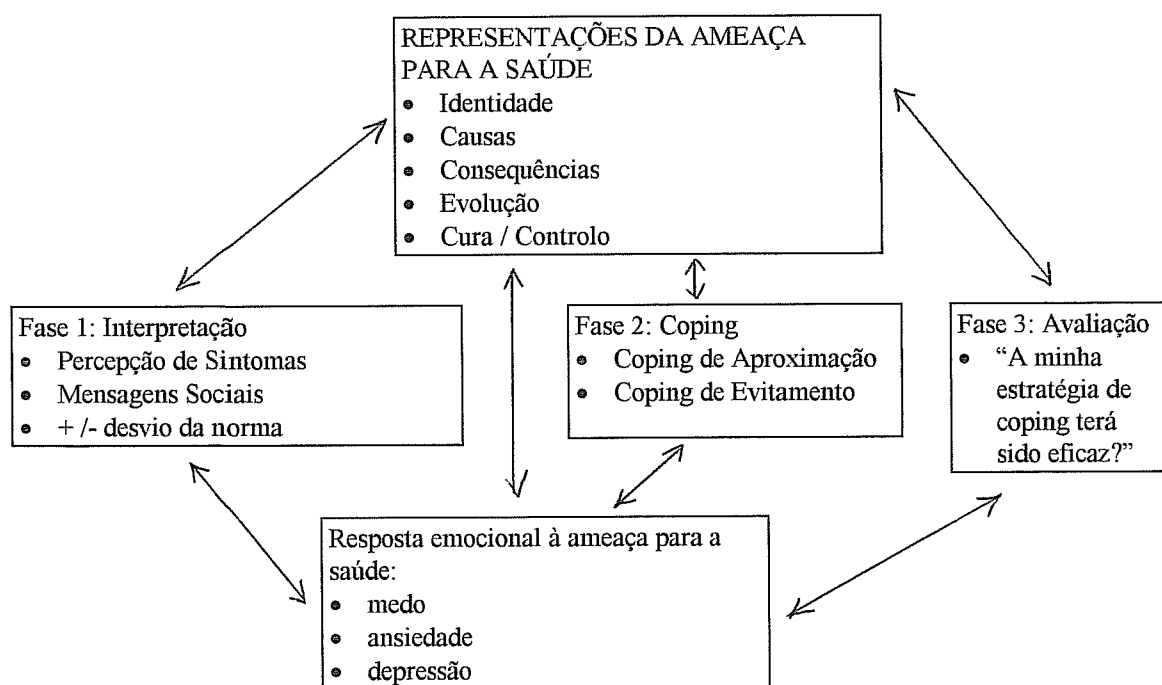
- O Modelo de Auto-Regulação, considera que o comportamento relacionado com a saúde é resultado de um processo interactivo através do qual o indivíduo integra informação (estímulos) interna e externa com as estruturas cognitivas existentes de forma a dar um significado à sua experiência. Este significado orienta os mecanismos de confronto (*coping*) com a doença, a eficácia do *coping* fornece *feedback* através do qual os mecanismos de *coping* e a representação da doença são avaliados. É um modelo no qual a estrutura e o conteúdo do sistema não é estático.

Em situações de doença ou de alteração do estado de saúde, os indivíduos procuram informação sobre o problema e interpretam-na de acordo com as representações que têm do problema e com base nisto seleccionam uma estratégia, para lidar com a doença. Os resultados desta estratégia são avaliados e essa avaliação é usada na reavaliação da representação de doença e para o planeamento de estratégias futuras de *coping*.

Leventhal constatou que os indivíduos possuem crenças consistentes de doença, que ao serem utilizadas dão sentido à sua doença e ajudam na compreensão de novos sintomas. Estas cognições de doença foram incorporadas num modelo de auto-regulação do comportamento de doença (Ogden, 1999), com a finalidade de identificar as relações entre as representações cognitivas individuais da doença e o seu comportamento de *coping* subsequente. Este modelo denomina-se “Modelo de Auto-Regulação do Comportamento de Doença”.

O Modelo de Auto-Regulação conceptualiza o processo de adaptação psicológica do indivíduo à doença, salientando a importância das representações cognitivas que o indivíduo tem da sua doença, nesse processo de adaptação. Os princípios fundamentais deste modelo, consistem no facto de conceber o indivíduo enquanto agente activo na procura e processamento de informação sobre a doença e, considerar que os mecanismos de *coping* são orientados pela representação cognitiva de doença.

### MODELO DE AUTO-REGULAÇÃO DE LEVENTHAL (Adaptado de Ogden, 1999)



De acordo com Ogden (1999), o modelo de auto-regulação contempla três estádios que podem ser aplicados à saúde do seguinte modo:

- Estádio 1: Interpretação. Um indivíduo pode ser confrontado com a probabilidade de uma doença, através de dois canais: percepção de um sintoma (dor física), ou através de mensagens sociais (o médico diagnosticou esta dor como uma determinada doença).

De acordo com a teoria de Leventhal (Ogden, 1999), o indivíduo reveste o problema com a importância atribuída pelas suas cognições de doença. De acordo com esta, os sintomas e as mensagens sociais contribuem para o desenvolvimento das cognições de doença, que vão ser construídas de acordo com as dimensões: Identidade, Causas, Consequências, Duração e Cura / Controlo.

São estas representações cognitivas que dão significado ao problema da doença e capacitam o indivíduo ao desenvolvimento e escolha das estratégias de *coping* a adoptar. No entanto, uma representação cognitiva não é a única consequência da interpretação. A identificação do problema da doença acarreta modificações no estado emocional, que se manifestam por ansiedade, medo ou depressão. Como tal, quaisquer estratégias de *coping* terão de estar relacionadas tanto com as cognições de doença como com o estado emocional do indivíduo.

Leventhal e colaboradores, em 1992, colocaram a hipótese de que os estados emocionais do indivíduo podem interagir com as cognições de doença, pelas seguintes formas:

- a) Através de um efeito indirecto, afectando o início e evolução da doença existente;
- b) Aumentando a dificuldade do auto-diagnóstico e a decisão de procura de cuidados médicos, pela junção de sintomas emocionais aos da doença física;
- c) Alterando o foco de atenção para a interpretação e elaboração das representações de estados somáticos, sendo estes percebidos quer como ameaças, quer como acontecimentos benignos (Baumann et al., 1989, cit. por Leventhal & cols., 1992);

d) Afectando as decisões comportamentais em resposta às alterações somáticas (Gotmacher & cols., 1982, cit. por Leventhal & cols., 1992).

- Estádio 2: Coping. O estágio seguinte do modelo de auto-regulação é o desenvolvimento e a identificação das estratégias adequadas de *coping*. Foram definidas duas categorias gerais nas estratégias de *coping*: *coping* de aproximação (por exemplo: procurar cuidados de saúde, procurar suporte social), e *coping* de evitamento (por exemplo: negação do problema, pensamento mágico).
- Estádio 3: Avaliação. O terceiro estágio do modelo de auto-regulação envolve a avaliação individual da eficácia das estratégias de *coping* adoptadas e a resolução de continuar com determinada estratégia ou, pelo contrário, optar por uma estratégia alternativa.

Este processo é visto como auto-regulador porque os três componentes do modelo (interpretação, *coping*, e avaliação) se inter-relacionam de modo a manter o *status quo* (isto é, regulam o *self*). Como tal, se o estado normal da saúde do indivíduo sofre uma disrupção (por doença), o modelo propõe que o indivíduo está motivado para voltar ao equilíbrio, isto é, à normalidade, por um processo dinâmico (Ogden, 1999).

De acordo com Weinman (no prelo), o Modelo de Auto-Regulação demarca-se de outros modelos de cognição social, pela importância atribuída à percepção de sintomas e à forma como estes influenciam as representações de doença e a adesão como comportamento de *coping*.

Segundo Leventhal e colaboradores (1984), as representações de doença são atributos multidimensionais, sendo as dimensões definidas quer em termos abstractos (rótulos / classificação da doença), quer em termos concretos (sintomas). É a associação destas dimensões que confere identidade à doença.

Leventhal e colaboradores (1980, cit. por Baumann & cols., 1989), estudaram indivíduos com doenças crónicas e verificou a existência de quatro componentes estáveis, presentes nas representações de doença de todos os indivíduos com doenças crónicas. Esses

componentes caracterizam as representações cognitivas e formam o Modelo de Senso Comum de Doença, explicitando:

- Identidade: Consiste na associação dos sintomas físicos da doença a um rótulo ou vice-versa (Baumann & Leventhal, 1985; Lau & Hartman, 1983; Meyer & cols., 1985).
- Causas : A percepção dos factores que estão na origem da doença (por exemplo: factores genéticos, vírus, comportamentos de risco) e/ou crenças acerca dos factores que contribuíram para a instalação da doença (Lau & Hartman, 1983).
- Duração: Este componente diz respeito à percepção do indivíduo, acerca do período de tempo para a instalação e desenvolvimento da ameaça de saúde e, se se trata de uma doença de carácter agudo, crónico ou cíclico (Lau & Hartman, 1983).
- Consequências: A percepção dos resultados e sequelas produzidas pela doença. Podem ser consequências imediatas ou a longo-prazo e podem manifestar-se a nível físico, sócio-económico e afectivo-emocional (Bishop, 1987; Croyle & Jemmot, 1989, cit. por Echabe & cols., 1992).

Posteriormente à identificação inicial dos quatro atributos das representações de doença em indivíduos com doenças crónicas, Leventhal e colaboradores constataram através dos seus estudos que, as representações cognitivas são constituídas por modelos de senso comum de doença ou por protótipos, quer em indivíduos saudáveis, quer em indivíduos doentes. Constataram, ainda que, a forma como os indivíduos lidam com a doença (seleccionando estratégias de confronto adequadas) e, conseqüentemente, os seus graus de adesão aos tratamentos, são determinados pela forma como os indivíduos organizam os componentes do modelo de senso comum de doença.

Lau e Hartman, em 1983, realizaram um estudo com indivíduos saudáveis, com o objectivo de averiguar se os componentes das representações de doença encontrados em pacientes com doenças crónicas, estariam ou não também presentes nesta população. Para tal, solicitaram a um grupo de estudantes que, recordassem a última vez que tivessem estado doentes e que descrevessem as razões porque tinham adoecido e porque melhoraram. A doença mencionada com maior frequência foi a constipação comum.

Após a análise das respostas dadas, constataram a existência de um quinto componente - a Cura.

- Cura: Consiste na percepção ou crença do potencial para a cura / controlo da doença. Assim, de acordo com Lau e Hartman (1983), os indivíduos representariam a sua doença em termos desta ser curável, e ainda quanto ao facto das suas consequências serem controláveis por eles próprios ou pelos técnicos de saúde.

Ao estudarem as representações de senso comum de doenças comuns, Lau e colaboradores, em 1989, constataram que os cinco componentes das representações de doença eram razoavelmente estáveis ao longo do tempo e através dos diferentes episódios de doença. Constataram, ainda, consequências das representações de doença, na modificação das crenças sobre o *locus* de controle de saúde nos diferentes graus de propensão para a procura de cuidados de saúde.

Ao debruçarem-se sobre o tipo de atribuições que os indivíduos faziam, no adoecer e no recuperar do seu estado de saúde, os autores, constataram que, a) no processo de adoecer, os indivíduos faziam hetero-atribuições e, b) no processo de recuperação do estado de saúde, os indivíduos faziam auto-atribuições internas.

Ainda, Lau e colaboradores (1989), constataram que, indivíduos com componentes fortes de Identidade e Cura / Controlo das representações de doença, mostravam maior probabilidade para a procura de cuidados de saúde, em caso de doença. Isto significa que, as atribuições controláveis para o processo do adoecer e atribuições de responsabilização pessoal para a recuperação do estado de saúde, encontram-se associadas com um aumento nas crenças de auto-controlo sobre a saúde e a uma diminuição das crenças no acaso.

## **2.2-FACTORES QUE PREDIZEM OS COMPORTAMENTOS DE ADESÃO**

A problemática da adesão estende-se a diversas doenças, regimes terapêuticos e grupos etários. Para além deste facto, a adesão não é um processo estático ao longo do tempo, ocorrendo oscilações nos níveis de adesão em qualquer altura do tratamento.

De acordo com Antón e Méndez (1999), a maioria das investigações realizadas sobre as variáveis associadas aos níveis de adesão, consideram as seguintes variáveis:

- a) Variáveis do paciente;
- b) Variáveis do tratamento;
- c) Variáveis do transtorno ou doença;
- d) Variáveis da relação (interacção entre o paciente e o técnico de saúde).

De igual modo, Brannon e Feist, em 1992, constataram a partir das investigações, a existência de um conjunto de factores preditores de adesão dos indivíduos aos tratamentos, a citar:

- Percepção do paciente acerca da gravidade da sua doença;
- Regimes terapêuticos longos e complexos;
- Ausência de suporte social;
- Crenças culturais do paciente acerca da ineficácia da medicina actual;
- Crenças individuais de que a actividade recomendada não trás benefícios para o estado de saúde;
- Comunicação pobre entre o paciente e o técnico de saúde;
- Profissionais de saúde com comportamentos autoritários, antipáticos ou incompetentes;
- Atrasos na marcação das consultas;
- Tempo prolongado nas salas de espera dos consultórios.

A pertinência desta problemática no âmbito do presente estudo, prende-se com a fraca adesão a regimes terapêuticos requeridos por doenças crónicas. No caso da diabetes, estima-se que seja inferior a 60%, a percentagem de comportamentos de auto-cuidados

requeridos para o seu tratamento (Sherbourne & cols., 1992, cit. por Vásquez & Mendéz, 1999).

A adesão de prescrições médicas ou de comportamentos de saúde foi definida (Epstein & Cluss, 1982, cit. por Antón & Mendéz, 1999), como a coincidência entre o comportamento de uma pessoa e os conselhos sobre saúde ou prescrições recebidas.

Meichenbaum e Turk (1987), fazem uma distinção entre as palavras *compliance* (cumprimento) e *adherence* (adesão). A primeira seria coincidente com a definição de Epstein & Cluss (1982), e significaria um papel passivo em que o paciente segue fielmente as directrizes recebidas; a segunda, mais amplamente adoptada, teria uma implicação mais activa e de colaboração voluntária do indivíduo.

A abordagem tradicional na identificação dos factores que afectam a adesão tem demonstrado que não existem relações entre esta e os factores motivacionais, socioeconómicos ou características de personalidade (Gentry, 1977; Dunbar & Agras, 1980, cit. por Antón & Mendéz, 1999).

De igual modo, as características demográficas como a idade, género sexual, etnia, religião, nível educacional, e classe social, considerados independentemente, não foram considerados consistentemente relacionados com a adesão (Davidson, 1982, cit. por Brannon & Feist, 1992).

De acordo com Antón e Mendéz (1999), a complexidade do tratamento (número de medicamentos consumidos, frequência do consumo, combinação dos diferentes tipos de intervenção, duração, etc.), contribui para facilitar os erros e omissões no seu cumprimento. Quanto mais complexas as exigências do tratamento, pior será a adesão. Do mesmo modo, constata-se que os níveis de adesão deterioram-se ao longo do tempo.

Trespalacios (1984, cit. por Antón & Mendéz, 1999), assinala que factores como a lentidão da eficácia do tratamento e os efeitos secundários do tratamento, contribuem para o decréscimo dos níveis de adesão.

Relativamente às variáveis do paciente (Antón & Mendéz, 1999), a investigação tem estabelecido relações sólidas entre o grau de satisfação do paciente com o técnico de saúde, e o regime terapêutico e o seu nível de adesão. Constatou-se que, os pacientes insatisfeitos têm maiores probabilidades de não seguir as terapêuticas recomendadas.

Fitzpatrick (1997, cit. por Weinman, no prelo), promoveu a ideia de que a satisfação do paciente é um conceito multidimensional, uma vez que os pacientes possuem diferentes perspectivas sobre os diferentes aspectos dos seus cuidados de saúde, como o comportamento dos técnicos de saúde, a informação disponibilizada, as aptidões técnicas do técnico de saúde, e o acesso e qualidade do contexto clínico.

Stimson e Webb (1975, cit. por Weinman, no prelo), sugeriram que a satisfação do paciente está relacionada com as percepções dos resultados do tratamento e a extensão segundo a qual o tratamento coincide com as expectativas do paciente. Este facto pode ser relacionado com o modelo de auto-regulação, na medida em que, se as representações do problema do paciente forem levadas em consideração pelo técnico de saúde e, se a informação fornecida permitir ao paciente desenvolver uma representação do problema e do tratamento, este facto reduzirá a incerteza e facilitará o *coping*, incluindo a adesão ao tratamento (Leventhal & Cameron, 1987).

Neste contexto, Rosenstock (1985, cit. por Antón & Mendéz, 1999), afirma que a existência de diferenças entre o modelo explicativo de doença (etiologia, prognóstico e tratamento) defendido pelo paciente e o modelo defendido pelo técnico de saúde, contribui para a falta de adesão.

Outro factor que parece estar relacionado com a adesão ou a falta desta, é a relação entre a doença e os sintomas que a acompanham (Antón & Mendéz, 1999). Deste modo, a adesão é maior em situações em que o tratamento resulta num alívio manifesto de sintomas desagradáveis. Inversamente, a adesão será menor em situações em que as recomendações terapêuticas são do tipo profilático e se realizam na ausência de sintomas claramente associados a uma situação de mal-estar.

O modelo de auto-regulação sublinha a importância da percepção de sintomas e a sua influência nas representações de doença e adesão como comportamento de *coping*. A evidência que confirma esta afirmação pode ser retirada do estudo de pacientes com diabetes que utilizam a percepção de sintomas como indicador dos níveis de glicose sanguínea e como guia para o auto-controlo (Gonder-Frederick & Cox, 1991). No entanto, o estudo revelou que as crenças dos pacientes sobre os seus sintomas e estimativas sobre os seus níveis de glicose sanguínea, estavam errados, de um modo geral, o que resultava num controlo pobre da diabetes.

### **2.3- COMPORTAMENTOS DE ADESÃO NA DIABETES**

O controlo efectivo da diabetes requer um regime de tratamento complicado e exigente que tem como primeiro objectivo terapêutico manter os níveis de glicose no sangue dentro dos limites da normoglicémia. Apesar dos avanços terapêuticos e tecnológicos actualmente disponíveis para o tratamento da diabetes, nem todos os pacientes diabéticos conseguem alcançar um grau óptimo de controlo da sua diabetes (Pickup, 1988, cit. por Vásquez & Méndez, 1999). Uma explicação possível para essas diferenças individuais, baseia-se no facto de o controlo diabético ser consequência de processos complicados influenciados por um grande número de variações que se combinam em cada indivíduo de uma forma particular (Vásquez & Méndez, 1999).

As actividades de auto-cuidados implicadas no tratamento da diabetes incluem, consoante os casos, diversas aptidões relativamente à administração de insulina, dieta, exercício físico e a análise da glicose sanguínea. Para além disso, a prática correcta destas condutas deve incorporar-se no repertório comportamental do paciente, segundo diversos parâmetros de frequência, intensidade, duração, ou ajustamentos temporais, entre outros, que constituem a adesão ao tratamento (Vásquez & Méndez, 1999).

Por outro lado, as exigências quotidianas do ambiente e do próprio tratamento como condições geradoras de *stress*, podem desestabilizar o controlo glicémico do diabético. Consequentemente, é importante identificar as variáveis comportamentais que favorecem

ou dificultam o cumprimento das indicações do tratamento, ou seja, as barreiras à adesão, assim como as variáveis moduladoras da resposta ao *stress* na diabetes (Vásquez & Méndez, 1999).

A revisão de literatura sobre a adesão sugere que, os pacientes diabéticos, como grupo, são na sua maioria não-aderentes (Kurtz, 1990, cit. por McNabb, 1997). De facto, num estudo realizado por Cerkoney & Hart (1980, cit. por McNabb, 1997), apenas 7% dos diabéticos aderem totalmente a todos os aspectos dos seus regimes terapêuticos.

De acordo com Glasgow e colaboradores (1987, cit. por Turk & Meichenbaum, 1991), existem poucas correlações fortes entre a adesão dos diabéticos a um aspecto do tratamento e o seu grau de adesão a outros componentes do regime terapêutico.

A investigação sugere a existência de uma maior adesão à medicação (insulina ou hipoglicemiantes), e realização de testes à glicose, do que para seguir a dieta ou praticar exercício físico (Glasgow & cols., 1986, cit. por Vásquez & Méndez, 1999). Assim, constata-se que os aspectos mais “médicos” do tratamento tendem a cumprir-se em maior extensão do que as recomendações que requerem mudanças no estilo de vida, como o exercício ou a dieta (Glasgow & cols., 1987, cit. por Vásquez & Méndez, 1999).

#### **2.4- O CONTRIBUTO DA PSICOLOGIA DA SAÚDE NA ABORDAGEM DA DOENÇA CRÓNICA**

A natureza complexa e multifactorial da saúde e da doença e dos processos que conduzem à saúde e à doença, contribuiu para que nos últimos vinte anos (desde a década de 70), se assistisse a um crescente reconhecimento do contributo das disciplinas psicológicas para a sua compreensão.

Como processos e/ou estados multifactoriais e multideterminados, a importância dos aspectos cognitivo-afectivo-emotivo-motivacionais, psicofisiológicos, comportamentais e psicossociais é, actualmente, considerada, seja na promoção e manutenção da saúde, seja na prevenção, tratamento e reabilitação da doença, especialmente a de natureza crónica.

O reconhecimento destes factores supõe a ampliação de um modelo biomédico de saúde e de doença para um modelo integrador de natureza biopsicossocial das mesmas (Godoy, 1999).

A Psicologia da Saúde refere-se a um conjunto de contributos de todas as disciplinas psicológicas, relativas à investigação da importância dos factores comportamentais, o desenvolvimento de estratégias para a sua avaliação, controlo ou modificação na promoção da saúde (física e mental) e na prevenção, tratamento e reabilitação da doença (física e mental).

Neste contexto, é esperado do profissional de psicologia, um conhecimento especializado nas relações mente-comportamento, na medida em que se torna fundamental abordar os factores psicológicos na etiologia e manutenção da doença crónica. As intervenções do psicólogo clínico da saúde pautam-se por modificações em factores etiológicos, sintomas concomitantes e sequelas da doença. Especificamente, as suas intervenções incidem, por exemplo, nas problemáticas da adesão, na avaliação dos aspectos afectivos, cognitivos e psicofisiológicos da doença com particular ênfase no impacto da doença crónica no indivíduo e técnicas de aconselhamento.

## **2.5-ORGANIZAÇÃO E CONCEPTUALIZAÇÃO DO CONCEITO DE DOENÇA**

A intervenção na saúde e na doença torna-se mais complexa devido à coexistência de sentidos diferentes que a doença pode assumir. Dentro da concepção de doença podem-se identificar vários quadros que se traduzem por diferentes termos: *disease* (ter uma doença), *illness* (sentir-se doente) e, *sickness* (comportar-se como doente) (Ribeiro, 1998).

A compreensão da diferença entre os termos “*illness*”, “*disease*” e “*sickness*”, ou seja, entre a experiência subjectiva de doença, a base orgânica de tal experiência e as implicações ao nível do comportamento do indivíduo, tem por consequência a necessidade de uma abordagem multidisciplinar de todos os aspectos da doença, considerando o indivíduo na sua totalidade, numa perspectiva holística.

Doença no primeiro sentido - *disease*, ter uma doença -, pode ser visto como um acontecimento biológico, caracterizado por mudanças anatómicas, fisiológicas, bioquímicas, ou por uma sua combinação (Barondess, 1979, cit. por Ribeiro, 1998), traduzindo-se por uma ruptura na estrutura, ou função, de uma parte do corpo ou do sistema.

Doença no segundo sentido - *illness*, sentir-se doente -, não é um acontecimento biológico, consistindo numa configuração de desconforto e desorganização psicossocial, resultante da interacção do indivíduo com o seu meio (Barondess, 1979, cit. por Ribeiro, 1998). Logo, implica não só a experiência individual da doença, como também as reacções da sua rede social, seja familiar ou comunitária.

Doença no último sentido - *sickness*, comportar-se como doente -, é considerada como uma identidade social, um estatuto ou um papel assumido pelo indivíduo que foi rotulado como não saudável (Thorensen & Eagleston, 1985, cit. por Ribeiro, 1998).

A compreensão dos diferentes termos associados ao conceito de doença, assume particular relevância nas doenças crónicas, uma vez que, têm como característica comum, o facto de, segundo Blanchard (1982, cit. por Ribeiro, 1998), terem de ser geridas em vez de curadas. No caso particular de uma doença crónica - *disease* - como a diabetes, é susceptível de provocar mal-estar - *illness* -, em grau variável, e os indivíduos que a possuem adoptam, frequentemente, um papel de doentes - *sickness* -, que neste caso se traduz pelo desenvolvimento de capacidades comportamentais, cognitivas e emocionais, implícitas nos seus comportamentos de auto-cuidados.

## **2.6- O IMPACTO DA DOENÇA CRÓNICA NO INDIVÍDUO**

O sucesso do modelo biomédico reduziu drasticamente a mortalidade por doenças infecciosas, assistindo-se, em contrapartida, ao aumento das doenças crónicas (Ribeiro, 1998). As doenças crónicas representam, segundo Rodin e Salovey (1989, cit. por Ribeiro, 1998), 80% de todas as doenças e atingem mais de 50% de todos os indivíduos, segundo Sobel (1979, cit. por Ribeiro, 1998).

Ao contrário das doenças agudas, potencialmente fatais ou não, que se caracterizam pela sua duração limitada, as doenças crónicas não se definem pela sua gravidade, mas sim por serem doenças, ou sem cura ou de duração muito prolongada.

De acordo com Giovannini e colaboradores (1986, cit. por Ribeiro, 1998), considerando a existência de aspectos que caracterizam a grande diversidade de quadros definidos como clínicos, consideram como crónicas: (a) todas as doenças de longa duração, (b) que tendem a prolongar-se por toda a vida do doente, (c) que provocam invalidez em graus variáveis, (d) devido a causas não reversíveis, (e) que exigem formas particulares de reeducação, (f) que obrigam o doente a seguir determinadas prescrições terapêuticas, (g) que normalmente exigem a aprendizagem de um novo estilo de vida, (h) que necessitam de controlo periódico, de observação e de tratamento regulares.

Ainda, Giovannini e colaboradores (1989, cit. por Ribeiro, 1998), explicam que para além da dimensão temporal associada à cronicidade, se trata de uma condição autónoma de doença que mistura problemas de ordem estritamente sanitária, exigências e reacções psicológicas, e necessidades ou preocupações de ordem social que fazem da doença crónica uma doença específica diferente das doenças agudas.

As investigações de Leventhal e colaboradores (Leventhal & cols., 1980), sugerem que os indivíduos tendem a conceptualizar a sua doença crónica como aguda, lidando com esta da mesma forma como lidam com as doenças agudas. A emergência de uma doença física de carácter crónico e séria, representa uma situação de crise na vida do indivíduo, constituindo-se como um poderoso agente *stressor*.

Shontz (1975, cit. por Ogden, 1999), descreveu as fases de *coping* que os indivíduos atravessam após o diagnóstico de uma doença crónica, a citar:

- Choque: inicialmente, depois de diagnosticada uma doença grave, a maioria das pessoas passa por um estado de choque, que se caracteriza por desorientação, estupefacção, automatização dos comportamentos e sentimentos de indiferença em relação à situação;

- Reacção de defrontar: esta fase é caracterizada por um pensamento desorganizado e sentimentos de perda, luto, desamparo e desespero;
- Retraimento: esta fase é caracterizada pela negação do problema e das implicações, e por um retraimento no *self* para si mesmo.

Giovannini e colaboradores (1986, cit. por Ribeiro, 1998), salientam as seguintes áreas problemáticas que caracterizam a experiência subjectiva da doença crónica:

- a) O risco de crise é comum às doenças crónicas e a capacidade de a gerir deve fazer parte do repertório de competências do doente;
- b) A gestão da terapia e do estilo de vida renovado constitui, provavelmente, um dos aspectos mais complexos da doença crónica;
- c) A reestruturação do tempo, devido à necessidade de rigor que o tratamento impõe, trás a dimensão tempo para uma posição privilegiada na vida do doente;
- d) O isolamento social é uma consequência das regras impostas pela gestão da doença que, nem sempre são compatíveis com a disponibilidade do grupo;
- e) O contexto familiar é sempre afectado pela doença. Se o doente crónico é uma criança e a gestão do tratamento está a cargo da família todos os aspectos anteriores se aplicam a quem cuida do doente.

Para além dos aspectos biológicos inerentes à doença crónica, esta pode influenciar a forma como o indivíduo se percebe, a sua vida familiar e social, e acarretar elevados custos financeiros. Em consequência, há uma multiplicidade de alterações na vida do indivíduo.

Moos e Schaefer (1984, cit. por Ogden, 1999), analisaram a doença física em termos da teoria da crise. De um modo geral, a teoria da crise analisa o impacto de qualquer forma de ruptura na identidade pessoal e social estabelecidas. Esta teoria defende que os

indivíduos necessitam de se manter num estado de equilíbrio. Quando tal é afectado, por exemplo, por doença, os indivíduos tendem a restabelecer esse estado.

Existe a crise quando os acontecimentos são tão invulgares ou tão major que os padrões de *coping* habituais se mostram inadequados. O indivíduo experiencia, então, sentimentos de ansiedade, medo e *stress*.

De acordo com Moos e Schaefer (1984, cit. por Ogden, 1999), a doença física pode ser considerada uma crise, uma vez que representa um ponto de viragem na vida do indivíduo. No entanto, o estado de crise não é tolerado por muito tempo, o que conduz à adopção de novos tipos de resposta. Alguns destes novos padrões de confronto conduzem a uma adaptação saudável, mas outros resultam em deterioração psicológica e ajustamentos não saudáveis.

## **2.7- ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA À DOENÇA CRÓNICA: A ESPECIFICIDADE DA DIABETES**

O surgimento de uma doença física é gerador de *stress*, o que facilita a emergência de sintomatologia afectiva, cognitiva ou emocional. Segundo Fava e colaboradores (1994, cit. por Ribeiro, 1998), é importante detectar a sintomatologia afectiva associada, tal como depressão, mania, ansiedade e irritabilidade.

Clare (1994, cit. por Ribeiro, 1998), explica que as relações entre sintomas físicos e psicológicos podem ser entendidos numa de três formas:

- a) o *distress* psicológico pode provocar e precipitar a doença física;
- b) o *distress* físico e a doença, ou ainda a medicação dada, podem causar doença psicológica;
- c) os sintomas físicos e psicológicos coexistem sem se influenciarem um ao outro, como acontece com frequência nos idosos.

Os indivíduos reagem frequentemente à doença com ansiedade, depressão e irritação, dificultando, conseqüentemente, a adopção de estratégias de *coping* adequadas para lidar com a situação. Clare (1994, cit. por Ribeiro, 1998), refere que inúmeros factores podem aumentar o risco de perturbações psicológicas, nomeadamente:

- a) aspectos inerentes ao doente, tais como história anterior de doença psiquiátrica, dificuldades em lidar com o *stress*, ou circunstâncias pessoais, familiares ou sociais adversas;
- b) aspectos referentes ao contexto onde o doente se encontra;
- c) tipo de doença;
- d) tipo de tratamento.

A adaptação psicológica do indivíduo diabético, relativamente à sua doença, realiza-se em várias etapas ao longo do curso da doença. Essas etapas estendem-se desde a fase de diagnóstico clínico, passam pelo aparecimento das complicações, e continuam pela adaptação às actividades diárias de auto-cuidados, que incluem os regimes alimentares (dieta), terapias de insulina e/ou antidiabéticos orais, testes de glicose sanguínea, e exercício físico (Cox & cols., 1991).

No processo de ajustamento à sua situação clínica, o indivíduo diabético experimenta diferentes etapas que se traduzem por diferentes sentimentos. Segundo a A.P.D.P (2001), esses sentimentos caracterizam-se por, choque / negação, revolta, compromisso, depressão e aceitação, explicitando:

- Choque / Negação: o conceito de cronicidade, a obrigatoriedade da mudança de hábitos, a necessidade de um controlo metabólico intensivo é, frequentemente, negado no primeiro momento após o diagnóstico. De maneira a ultrapassar o choque inicial, o diabético adopta um processo defensivo de negação, não assumindo a gravidade da situação;

- **Revolta:** raiva e medo traduzem-se em revolta. Os sentimentos de raiva e medo acompanham as ideias de derrota e de impotência perante a doença. No entanto, estes sentimentos podem constituir-se como motor de motivação para a mudança, na medida em que constituem o pontapé de saída para a resolução do conflito que o diagnóstico de diabetes implica, no sentido da responsabilização individual.
- **Compromisso:** é o primeiro momento da resolução da situação, uma vez que o indivíduo estabelece uma relação de dependência afectiva com a equipa de cuidados de saúde, reconhecendo a sua própria fragilidade e, conseqüentemente, submetendo-se às indicações médicas;
- **Depressão:** a fase depressiva é constituída por uma sensação de frustração e de tristeza. A imagem que o diabético tem de si próprio é posta em causa e com ela a sua auto-estima. O momento depressivo que o diabético passa é necessário para ultrapassar a perda de um corpo totalmente saudável (fazer o seu luto) e, desta forma, renovar a sua aptidão para viver;
- **Aceitação:** é a etapa em que o diabético consegue chegar a um ponto de entendimento consigo próprio, assumindo a sua responsabilidade no tratamento e colaborando com a equipa de saúde. Os vários aspectos da vida são investidos sem que nenhum seja descurado.

O processo de ultrapassagem do diagnóstico da diabetes é, como vimos, um momento difícil. O diabético é obrigado a integrar na sua vida uma série de contingências que colocam em causa a sua identidade. É essa identidade que vai ter de ser reconstruída e na qual a diabetes será, tão só, mais um elemento a integrar (A.P.D.P., 2001).

De acordo com Kravitz e colaboradores (1993), a resolução da fase de crise, provocada pela doença crónica, envolverá necessariamente uma adaptação dos objectivos de vida, antes do diagnóstico da doença crónica, aos limites impostos pela nova situação clínica.

No entanto, segundo Holmes (1990), o aparecimento da doença vai provocar no indivíduo, uma situação de crise psicológica e se os seus mecanismos defensivos, reactivados durante o episódio de crise, forem excessivamente fortes, podendo afectar o desenvolvimento emocional, a possibilidade dos indivíduos se confrontarem com a doença no futuro, poderá estar comprometida.

Alguns indivíduos negam a gravidade do seu estado e ignoram a necessidade de cumprirem a dieta e a medicação, outros orientam a agressividade para os outros e denotam um aumento de irritabilidade e fraca adesão ao regime terapêutico, existem ainda os indivíduos que se tornam deprimidos (Salovey & cols., 1989).

De acordo com Mayou e colaboradores (1990, cit. por Henry & cols., 1997), a maioria dos diabéticos parecem pouco afectados pela doença e não relatam sintomatologia psicológica significativa, mas uma minoria relata sofrimento psicológico considerável. Este sofrimento deve-se a sintomas de fadiga, irritabilidade e pouca capacidade de concentração, que podem acompanhar a diabetes.

Mayou e colaboradores (1990, cit. por Henry & cols., 1997), constataram que os indivíduos com diabetes não insulino-dependentes relatam pouca disrupção nas actividades diárias.

É importante salientar a forma como o diagnóstico da diabetes é vivenciado, uma vez que esta é distinta em função de factores como a idade, género sexual, e tempo de diagnóstico da doença (Orme & col., 1989).

Com efeito, Seabra (1992), refere que a maioria das crianças e adolescentes com um diagnóstico recente, apresentam sintomas de humor deprimido, irritabilidade, sentimentos de desamparo, estigmatização, retirada social e ansiedade. O tratamento diário das crianças com diabetes vai interferir com o comportamento familiar, afectando as relações entre os membros da família. O modo como a diabetes é integrada na dinâmica familiar vai influenciar a sua evolução e o equilíbrio físico e emocional da criança (Seabra, 1997).

No que concerne às crianças e adolescentes, segundo Sarafino (1990), após um ano de diagnóstico esta sintomatologia reactiva desaparece, ou pelo menos atenua-se bastante, o que conduz estes jovens a retomar o seu estado de humor e auto-estima para os níveis normais. Problemas desta índole com maior duração temporal, indicariam dificuldades de adaptação, requerendo intervenção psicológica.

### **3- A DIABETES MELLITUS**

#### **BREVE HISTÓRIA DA DIABETES MELLITUS**

Um papiro descoberto num túmulo em Tebas, no Egipto, mais tarde adquirido pelo egiptólogo alemão George M. Ebers e, desde então, conhecido por papiro de Ebers, constitui a mais antiga descrição do que hoje se considera a diabetes mellitus. No papiro de Ebers escrito há 3500 anos, o tratamento aconselhado consistia numa mistura de ossos, grãos de trigo, areia fresca, terra e água (A.P.D.P.,2001).

A urina com açúcar foi pela primeira vez descrita na Índia, por Susruta, há cerca de 2400 anos.

O termo diabetes tem a sua origem no grego e significa “passar através de”, “atravessar”, “sifão”. Foi primeiramente utilizado na nomenclatura médica por Areteu da Capadócia há cerca de 2000 anos. A palavra *mellitus* tem origem no latim e significa “com sabor a mel”, termo utilizado muito mais tarde. Os Gregos entenderam a diabetes como um defeito no organismo que possibilitava a passagem dos líquidos pelo corpo sem que este tivesse a capacidade de os reter. Verificaram que os diabéticos bebiam muitos líquidos quando descompensados e urinavam muito devido a essa incapacidade.

Ao longo dos séculos, para além de um diagnóstico mais ou menos correcto e de inúmeros tipos de tratamento, não foi possível interferir no curso natural desta doença.

Apenas nos últimos 200 anos se começou a perceber o que é a diabetes, quais as suas causas e as possibilidades de tratamento. Em 1860, um médico alemão - Paul Langerhans - descobriu um grupo de células no pâncreas, lugar onde, mais tarde, foram identificadas as células responsáveis pela produção de insulina. A descoberta deste grupo de células - denominadas posteriormente ilhéus de Langerhans -, das quais fazem parte aquelas que são produtoras de insulina (chamadas células *beta*) permitiu um caminho mais rápido para o melhor conhecimento da diabetes e do seu tratamento.

Em 1889, Minkowsky reproduz experimentalmente uma diabetes em cães após extracção do pâncreas.

Em 1921, os canadianos Frederick Banting e Charles Best conseguiram um preparado que continha insulina o qual, quando administrado a um cão diabético, obtinha uma rápida correcção da hiperglicémia. Sensivelmente na mesma altura, o romeno Paulesco, chegou às mesmas conclusões. Todos eles contribuíram para uma mudança na perspectiva de vida do diabético e iniciaram uma nova era.

Investigações posteriores levaram também à descoberta de que uma grande parte dos diabéticos não tem uma falta absoluta de insulina. Alguns produzem-na em quantidades normais ou até em excesso, mas insuficiente para as suas necessidades porque existe resistência à sua acção.

### **3.1- ETIOPATOGENIA DA DIABETES**

A diabetes é uma doença que resulta de uma deficiente capacidade de utilização pelo organismo da glicose, principal fonte de energia. Para que a glicose possa ser utilizada como fonte de energia é necessária a insulina. A insulina é produzida nas células *beta* dos ilhéus de Langerhans do pâncreas. Este órgão situado na parte superior do abdómen, por detrás do estômago, tem dois papéis fundamentais: segregar o suco pancreático e a produção de hormonas essenciais ao metabolismo dos hidratos de carbono.

Pelo facto de se tratar de uma hormona hipoglicemiante, o principal factor estimulador da secreção da insulina é a elevada concentração de glicose no sangue. O mecanismo de acção da insulina caracteriza-se, essencialmente, pelo seu papel no metabolismo e transporte da glicose que será armazenada em diferentes órgãos. Por acção da insulina, o excesso de glicose é armazenado, inicialmente, no fígado e nos músculos, sob a forma de glicogénio. Se o excesso de glicose se mantiver, o organismo tem uma segunda via de armazenamento, transformando o excesso de glicose em reservas de gordura armazenadas nas células adiposas (células que constituem o tecido adiposo), por acção da insulina. A nível celular a acção da insulina caracteriza-se pelo aumento da permeabilidade das células-alvo à glicose. Para tal, a insulina liga-se na membrana das células-alvo a um receptor específico, por um sistema do tipo “chave-fechadura”. Assim, a insuficiência ou a ausência de insulina, fará com que a glicose não esteja apta a entrar nas células dos diferentes órgãos, nem ser por estas utilizada.

Na situação de hiperglicémia, em que o nível de glicose no sangue excede um determinado valor, é ultrapassada a capacidade de reabsorção de glicose pelo rim, com a consequente perda de glicose na urina (glicosúria), estabelecendo-se um quadro diagnóstico de diabetes mellitus.

Diversos processos patogénicos estão envolvidos no desenvolvimento da diabetes que vão desde a destruição auto-imune das células *beta* do pâncreas com a consequente deficiência de insulina, até as anormalidades que resultam da resistência à acção da insulina. Assim, a deficiente acção da insulina resulta da insuficiente secreção da insulina e/ou respostas diminuídas dos tecidos à insulina em um ou mais pontos do complexo percurso da acção da hormona. A deficiente secreção de insulina e os defeitos na acção da insulina coexistem, frequentemente, no mesmo paciente (A.D.A., 2000).

Segundo a A.P.D.P. (2001), quando a glicémia é muito elevada, podem existir sintomas típicos, a citar:

- Poliúria - urinar em grande quantidade e mais vezes, devido à necessidade do organismo em diluir o excesso de glicose no sangue;

- Polidipsia - sede constante e intensa;
- Polifagia - fome constante e difícil de saciar;
- Xerostomia - sensação de boca seca;
- Fadiga - devido ao insuficiente fornecimento de energia às células do organismo;
- Comichão - prurido no corpo;
- Visão turva ;
- Emagrecimento rápido - devido à impossibilidade do organismo em utilizar a glicose, o que conduz à utilização das reservas de glicogénio e ácidos gordos, libertados pelos músculos e fígado e lançados na circulação sanguínea (acetonúria).

De acordo com a A.D.A. (2000), a vasta maioria de casos de diabetes inclui-se em duas amplas categorias etiopatogénicas, a explicitar:

- Diabetes Mellitus Tipo 1 (Diabetes Insulinodependente): esta forma de diabetes não chega a afectar 10% do total de diabéticos, e atinge, na maioria das vezes, crianças ou jovens, podendo também aparecer em adultos e até em idosos. Na diabetes tipo 1, as células *beta* do pâncreas deixam de produzir insulina, pois existe uma destruição maciça destas células. Estes diabéticos necessitam de terapêutica com insulina para toda a vida porque o pâncreas deixa de a poder fabricar, daí a denominação de diabetes mellitus insulinodependente (D.M.I.D.).
- Diabetes Mellitus Tipo 2 (Diabetes Não-Insulinodependente): esta forma de diabetes é mais frequente (90% dos casos) e ocorre em indivíduos que herdaram uma tendência para a diabetes (têm, frequentemente, um familiar próximo com a doença: pais, tios ou avós) e que, devido a hábitos de vida e de alimentação errados e por vezes ao *stress*, vêm a sofrer de diabetes quando adultos. Quase sempre têm peso excessivo e em alguns casos são mesmos obesos, sobretudo têm gordura abdominal. Fazem pouco exercício físico e consomem excesso de calorias em doces ou gorduras para aquilo que o organismo despende na actividade física. Têm, com frequência, a tensão arterial elevada (hipertensão arterial) e por vezes “gorduras” (colesterol ou triglicéridos) a mais no sangue (hiperlipidémia). Este tipo de diabetes pode ser originado por:

- a) Um fenómeno de insulino-resistência, em que existe um excesso de glicose em circulação na corrente sanguínea, há produção de insulina, mas esta não consegue actuar devido às elevadas reservas de gordura dos adipócitos. Ou seja, há um excesso de glicose sanguínea e receptores insulínicos insuficientes por haver demasiadas células adiposas. A redução do peso contribui, nestas situações, de uma forma muito sensível para a normalização da taxa de glicose no sangue (glicémia).
- b) Uma produção crescente de insulina, em consequência de insulino-resistência, uma vez que, o pâncreas é obrigado a trabalhar mais (e mais), até que a insulina que produz deixa de ser suficiente. É nesta altura que surge a diabetes.

Neste tipo de diabetes, o pâncreas produz insulina mas em quantidades insuficientes, relativamente ao peso corporal do indivíduo. Consequentemente, a regulação metabólica é apenas possível após a normalização do peso corporal, com dieta e exercício físico regular, por forma a que a quantidade de insulina seja reposta a níveis suficientes. Quando estas medidas não se revelam suficientes, é necessária a ingestão de medicamentos (antidiabéticos orais e agentes hipoglicemiantes), daí a designação de diabetes mellitus não insulino-dependente (D.M.N.I.D.).

Existe, ainda, a diabetes que ocorre durante a gravidez: a diabetes gestacional. Esta forma de diabetes surge em grávidas que não eram diabéticas antes da gravidez e, habitualmente, desaparece quando esta termina. Contudo, quase metade destas grávidas virão a ser, mais tarde, diabéticas do tipo 2 se não forem tomadas medidas de prevenção. Se a diabetes gestacional não for detectada e controlada, podem surgir complicações na gravidez, afectando a saúde da mãe e da criança. São vulgares os bebés com mais de quatro quilos à nascença e a necessidade de cesariana na altura do parto (A.P.D.P., 2001).

Existem outros subtipos de diabetes que não do subtipo 1 ou 2. Por exemplo, a diabetes tipo MODY (*Maturity-Onset Diabetes of the Young*), que afecta adultos jovens mas também adolescentes e crianças. Embora sejam situações clínicas raras, apresentam-se com características de diabetes tipo 2 e são causadas por uma mutação genética que leva à alteração da tolerância à glicose (A.P.D.P., 2001).

Há outras causas raras de diabetes. Por exemplo, doenças do pâncreas como é o caso de alguns tumores e da pancreatite provocada pelo álcool. Estes casos pertencem ao subtipo de diabetes mellitus secundária, uma vez que a diabetes não é a única característica do distúrbio.

### **3.2- O IMPACTO DA DIABETES NA DINÂMICA FAMILIAR**

Na medida em que o sistema familiar é o mais importante contexto em que o indivíduo está inserido, é importante reflectir sobre a forma como a diabetes influencia ou poderá ser influenciada por esse mesmo contexto.

É, geralmente, reconhecido que, quanto mais precoce for o diagnóstico de uma doença crónica (isto é, em crianças e adolescentes), maior será o impacto na dinâmica familiar, devido ao elevado grau de interdependência que as crianças e adolescentes estabelecem com os adultos (geralmente, os pais), quer ao nível emocional, quer ao nível do manejo da doença.

Ter uma criança com doença crónica constitui uma situação de *stress* com impacto significativo na família (Kazak, 1989, cit. por Santos, 1998). Com efeito, a família é geralmente confrontada com novas exigências, alterações nas suas rotinas, mudanças constantes e readaptações diversas, propiciando que a doença possa ter efeitos a vários níveis: financeiro, ocupacional, pessoal, e na interacção, quer dentro da família, quer fora dela (Eiser, 1985; Johnson, 1985, cit. por Santos, 1998).

A família passa por várias fases na resposta à doença, constituindo o período após o conhecimento do diagnóstico um momento crítico (Eiser, 1985, cit. por Santos, 1998). De facto, o diagnóstico tem habitualmente consequências importantes no funcionamento familiar (Northam & cols., 1996, cit. por Santos, 1998), ocorrendo mesmo, por vezes, um aumento de perturbação psicológica nos pais, a qual diminui posteriormente, à medida que a família se adapta à nova situação e às diferentes fases da doença (Santos, 1998).

De acordo com Shillitoe (1991), as reacções iniciais dos pais de crianças diabéticas são, geralmente, a ansiedade, choque, negação, insónia, mau-humor, semelhante a pesar e tristeza, sendo mais frequentes nas mães do que nos pais. Para as mães, o tratamento diário é referido como algo preocupante, especialmente quando os filhos são pequenos, sentindo-se culpadas por terem de provocar dor ao administrarem as injeções de insulina.

Segundo a autora, as preocupações mais frequentemente referidas pelos pais são: a) incertezas relacionadas com o futuro da criança; b) medo de possível morte da criança; c) restrições na própria vida dos pais; d) medo de ter causado o estado de doença da criança; e) sentimentos de culpa e raiva; f) sentimentos de vergonha; g) sentimentos de desespero e incompetência.

Por outro lado, os problemas de ajustamento da criança podem estar mais relacionados com o funcionamento familiar do que com a presença da doença (Lewis & Khaw, 1982, cit. por Santos, 1998). Por exemplo, o disfuncionamento parental e os *stressores* familiares associam-se, não só com maior frequência de problemas psicológicos nas crianças, mas também com resultados da doença mais problemáticos (Daniels & cols., 1987, cit. por Santos, 1998).

De modo geral, a influência da dinâmica familiar no decurso da diabetes, manifesta-se do seguinte modo: as famílias ditas estáveis e coesivas são facilitadoras de um melhor controle da diabetes, mediante um maior apoio social, por oposição às famílias ditas disfuncionais, instáveis e conflituais (Orme, 1989).

Em suma, o aparecimento da diabetes num membro da família (criança ou adulto), é visto como fonte de *stress* crónico na estrutura familiar, na medida em que implica normalmente um conjunto de mudanças mal aceites pela família na sua rotina (Sarafino, 1990).

### **3.3- O IMPACTO DA DIABETES EM DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS**

#### **INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

O aparecimento precoce da diabetes, durante a infância, implica que exista logo à partida, um desconhecimento efectivo de como seria viver sem a doença, estando diminuído, conseqüentemente, o potencial efeito desorganizador do diagnóstico. Contudo, o início precoce da doença pode afectar o normal trajecto desenvolvimental do indivíduo, pela sua influência nos processos de autonomia, auto-estima e auto-imagem.

Existe uma série de crises pessoais no decurso da doença. As crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 podem sentir tristeza moderada intermitente, solidão, apreensão, irritabilidade e isolamento social (Kovacs & cols., 1985, cit. por Jacobson, 1996). As alterações de humor, sentimentos de culpa, pessimismo em relação ao futuro, e recusa de tomar as injeções ou ir à escola são menos frequentes (Kovacs & cols., 1985, cit. por Jacobson, 1996).

Nas raparigas, a diabetes pode interferir no desenvolvimento de uma imagem corporal satisfatória (Ryan & Morrow, 1986, cit. por Shillitoe, 1991), conduzindo, frequentemente, a distúrbios do comportamento alimentar. A diabetes pode também relacionar-se com a tendência das adolescentes terem uma estatura mais baixa, excesso de peso e menor maturidade sexual, relativamente às adolescentes não diabéticas.

Nos rapazes, o aparecimento da doença na fase da puberdade, tem impacto no relacionamento com os pares e na construção da sua identidade social (Ahlfield & cols., 1983, cit. por Shillitoe, 1991).

## ADULTÍCIA

A condição da diabetes impõe uma série de potenciais *stressores* adicionais, específicos, suplementares às situações da vida quotidiana do indivíduo adulto. A primeira causa que pode gerar *stress* a um indivíduo diabético é a complexidade e as exigências diárias do tratamento (Hunter & cols., 1985, cit. por Vásquez & Méndez, 1999). O grau de responsabilidade relativamente ao manejo da doença, o domínio necessário ao nível das aptidões de tratamento, e a exigência de pontualidade na realização das mesmas, supõem-se como tarefas difíceis de realizar.

Para além disso, o facto de as tarefas terem de ser realizadas num contexto social cujas condições, normalmente, constituem um obstáculo ao tratamento do diabético, constitui-se como uma fonte de *stress* adicional (Vásquez & Méndez, 1999). Neste contexto, a possibilidade de surgimento de um episódio hipoglicémico constitui outra fonte de tensão para muitos diabéticos, o que pode provocar o denominado *medo da hipoglicémia*. Entre os factores que intervêm no desenvolvimento deste medo, destacam-se as consequências aversivas, físicas, cognitivas, motoras e sociais associadas à redução dos níveis de glicose no sangue (Gonder-Frederick & cols., 1992, cit. por Vásquez & Méndez, 1999), assim como a experiência prévia (directa ou indirecta) destes episódios e a dificuldade para diferenciar entre diferentes tipos de sintomas (Cox & cols., 1987, cit. por Vásquez & Méndez, 1999).

Outros *stressores* próprios da diabetes são a presença de complicações da doença (La Greca & cols., 1991, cit. por Vásquez & Méndez, 1999), assim como a incerteza e o receio de possíveis complicações futuras (Demas & Wylie-Rosett, 1990, cit. por Vásquez & Méndez, 1999).

De acordo com a A.P.D.P. (2001), nos casais de indivíduos diabéticos, são frequentes as preocupações com o aumento de riscos na gravidez, a mortalidade infantil mais elevada e a disfunção sexual.

Segundo Cox e colaboradores (1991), a diabetes tem impacto na qualidade das relações conjugais podendo observar-se que os casais apoiantes, com recursos emocionais e sociais têm maiores hipóteses de adoptar estratégias mais adequadas, face a situações de confronto, do que casais disfuncionais não apoiantes. A presença da diabetes pode, por vezes, exacerbar algum problema já existente no casal.

## IDOSOS

A diabetes aumenta com a idade atingindo, em termos de percentagem, os valores mais altos no grupo dos 65 aos 74 anos. Cerca de 18% a 20% das pessoas deste grupo são portadoras da doença (A.P.D.P., 2001). A maioria dos diabéticos idosos são do tipo 2, isto é, não insulino dependentes e predominam os obesos.

A sintomatologia no diabético idoso aparece de forma muito variável, sendo geralmente, de pouca intensidade, e com predomínio de sintomas menores como as infecções mantidas e repetidas, cansaço e câimbras. Este facto contribui para que a descoberta da doença seja, frequentemente, realizada no decurso de análises de rotina ou já na presença de complicações tardias, como úlceras das pernas, retinopatia diabética ou infecções prolongadas e repetidas (A.P.D.P., 2001).

Os diabéticos idosos recorrem com muito mais frequência aos serviços de saúde, consomem mais medicamentos e têm uma morbidade e mortalidade mais alta do que o resto da população.

A idade também acelera o início das complicações tardias como a retinopatia e a neuropatia diabéticas (A.P.D.P., 2001). Ainda, de acordo com os estudos de Henry e colaboradores (1997), os indivíduos idosos com diabetes tipo 2, comparados com um grupo de controlo, apresentam efeitos neuropsicológicos da doença, como défices cognitivo-motores, com dificuldades ao nível do raciocínio abstracto e funcionamento psicomotor complexo. Estes resultados são confirmados pelo estudo de Grodstein e colaboradores (2001), em que em comparação a mulheres idosas não diabéticas, as

mulheres idosas com diabetes tipo 2 apresentam piores resultados ao nível dos vários aspectos da função cognitiva. Constatou-se, igualmente, que os piores resultados estão associados a uma maior duração da doença.

O facto de os idosos diabéticos estarem mais limitados nas suas capacidades e, conseqüentemente, mais dependentes de terceiros na gestão das suas doenças, irá influenciar, inevitavelmente, o seu contexto familiar.

### 3.4- STRESS E DIABETES

De acordo com Bradley (1988), a relação entre o *stress* e a diabetes encontra-se em três dimensões: a) O *stress* como factor etiológico na diabetes, b) O *stress* como factor no decurso da doença e os seus resultados, e c) A diabetes como factor de *stress*, a explicitar:

Relativamente ao primeiro aspecto, Robinson e colaboradores (1985; 1988, cit. por Goetsch & cols., 1995), constataram que os indivíduos com diabetes tipo 1 relatavam terem experienciado mais acontecimentos de vida *stressantes*, de carácter severo, no período de tempo anterior ao diagnóstico da doença, comparativamente aos seus familiares (irmãos) não diabéticos e grupos de controlo. Os resultados deste estudo são consistentes com a hipótese de que o *stress* psicológico contribui para o desenvolvimento da D.M.I.D., na medida em que os indivíduos ficam mais susceptíveis (pelas alterações na função imunológica) a uma doença viral ou bacteriana que conduz ao início da doença (Solomon et al., 1985, cit. por Bradley, 1988).

Em relação aos efeitos do *stress* no decurso da doença, verifica-se que acontecimentos de vida *stressantes* se encontram frequentemente associados a alterações nos mecanismos fisiológicos responsáveis pelo controlo da glicose sanguínea (Goetsch & col., 1995). Ou seja, o *stress* tem efeitos fisiológicos directos na glicose sanguínea, devido às alterações provocadas no sistema nervoso central e a nível periférico (isto é, aumento da actividade cortical, níveis de “hormonas do *stress*”, batimentos cardíacos,

pressão sanguínea, e transpiração, em associação com a distribuição assimétrica da circulação sanguínea).

O stress pode ainda afectar indirectamente o controlo glicémico, uma vez que, os acontecimentos *stressantes* na vida do indivíduo influenciam a adesão ao regime de tratamento (Goetsch & col., 1995), nomeadamente ao nível do número de refeições diárias realizadas e regularidade da medicação.

Relativamente ao modo como a diabetes poderá ser considerada um factor desencadeante de *stress*, como referido anteriormente, são responsáveis a complexidade e as exigências diárias do tratamento, e as complicações da doença a curto e a longo-prazo.

Assim, observa-se que o *stress* e a diabetes influenciam-se mutuamente, causando impacto significativo na vida do indivíduo. Contudo, é importante salientar que a interacção *stress*-diabetes não é linear e que, segundo Lazarus e Folkman (1984, cit. por Goetsch & col., 1995) é importante considerar as características dos indivíduos (isto é, respostas fisiológicas, psicológicas e/ou comportamentais), as situações (isto é, *stressores* antecedentes ou experiências vitais), e a interacção desses dois domínios (ou seja, as consequências de um qualquer acontecimento são função da qualidade e intensidade do acontecimento e das características das respostas individuais - por exemplo: ameaça percebida, respostas de *coping* - ao acontecimento).

### **3.5- COMPLICAÇÕES DA DIABETES E IMPLICAÇÕES NO FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO**

As complicações fisiológicas da diabetes mellitus incluem problemas tanto a curto como a longo prazo (A.P.D.P., 2001).

## COMPLICAÇÕES DA DIABETES A CURTO-PRAZO

- A Hiperglicémia crônica que se caracteriza por uma taxa de glicose no sangue elevada, pode ser clinicamente silenciosa, conduzindo a complicações tardias da diabetes, causar sintomas típicos (aumento da frequência da micção e sede excessiva) (Cox & cols., 1989), ou pode conduzir a uma situação grave de cetoacidose que necessita de tratamento imediato. A cetoacidose não tratada pode tornar-se uma situação grave e evoluir para o coma cetoacidótico (A.P.D.P., 2001).
- A Hipoglicémia é uma complicação aguda frequente na diabetes tipo 1, podendo também aparecer na diabetes tipo 2. As causas mais frequentes são o excesso de insulina ou hipoglicemiantes orais, seguidas das irregularidades na alimentação e exercício físico excessivo. Esta situação clínica deve ter tratamento imediato a fim de evitar a progressão para a forma mais grave (perda de consciência e coma hipoglicêmico). Surgem sintomas neurológicos como, confusão ligeira, dor de cabeça, raciocínio lento com dificuldade de concentração, perturbações do comportamento, mudanças de humor e convulsões (A.P.D.P., 2001). Os episódios hipoglicêmicos levam a que o indivíduo se sinta vulnerável e fora de controle (Jacobson, 1996). O medo intenso da hipoglicémia pode aumentar após episódios severos e dificultar, conseqüentemente, a normalização da taxa de glicose sanguínea (normoglicémia). Ainda, o medo intenso da hipoglicémia pode ser sintoma de distúrbios de ansiedade ou pânico não diagnosticados (Polonsky & cols., 1992, cit. por Jacobson, 1996).

## COMPLICAÇÕES DA DIABETES A LONGO-PRAZO

As complicações tardias são causadas principalmente por lesões dos vasos sanguíneos. As alterações a nível dos grandes e médios vasos (doença macrovascular) têm repercussões a nível do cérebro, coração e pés. As lesões nos pequenos vasos (doença microvascular) são responsáveis por alterações no fundo do olho (retina), rins e nervos periféricos (A.P.D.P., 2001). Assim, as possíveis complicações são:

- Complicações microvasculares (lesões dos pequenos vasos sanguíneos), que dão origem a:
  - A Retinopatia Diabética que é uma consequência da hiperglicémia e cuja gravidade está fortemente associada à duração da diabetes. De facto, a maior parte dos diabéticos tem evidências de retinopatia após 15 a 20 anos de diagnóstico, mas como a progressão da retinopatia é lenta, apenas 3% dos pacientes são cegos (Cox & cols., 1991). É frequente existirem sintomas de angústia, depressão e perda de auto-estima (Sarafino, 1990).
  - A Nefropatia ou lesões dos rins é de evolução lenta e silenciosa. O sinal mais precoce é a perda, acima de valores normais, de proteínas na urina (microalbuminúria). Se a nefropatia continua a evoluir, surgem manifestações de fadiga, cansaço e perda de apetite e caminha-se para a insuficiência renal (A.P.D.P., 2001).
  - A Neuropatia diabética resulta de lesões dos nervos do organismo. Quando os nervos são lesados há manifestações tais como alterações da sensibilidade, aparecimento de queixas dolorosas mais ou menos intensas e, frequentemente, perda das sensibilidades dolorosa e térmica. Outras vezes existem atrofias musculares e perturbações da motilidade (diminuição de forças nas pernas e dificuldades na marcha). A neuropatia pode atingir o aparelho digestivo, provocando perturbações no seu funcionamento, o coração com alterações do seu ritmo, e a bexiga, com perda do seu tónus e sensibilidade.
- Complicações macrovasculares (lesões dos grandes vasos sanguíneos) que dão origem a:
  - Macroangiopatia (doença coronária, cerebral e dos membros inferiores). Os diabéticos têm maior risco de doença coronária, manifestada por angina de peito ou ataques cardíacos (enfarte do miocárdio) e por trombooses cerebrais (acidentes vasculares cerebrais). As complicações macrovasculares incluem, para além dos citados, a doença vascular periférica, existindo aterosclerose nas artérias das pernas e

dos pés, que causam má circulação e ocasionam problemas graves que podem culminar na amputação de dedos ou membros. Estas complicações constituem, no seu todo, 75% das causas de morte nos diabéticos (A.P.D.P., 2001).

- A Hipertensão Arterial é duas vezes mais comum em diabéticos e aumenta com a idade. No momento do diagnóstico da diabetes, a hipertensão já existe em cerca de 40% dos doentes, o que sugere uma associação de mecanismo entre as duas: a obesidade e resistência à insulina levam à hipertensão e esta agrava a intolerância à glicose. A hipertensão e a diabetes são doenças inter-relacionadas que, se não tratadas, aumentam o risco de doença vascular aterosclerótica (enfartes de miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e doença dos membros inferiores). A hipertensão agrava ainda a macroangiopatia, principalmente a nefropatia diabética. Para a qual é um factor de risco maior (A.P.D.P., 2001).

■ Complicações neuro, macro e microvasculares que dão origem a:

- Pé Diabético. A combinação de complicações tardias da diabetes - neuropatia periférica, arteriopatia e susceptibilidade às infecções - predispõe para o aparecimento de lesões nos pés dos diabéticos, por vezes graves, podendo terminar eventualmente em amputações (A.P.D.P., 2001).

■ Outras Complicações:

- Disfunção Sexual que pode manifestar-se sob a forma de impotência sexual no sexo masculino e perda do desejo no sexo feminino. Estas alterações podem ter origem nas lesões dos nervos mas também nos vasos sanguíneos. Muitas das disfunções sexuais no diabético não têm origem em lesões orgânicas mas sim uma natureza psicológica (A.P.D.P., 2001)
- Infecções. Os diabéticos são mais susceptíveis a infecções da boca e das gengivas, a infecções urinárias e dos pés e, ainda, a infecções das cicatrizes depois de cirurgias se os níveis de açúcar no sangue não estiverem bem controlados (A.P.D.P., 2001).

Em geral, todas as complicações tardias podem ocorrer em qualquer tipo de diabetes. No entanto, existe uma forte correlação entre a gravidade das complicações e a gravidade e duração da hiperglicemia (Cahill & cols., 1976, cit. por Anderson & cols., 1992). A nível psicológico, a antecipação das complicações tardias conduz a sentimentos de medo, culpa na sequência de lapsos nos auto-cuidados e tristeza devido às perdas antecipadas (Jacobson, 1996).

### **3.6- A PERSONALIDADE DIABÉTICA**

A relação entre os aspectos psicológicos e o desenvolvimento e curso da diabetes tem despertado o interesse dos investigadores, desde o século 17, em que Thomas Willis propôs o estado de “tristeza prolongada” como causa da diabetes (Wertliebe & cols., 1990).

Desde esse período, a investigação caracterizou-se pelo estudo das características da “personalidade diabética”, tendo sido definida pelos teóricos da psicossomática e investigadores como “personalidade com ansiedade acentuada, depressão, paranóia, conflitos de dependência, e problemas sexuais (Dunbar, 1954; Menninger, 1935, cit. por Wertliebe & cols., 1990).

Recentemente, a revisão da vasta literatura existente sobre a “personalidade diabética” detectou falhas na quase totalidade de estudos anteriores à década de 80. De facto, como Johnson (1980, cit. por Wertliebe & cols., 1990) constatou, a literatura é inconclusiva e os estudos pouco consistentes. Dunn e Turtle (1981, cit. por Wertliebe & cols., 1990), concluíram que na literatura revista, não existia consistência na frequência com que uma metodologia particular conseguia definir a “personalidade diabética” ou características de personalidade.

Contudo, não havendo um “perfil psicológico do diabético”, verifica-se alguma tendência para depressões, para manifestações de inadaptação (Seabra, 1992). A depressão é uma condição prevalente entre os indivíduos com diabetes, com taxas três vezes superiores

relativamente à prevalência da depressão na população geral (Gavard & cols., 1993, cit. por Talbot & cols., 1999). Pelo menos 15% dos diabéticos têm depressão clínica (Peyrot & col., 1997, cit. por Delamater & cols., 2001).

A extensão pela qual a diabetes e as suas consequências afectam a vida do indivíduo, representa, provavelmente, um importante determinante no bem-estar psicológico. A diabetes implica disrupções significativas no estilo de vida do indivíduo (Davis & cols., 1987, cit. por Talbot, 1999). Podem ocorrer episódios de hipoglicémia e de hiperglicémia, cujos sintomas afectam a qualidade de vida (Gonder-Frederick, & cols., 1989, cit. por Talbot, 1999). Ainda, 50 a 75% dos indivíduos com diabetes desenvolvem sérias complicações a longo-prazo, como a cegueira, insuficiência renal e doença cardiovascular (Strowig & col., 1992, cit. por Talbot, 1999).

Ainda, as complicações psicossociais decorrentes da diabetes, como a perda de rendimentos ou o emprego, e distúrbios possíveis nas relações familiares e sociais podem contribuir para o desenvolvimento de sintomas depressivos.

Na medida em que existe uma relação recíproca entre a depressão e a diabetes, é esperável que a depressão influencie a gestão da doença. Os estudos indicam que a depressão está associada a um pior controlo glicémico e a complicações de saúde (Lustman & cols., 1986, cit. por Delamater & cols., 2001), e tem tendência a tornar-se crónica (Peyrot & col., 1999, cit. por Delamater & cols., 2001).

Por outro lado, estudos prospectivos indicam que a depressão duplica o risco de incidência da diabetes tipo 2, independentemente da sua associação com outros factores de risco (Kawakami & cols., 1999, cit. por Delamater & cols., 2001). Tanto a depressão major como a depressão minor, estão associadas ao aumento da morbilidade clínica e mortalidade, independentemente do ajustamento dos comportamentos de saúde e controle do estado de saúde (Anderson & cols., 2001).

#### **4- MODELOS PESSOAIS DE DIABETES**

Os modelos pessoais correspondem às representações que os pacientes têm da sua doença, e incluem conhecimentos, crenças, experiências e emoções relativamente à sua condição de saúde (Petrie & Weinman, 1997; Skelton & Croyle, 1991, cit. por Hampson & cols., 2000). No contexto da teoria da auto-regulação, os modelos pessoais desempenham um papel importante ao determinarem a resposta do indivíduo a uma ameaça de saúde e, subsequentemente, o comportamento de saúde associado (Leventhal, Leventhal & Conrada, 1998; Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984, cit. por Hampson & cols., 2000).

De acordo com Skinner e Hampson (2001), é previsível que um modelo pessoal individual da diabetes, determine o mais possível, as respostas emocionais e comportamentais à doença. Os modelos pessoais são uma extensão da teoria do esquema da psicologia social cognitiva (Leventhal & cols., 1992; 1998, cit. por Skinner & Hampson, 2001). No entanto, ao contrário de outros modelos de cognição social, os modelos pessoais baseiam-se numa teoria geral de cognições que considera relevante a informação proveniente das experiências prévias. Por outro lado, os modelos pessoais baseiam-se na experiência do indivíduo e não na experiência do investigador. Logo, a investigação dos modelos pessoais pretende identificar as variáveis que os próprios pacientes acreditam serem importantes para a sua experiência com a doença e o seu tratamento. Os modelos pessoais incluem a representação de respostas emocionais à doença e ao tratamento, uma variável que não é considerada na maioria dos modelos de crenças de saúde, através da avaliação das consequências emocionais da diabetes (por exemplo: preocupação, medo) (Skinner & Hampson, 2001).

A investigação com vários grupos de pacientes baseada nos princípios subjacentes atrás citados, identificou cinco componentes dos modelos pessoais de uma doença: identidade da doença e sintomas associados; causas da doença; evolução da doença (*time-line*); consequências da doença; e controlabilidade / cura (isto é, eficácia do tratamento) da doença (Lau, Bernard, & Hartman, 1989; Leventhal & Nerenz, 1985; Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996, cit. por Hampson & cols., 2000). A natureza precisa

desses componentes e suas inter-relações (isto é, a estrutura dos modelos pessoais) pode diferir de doença para doença, assim como a importância relativa dos diferentes componentes em prever os comportamentos associados à doença (Hampson, 1997, cit. por Hampson & cols., 2000).

No que concerne à diabetes, os componentes dos modelos pessoais de adultos têm sido identificados, replicados e demonstrados estarem associados com os resultados do autocontrole, tanto concorrentemente como prospectivamente (Hampson & cols., 1995; 1990, cit. por Hampson & cols., 2000). Ainda, os modelos pessoais têm demonstrado estar relacionados, tanto concorrentemente como prospectivamente, com o autocontrole nos adolescentes (Skinner & Hampson, 1998; Skinner & cols., 2000, cit. por Hampson & cols., 2000).

Segundo Hampson e colaboradores (2000), existem dois aspectos dos modelos pessoais, em particular, que demonstram ter associações consistentes e replicáveis com a dieta que é um dos componentes dos auto-cuidados na diabetes. São as crenças sobre a gravidade da diabetes, e as crenças sobre a eficácia do tratamento.

A constatação de que os modelos pessoais são preditores do autocontrole, particularmente dos comportamentos de dieta, demonstra a sua relevância prática para a diabetes. No entanto, existem outras variáveis demográficas, psicossociais ou de história médica que, provavelmente, predizem os resultados dos comportamentos de auto-cuidados na diabetes (Bradley, 1994, cit. por Hampson & cols., 2000). De acordo com Skinner e colaboradores (2000), os estudos baseados na perspectiva dos modelos pessoais, encontraram associações entre as representações de doença e essas variáveis.

## **5 - FORMULAÇÃO DO PROBLEMA**

No presente estudo pretende-se descrever as representações de doença em indivíduos diabéticos não insulino-dependentes e investigar se estão relacionadas com o desenvolvimento das suas actividades de auto-cuidados.

Uma das razões principais porque a diabetes se tornou um tema de investigação em psicologia da saúde, deve-se ao reconhecimento de que uma melhor compreensão da perspectiva do indivíduo em relação à sua doença, conduz ao seu melhor tratamento (Cox & Gonder-Frederick, 1992, cit. por Hampson, 1997).

Não obstante, o papel fundamental desempenhado pelos técnicos de saúde, o tratamento da diabetes é, em grande parte, da responsabilidade do paciente. No entanto, os indivíduos diabéticos consideram, frequentemente, o seu regime de tratamento complicado e frustrante (Raymond, 1992, cit. por Hampson, 1997).

A diabetes dá origem a um conjunto de problemas que variam grandemente de paciente para paciente. Recentemente, os psicólogos da saúde têm demonstrado que, para dar sentido e responder a esses problemas, os pacientes desenvolvem os seus próprios modelos ou representações da sua doença. A investigação sobre as perspectivas dos pacientes tem estudado as suas crenças e sentimentos associados à sua doença através de diferentes perspectivas teóricas (por exemplo: o modelo de crenças de saúde, a teoria da aprendizagem social e a etnografia) (Hampson, 1997). Contudo, dentre as diferentes perspectivas teóricas possíveis, o modelo de auto-regulação de Leventhal e colaboradores, tem se revelado útil no estudo das crenças e emoções dos pacientes sobre a diabetes, e as relações entre essas cognições e os comportamentos de autocontrolo.

Na doença crónica, a adesão às actividades de auto-cuidados recomendados, é, frequentemente baixa, embora tenha por objectivo a prevenção de maior deterioração e desconforto (Haynes & cols., 1979, cit. por Hampson & cols., 1990). No que concerne à diabetes, os níveis de adesão aos tratamentos recomendados são, frequentemente, baixos (Ary & cols., 1986; Gross, 1987, cit. por Hampson & cols., 1990). Ainda, a adesão a um

aspecto do tratamento não se encontra correlacionada de modo elevado, com os outros aspectos do tratamento (Glasgow & cols., 1987, cit. por Hampson & cols., 1990).

Na medida em que, a investigação das representações cognitivas de doença permite aceder ao papel dos conceitos do indivíduo na determinação das suas respostas a uma condição clínica, procuraremos conhecer quais as representações cognitivas que os diabéticos têm da sua doença, procurando estabelecer algumas relações entre essas e o desenvolvimento das actividades de auto-cuidados. Pretende-se com esta investigação, em última instância, identificar necessidades específicas nesta população de modo a que seja possível delinear estratégias de intervenção psicológica, no sentido da prevenção de complicações futuras da doença.

Assim, é possível enunciar o problema que vai ser investigado e definir os conceitos em estudo:

**Será que as representações de doença em indivíduos com diabetes *mellitus* não insulino-dependente estão relacionadas com as suas actividades de auto-cuidados?**

Deste modo, é necessário definir os seguintes conceitos-chave:

- 1.1- Representações de doença
- 1.2- Actividades de auto-cuidados
- 1.3- Diabetes *mellitus* não insulino-dependente

Neste estudo entende-se por:

- 1.1- Representações de doença, são as crenças de senso comum implícitas ao indivíduo relativas à sua doença ou ainda, atributos multidimensionais sendo as dimensões definidas quer em termos abstractos (rótulo / classificação da doença), quer em termos concretos (sintomas) (Leventhal & cols., 1980; 1985). É a associação destes dois níveis que confere identidade à doença.

1.2- Actividades de auto-cuidados, referem-se ao conjunto de recomendações específicas, com objectivos determinados para cada indivíduo, que na diabetes incluem comportamentos respeitantes à dieta, ao exercício físico, ao teste da glicose sanguínea e úrica, aos cuidados aos pés, e à medicação.

1.3- Diabetes mellitus não insulino-dependente, é uma doença crónica que se caracteriza por uma concentração excessiva de glicose sanguínea (hiperglicémia) a par com um fenómeno de insulino-resistência dos tecidos do organismo. Tem um forte componente genético (hereditário), associado frequentemente à obesidade e hábitos de vida e de alimentação não saudáveis.

## **6- OBJECTIVOS DO ESTUDO E QUESTÕES A INVESTIGAR**

O presente estudo tem como principal objectivo, investigar se em pacientes diabéticos não insulino-dependentes, as representações da diabetes, estão ou não relacionadas com o desenvolvimento das actividades de auto-cuidados. Assim, definem-se as seguintes questões a investigar:

- 1- Quais são as representações de doença em indivíduos com diabetes *mellitus* não insulino-dependente?**
- 2- Como se caracterizam as actividades de auto-cuidados, nos indivíduos diabéticos não insulino-dependentes, no que se relaciona com a dieta, exercício físico, teste da glicose sanguínea e/ou úrica, cuidados aos pés e medicação?**
- 3- Haverá ou não alguma relação entre as representações de doença em indivíduos diabéticos não insulino-dependentes e o desenvolvimento das actividades de auto-cuidados, nos aspectos de dieta, exercício físico, teste da glicose sanguínea e/ou úrica, cuidados aos pés e medicação?**

## **II - MÉTODO**

## **1 - TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, do tipo correlacional, no qual se pretende investigar se existe relação entre as representações da diabetes e o desenvolvimento de actividades de auto-cuidados. Tem carácter exploratório, uma vez que pretende uma primeira abordagem destas dimensões em diabéticos não insulino-dependentes.

## **2 - PARTICIPANTES**

A amostra foi recolhida em Oeiras (Centro de Saúde de Oeiras).

Os participantes constituem uma amostra de conveniência que inclui 75 indivíduos diabéticos não insulino-dependentes.

Todos os elementos da amostra colaboraram voluntariamente, dando o seu consentimento informado após lhes ter sido explicado o objectivo geral da investigação.

Foram utilizados os seguintes critérios para a selecção da amostra para o estudo:

- Possuir diagnóstico de diabetes tipo 2;
- Ter doença diagnosticada a mais de um ano;
- Não ter complicações graves decorrentes da diabetes.

A recolha da amostra decorreu no período de Julho a Outubro de 2001.

A caracterização da amostra foi efectuada tendo por base uma entrevista estruturada na qual figuravam os seguintes aspectos: idade, género sexual, nível de escolaridade, estado civil e tempo de diagnóstico da doença.

Tabela n.º 1 - Características da Amostra

CARACTERÍSTICAS	FREQUÊNCIAS (PERCENTAGENS)
<b><u>Género Sexual</u></b>	
• Masculino	52%
• Feminino	48%
<b><u>Grupo Etário</u></b>	
• 40-69 Anos	49%
• 70-90 Anos	51%
<b><u>Nível de Escolaridade</u></b>	
• Analfabeto	17%
• Ensino Primário	55%
• Ensino Preparatório	9%
• Ensino Secundário	15%
• Curso Bacharelato	1%
• Curso Superior	3%
<b><u>Estado Civil</u></b>	
• Casado	79%
• Outro	21%
<b><u>Tempo de Diagnóstico</u></b>	
• 1-10 Anos	68%
• 11-20 Anos	23%
• 21-30 Anos	8%
• 31-40 Anos	1%

Relativamente ao género sexual, a amostra desta investigação é uma amostra disponível e podemos verificar que a prevalência de homens no grupo é de 52% e a de mulheres de 48%.

Em relação ao grupo etário, 49% dos diabéticos da amostra têm entre 40 e 69 anos de idade. Na faixa etária entre os 70 e os 90 anos existem 51% de diabéticos.

A escolaridade foi uma variável dividida em seis categorias: analfabeto, ensino primário, ensino preparatório, ensino secundário, curso bacharelato e superior. Verifica-se que os diabéticos da amostra apresentam as seguintes características relativas a esta variável: 17% não sabem ler ou escrever, 55% dos diabéticos tem o primeiro ciclo do ensino básico, 9% dos diabéticos possui o antigo ensino preparatório. Somente 15% dos diabéticos frequentaram o ensino secundário, sendo poucos os diabéticos com curso bacharelato (1%) ou superior (3%).

Em relação ao estado civil, a maioria dos diabéticos são casados (79%), existindo cerca de 21% de diabéticos solteiros, viúvos, separados ou divorciados.

Relativamente ao tempo de diagnóstico da diabetes, a maioria (68%) tem a sua doença diagnosticada à cerca de 1 a 10 anos, 23% à cerca de 11 a 20 anos, 8% à cerca de 21 a 30 anos e 1% à cerca de 31 a 40 anos.

### **3 - DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS**

- Na presente investigação podemos contar com as seguintes **variáveis principais**:

- **Representações de doença:** são as crenças individuais relativas à saúde e à doença que modelam comportamentos específicos com o objectivo de manutenção da saúde e evitamento e controlo da doença.

Com o objectivo de aceder às representações de doença dos diabéticos, foi elaborado um questionário de representações de doença nos diabéticos. Este questionário teve por base as recomendações de Leventhal e Nerenz (1985) no que se refere a medidas de representações de doença.

- **Actividades de auto-cuidados**: referem-se ao conjunto de prescrições específicas, adaptadas às características da doença de cada indivíduo, que na diabetes, incluem comportamentos respeitantes à dieta, ao exercício físico, ao teste da glicose sanguínea e úrica, aos cuidados aos pés, e à medicação.

Esta variável foi operacionalizada mediante a utilização da versão revista do Questionário de Actividades de Auto-cuidados na Diabetes, elaborado por Toobert e colaboradores (2000) e adaptado para a língua portuguesa para esta investigação.

- **Variáveis de Influência**:

- **Género sexual**: os estudos realizados por Shillitoe (1991), Brannon e Feist (1992) e Sarafino (1990), sugerem que as actividades de auto-cuidados, como a dieta e o exercício físico mostram variação entre os sexos.
- **Idade**: os estudos realizados por Keller e colaboradores (1989), revelam que os indivíduos mais idosos acreditam ter maior vulnerabilidade às doenças, e encaram-nas com maior seriedade.
- **Estado civil**: de acordo com os estudos efectuados por Salovey e col. (1989), respeitantes ao controlo diabético, este revelou-se mais elevado em indivíduos do sexo masculino casados do que em solteiros. No caso do sexo feminino, não se verificaram tais diferenças.
- **Escolaridade**: de acordo com Sarafino (1990), uma maior escolaridade implica necessariamente que os indivíduos se encontram mais habilitados para a compreensão

das prescrições de actividades de auto-cuidados e para a aquisição de mais conhecimentos sobre a doença.

- **Tempo de diagnóstico**: de acordo com Shontz (1975, cit. por Sarafino, 1990), indivíduos que tenham um diagnóstico recente, revelam-se mais receptivos às prescrições de actividades de auto-cuidados e ao cumprimento do plano de tratamento, comparativamente aos indivíduos com um diagnóstico mais antigo.

#### 4 - MATERIAL

Para a investigação foi elaborado um questionário de representações de doença nos diabéticos. Este questionário foi elaborado, tendo por base os componentes das representações de doença descritos por Leventhal (Leventhal & Nerenz, 1985). Para avaliar as actividades de auto-cuidados dos indivíduos diabéticos, foi utilizada a versão revista do questionário elaborado por Toobert e colaboradores (2000), adaptada para esta investigação. Passaremos de seguida a descrever os instrumentos acima citados.

#### QUESTIONÁRIO DE REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA NOS DIABÉTICOS

Este questionário foi elaborado tendo por base os componentes das representações de doença descritos por Leventhal (Leventhal & Nerenz, 1985), encontrando-se dividido pelos cinco atributos do modelo de representações de doença, explicitando: identidade, causas, consequências, controlabilidade / cura e duração (evolução). (Vide anexo A).

#### ■ DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO

As primeiras questões têm por objectivo caracterizar a amostra e permitir o estabelecimento da relação, essencial à entrevista clínica e necessária à recolha de dados. A partir destas questões foi possível obter:

- Dados sócio-demográficos (isto é, género sexual, idade, estado civil, nível de escolaridade).
- Dados relativos à Diabetes (isto é, tempo de diagnóstico).

Estas questões permitem aceder às características da amostra e às relações que possam existir entre estas variáveis (género sexual e idade), as representações de doença e o desenvolvimento de actividades de auto-cuidados.

O questionário de representações de doença para diabéticos encontra-se dividido em cinco grupos de itens que têm por objectivo a avaliação dos cinco componentes do modelo de representações de doença. A elaboração do questionário baseou-se, em parte, noutros instrumentos de avaliação das representações de doença igualmente desenvolvidos a partir do modelo de representações de doença de Leventhal: a “Personal Models of Diabetes interview” (P.M.D.I.) desenvolvida por Hampson e colaboradores (1990) e o “Illness Perception Questionnaire” (I.P.Q.) desenvolvido por Weinman e colaboradores (1996). Passaremos em seguida à descrição de cada um dos cinco grupos de itens que compõem o questionário.

- 1) - **Sintomas**: este grupo é constituído por três itens em que é solicitado aos indivíduos que respondam a questões relacionadas com a percepção dos sintomas da diabetes (ou seja, percepção do grau de variação da glicose sanguínea e percepção dos sintomas associados à hiperglicémia e / ou hipoglicémia). De acordo com Hampson (1997), a percepção dos sintomas da diabetes tem um papel importante na identificação inicial da doença e nas decisões de tratamento.
- 2) - **Causas**: este grupo é constituído por quatro itens através dos quais se pretende conhecer a percepção do indivíduo acerca das causas da doença que, de acordo com a Teoria da Atribuição (Lewis & Daltroy, 1990, cit. por Hampson, 1997), tanto podem ser percebidas como causas externas ou como causas internas. Ainda, procura-se conhecer os sentimentos associados à doença.
- 3) - **Evolução**: este grupo é constituído por três itens em que se pretende estudar quais as representações do indivíduo no que respeita à sua percepção da gravidade actual

da doença, expectativas de evolução futura da doença, e percepção das futuras complicações físicas da doença. A decisão de inclusão, neste grupo, de itens relacionados com as consequências da diabetes no que respeita às complicações de saúde, deve-se à constatação nos estudos de Hampson e colaboradores (1990; 1995, cit. por Hampson, 1997), que as crenças relacionadas com a evolução da doença emergiam associadas às crenças relacionadas com as consequências da diabetes no que se refere às complicações de saúde a curto e a longo prazo.

- 4) - **Tratamento**: uma vez que a diabetes é uma doença crónica, o componente tratamento da representação de doença consiste nas crenças e sentimentos associados ao tratamento e controlo da diabetes em alternativa à sua cura (Hampson, 1997). Este grupo é constituído por 17 itens que contemplam o grau de controlo percebido (auto-eficácia), a percepção da utilidade e eficácia do tratamento da diabetes (expectativa de resultados), sentimentos associados, e grau de satisfação com a relação médico-doente. De acordo com Hampson (1997), existem dois tipos de expectativas que devem fazer parte da componente de tratamento das representações da diabetes: auto-eficácia e expectativas de resultados. No tratamento da diabetes, a auto-eficácia refere-se às crenças do indivíduo na sua capacidade em seguir as recomendações do regime como a dieta e o exercício, ou tomar a medicação e realizar adequadamente o teste da glicose sanguínea. As expectativas de resultados são crenças sobre os efeitos futuros desses comportamentos no controlo da diabetes, qualidade de vida ou sentimentos do indivíduo.
- 5) - **Consequências**: este grupo é constituído por quatro itens com os quais se pretende averiguar a percepção dos indivíduos acerca da forma como a doença afectou o seu estilo de vida ao nível das actividades diárias, saúde em geral, independência e família (isto é, crenças sobre a forma como a diabetes é percebida por outros significativos).

É importante salientar que, as características psicométricas do questionário não foram suficientemente estudadas, antes da sua utilização nesta investigação. No entanto, ao realizar o cálculo da consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach) para cada uma das dimensões

do questionário, tendo em conta a totalidade da amostra (75 indivíduos), obtiveram-se os seguintes valores: causas ( $\alpha=0,33$ ), evolução ( $\alpha=0,51$ ), tratamento ( $\alpha=0,58$ ), consequências ( $\alpha=0,65$ ). Para calcular a consistência interna da dimensão sintomas ( $\alpha=0,48$ ), foram considerados 55 indivíduos da amostra.

## QUESTIONÁRIO DE ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADOS

### ■ DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO

Este questionário foi elaborado por Toobert e colaboradores (2000). Permite aceder ao grau de desenvolvimento das actividades de auto-cuidados em indivíduos diabéticos. Esta escala de actividades de auto-cuidados divide-se em cinco grupos de questões, ou seis sub-escalas: dieta; exercício físico; teste do açúcar no sangue e/ou na urina; cuidados aos pés e medicamentos (vide anexo B).

- 1)- **Dieta**: grupo de cinco questões em que se pretende avaliar a percepção que o indivíduo tem do seu grau de adesão ao plano de alimentação recomendado, mais especificamente em relação à ingestão de alimentos ricos em fibra, ingestão de alimentos contendo carboidratos, e restrição da ingestão de gorduras.
- 2)- **Exercício Físico**: grupo de duas questões em que se pretende avaliar a motivação do indivíduo para aderir ao exercício físico.
- 3)- **Teste do Açúcar no Sangue e/ou na Urina**: grupo de quatro questões que pretende avaliar o grau de adesão ao teste da glicose sanguínea e/ou úrica.
- 4)- **Cuidados aos Pés**: grupo de três questões em que se pretende avaliar a motivação dos indivíduos em relação à prevenção de possíveis complicações da diabetes ao nível dos pés.

5)- **Medicamentos**: grupo de três questões em que se pretende avaliar a adesão do indivíduo em relação às prescrições médicas respeitantes à medicação (antidiabéticos orais e/ou insulina).

Tendo em consideração o facto de as características psicométricas da medida (questionário) não terem sido suficientemente estudadas antes da sua aplicação a esta investigação, foi possível obter os seguintes valores de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach), tendo em conta a totalidade da amostra (75 indivíduos) para as seguintes dimensões: dieta ( $\alpha = 0,36$ ), exercício ( $\alpha = 0,42$ ), cuidados aos pés ( $\alpha = 0,72$ ). Para a dimensão teste do açúcar no sangue e/ou na urina ( $\alpha = 0,60$ ) apenas foi possível considerar 46 indivíduos da amostra e, para a dimensão medicamentos não foi possível calcular a consistência interna devido à impossibilidade de considerar um número razoável de indivíduos da amostra.

## **5- TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS**

A recolha de dados foi efectuada no Centro de Saúde de Oeiras após serem realizadas as autorizações necessárias. Foi explicado aos médicos de família e enfermeiras, quais as características que deveriam estar na base da selecção da amostra, nomeadamente o facto de necessitarmos de saber antecipadamente se os indivíduos tinham diagnóstico de diabetes tipo 2 há pelo menos um ano e não sofriam de complicações físicas graves da doença (por exemplo: cegueira, amputações).

Os contactos foram realizados em consultório e consistiam num único momento de avaliação, realizado após uma breve explicação acerca do estatuto do investigador e os objectivos gerais da investigação, sendo garantido total anonimato e confidencialidade.

Em relação ao modo de preenchimento dos questionários, estes foram, na sua maioria, preenchidos pelo investigador, uma vez que foram frequentemente detectados indivíduos com dificuldades de visão, ou com nível reduzido ou mesmo nulo de literacia.

## **6- TRATAMENTO DOS DADOS**

No sentido de realizar uma investigação detalhada dos dados recolhidos com os dois questionários, recorreu-se a diversos tratamentos estatísticos. Para a obtenção dos valores percentuais das respostas a cada questão, recorreu-se à estatística descritiva (frequências). Para a averiguação da possibilidade de existirem relações significativas entre as variáveis das representações da diabetes e as variáveis das actividades de auto-cuidados, recorreu-se à estatística inferencial através do teste U-Mann-Whitney e o teste de Correlação de Spearman. É importante referir que para que fosse possível a averiguação da possibilidade de existirem relações significativas entre as variáveis relativas às representações da diabetes e as variáveis relativas às actividades de auto-cuidados através da estatística inferencial, procedeu-se aos somatórios dos itens de cada uma das dimensões do questionário de actividades de auto-cuidados na diabetes. Para averiguar a existência de diferenças significativas dos diferentes grupos (género sexual: masculino/feminino, grupos de diferentes idades), quer nas variáveis relativas às representações de doença, quer nas variáveis relativas às actividades de auto-cuidados, recorreu-se ao teste U-Mann-Whitney e o teste Qui-quadrado.

### **III - RESULTADOS**

## **1 - REPRESENTAÇÕES DA DIABETES**

### **SINTOMAS**

A auto-regulação do metabolismo da glicose envolve um regime complexo de tratamento que depende da capacidade de decisão do diabético. Assim, um dos factores que influenciam as decisões de tratamento e, por conseguinte, a auto-regulação dos níveis de glicose sanguínea, é a percepção dos sintomas da diabetes.

Em resposta à questão “*Como acha que varia o seu açúcar no sangue?*”, a maioria dos diabéticos deste estudo (73,3%), referiu que o seu nível de glicose sanguínea variava. Destes indivíduos, 14,7% referiram que o seu nível de glicose sanguínea variava muito pouco, variava um pouco (36%), variava bastante (5,3%), ou variava muito (17,3%). Apenas 12% dos indivíduos afirmaram não existirem variações no seu nível de glicose sanguínea, ou afirmaram não saber se esta variava (14,7%).

Dos 73,3% de diabéticos que afirmaram existirem variações no seu nível de glicose sanguínea, a maioria dos indivíduos (48%), referiram apenas ter episódios hiperglicémicos. Apenas 6,7% dos diabéticos referiram ter apenas episódios hipoglicémicos, e 18,6% dos indivíduos referiram ter episódios de hiperglicémia e de hipoglicémia.

Os sintomas mais frequentemente assinalados como estando relacionados com os episódios de hiperglicémia foram: tonturas e/ou desmaios (16%), ansiedade e/ou preocupação (12%), cansaço e/ou fraqueza e sonolência (12%), sede (8%), e urinar com frequência (6,7%). Ainda, foi igualmente assinalada, uma percentagem de 9,3% de outros sintomas não referidos no questionário, tais como suores frios, formigueiros nos pés e mãos, dores de cabeça, câibras e comichão nos pés, e confusão mental. Em menor percentagem, foram assinalados os seguintes sintomas: visão embaçada (1,3%), depressão (1,3%), náuseas (1,3%), irritação e/ou mau-humor (2,7%). É importante referir que, apesar de 49,3% dos diabéticos terem referido percepcionar sintomas concomitantes com os episódios hiperglicémicos, uma percentagem de cerca de metade

dos indivíduos (24%) afirmou não ter percebido quaisquer sintomas decorrentes desses episódios.

De acordo com Gonder-Frederick e Cox (1990), os diabéticos têm dois processos para detectar a variação da glicose sanguínea, o teste da glicose no sangue e/ou na urina e a percepção de sintomas subjectivos relacionados com a hipoglicémia e hiperglicémia. Os resultados desta investigação revelam-nos que uma percentagem de cerca de metade dos diabéticos, teve conhecimento dos episódios hiperglicémicos através do teste da glicose no sangue e/ou na urina, e não através da percepção de sintomas de hiperglicémia.

Os sintomas mais frequentemente assinalados como estando relacionados com os episódios de hipoglicémia foram: cansaço e/ou fraqueza (13,3%), suores frios (12%), tonturas e/ou desmaios (9,3%), tremores (8%), ansiedade e/ou preocupação (6,7%), e fome (6,7%). Em menor percentagem foram percebidos os seguintes sintomas: confusão (5,3%), náuseas e/ou sensação invulgar no estômago (5,3%), dores de cabeça (1,3%), e irritabilidade e/ou mau-humor (1,3%). Foi igualmente percebida uma percentagem de 4% de outros sintomas não referidos no questionário, tais como, calor, sinais visuais e visão enevoada. Apenas 1,3% dos indivíduos referiu não perceber quaisquer sintomas relacionados com episódios hipoglicémicos.

Embora existam poucos estudos que incidam sobre a percepção de sintomas dos diabéticos não insulino-dependentes, Diamond, Massey e Covey (1989, cit. por Hampson, 1997), constataram que os diabéticos do tipo 2, detectavam com maior precisão a hiperglicémia comparativamente à hipoglicémia, supostamente por experienciarem mais os episódios hiperglicémicos. Nesta investigação, a elevada discrepância observada ao nível dos valores percentuais, de diabéticos que não perceberam sintomas durante os episódios hiperglicémicos, comparativamente aos diabéticos que não perceberam sintomas durante os episódios hipoglicémicos, não confirma os resultados obtidos pelos autores. Neste contexto, Gonder-Frederick e Cox (1990), referem que a hipoglicémia manifesta-se por sintomas mais marcantes relativamente à hiperglicémia, o que poderá explicar os resultados obtidos nesta investigação.

## CAUSAS

Na nossa amostra, a maioria dos diabéticos revelou ter conhecimentos sobre as possíveis causas da sua diabetes, e demonstrou considerável variabilidade relativamente o grau de responsabilidade pessoal atribuída pelo surgimento da doença.

Relativamente à questão “*Em que medida pensa que existiu algo que tenha feito que contribuisse para a causa da sua diabetes?*”, foi possível observar que, 50,7% dos diabéticos afirmou não ter feito nada que contribuisse para a sua condição, realizando deste modo, uma atribuição de causalidade externa para a sua doença. No entanto, 28% dos diabéticos afirmou ter feito alguma coisa e 2,7% dos diabéticos afirmou ter feito pouca coisa. Deste modo, cerca de 31% dos diabéticos realizou uma atribuição de causalidade interna para a sua doença. É de salientar que 18,7% dos diabéticos não realizou uma atribuição de causalidade da doença interna ou externa.

No que diz respeito às causas passíveis de estarem na origem da diabetes, as percentagens de opiniões distribuíram-se do seguinte modo: 42,7% dos diabéticos consideraram que a sua doença tinha origem familiar ou hereditária, 38,7% dos diabéticos afirmaram que a sua doença teve como factor causal a dieta ou hábitos alimentares, 21,3% dos diabéticos atribuíram ao *stress* e às preocupações a causa da sua diabetes, e 13,3% dos diabéticos consideraram os problemas familiares ou preocupações. Relativamente às causas consideradas por uma menor percentagem de diabéticos, estas distribuíram-se do seguinte modo: estados emocionais do indivíduo (9,3%), comportamento do indivíduo (8%), álcool (8%), excesso de trabalho (5,3%), idade (5,3%), cuidados médicos insuficientes no passado (2,7%), hábitos tabágicos (2,7%), a personalidade do indivíduo (2,7%), atitude mental do indivíduo (1,3%), e acidente ou lesão (1,3%). Ainda, 22,7% dos diabéticos referiu outras causas não referidas no questionário: excesso de peso, falta de exercício físico, poucos conhecimentos sobre a doença, sedentarismo, menopausa, transfusão sanguínea, gripe, medicamentos, doença hepática, abandono de hábitos tabágicos e consumo de café. Apenas 1,3% dos diabéticos considerou não existirem causas para a diabetes e 5,3% dos diabéticos não soube responder.

De acordo com o modelo médico, os diabéticos parecem ter correctamente adquiridas as causas percebidas da doença, relativamente a factores genéticos como a hereditariedade, assim como aos comportamentos de risco para a saúde e diabetes em particular, relacionados com a dieta ou hábitos alimentares. Factores sociais como o *stress* e o suporte familiar (problemas familiares) foram, igualmente, referidos por uma percentagem significativa de diabéticos. A relação *stress*/diabetes tem sido demonstrada por vários estudos, uma vez que as “hormonas do *stress*” afectam o metabolismo dos carboidratos e os níveis de glicose sanguínea (Henry & cols., 1997). Por outro lado, de acordo com os estudos de Glasgow e colaboradores (2001), as barreiras psicossociais (baixos níveis de suporte familiar e de outros significativos) interferem com o desenvolvimento de actividades de auto-cuidados na diabetes tipo 2.

As reacções emocionais à doença têm um papel importante no modelo de representações de doença de Leventhal (H. Leventhal, 1982; H. Leventhal et al., 1984, cit. por Hampson & cols., 1990). Assim, em resposta à questão “*Como se sente, em geral, por ter diabetes?*”, 42,7% dos diabéticos afirmou sentir-se nem bem nem mal, 41,3% dos diabéticos afirmou sentir-se bem, e 4% dos diabéticos afirmou sentir-se muito bem. Ocorreram, igualmente, manifestações de sentimentos de mal-estar, mas em percentagens muito inferiores: 8% dos diabéticos afirmou sentir-se mal, e 2,7% dos diabéticos afirmou sentir-se muito mal. Apenas 1,3% dos diabéticos não soube responder à questão.

Os sentimentos mais frequentemente associados à diabetes foram para 22,7% dos diabéticos a depressão e/ou tristeza, a preocupação (16%) e o receio (16%). Em menor percentagem, foram referidos a ansiedade (10,7%), o aborrecimento (9,3%), a culpa (2,7%) e a revolta (1,3%). Foram, igualmente, referidos outros sentimentos (4%), como bem-estar, aceitação da doença, e optimismo. No entanto, a maioria dos diabéticos (61,3%), afirmou não associar à sua doença nenhum sentimento (positivo ou negativo) em particular.

No presente estudo, a depressão foi o sentimento mais frequentemente associado à diabetes (22,7% dos diabéticos). Como já foi referido anteriormente, a depressão é três

vezes mais comum entre os diabéticos comparativamente à população em geral (Amato et al., 1996; Gavard, Lustman, & Clouse, 1993; Peyrot & Rubin, 1997, cit. por Hampson & cols., 2000), provavelmente devido ao *stress* psicológico associado à existência de uma doença crónica (Connell, Davis, Gallant, & Sharpe, 1994, cit. por Hampson & cols., 2000). Consequentemente, os diabéticos mais deprimidos têm níveis mais baixos de actividades de auto-cuidados. A depressão tem, igualmente, impacto negativo no controlo glicémico e nas complicações da diabetes (Lustman, Griffith, Gavard, & Clouse, 1992, cit. por Hampson & cols., 2000).

## EVOLUÇÃO

As crenças sobre a evolução da doença são preditores potencialmente importantes para o tratamento da doença crónica (Hampson, 1997).

Em resposta à questão *“Na sua opinião, qual a gravidade da sua diabetes neste momento?”*, a maioria dos diabéticos (61,3%), considerou a sua doença nada grave, 21,3% dos diabéticos consideraram a sua doença moderadamente grave, e 12% dos diabéticos percepcionaram a sua doença como sendo pouco grave. Uma percentagem de 5,3% dos diabéticos não soube responder à questão.

Relativamente à questão *“Espera ficar curado(a), melhorar ou piorar, ou manter-se como está actualmente, ao controlar a sua diabetes, isto é, mantendo o seu nível de glicose sanguínea (açúcar no sangue) dentro do limite aceitável para si?”*, 44% dos diabéticos referiram esperar manter-se na mesma, e 42,7% dos diabéticos referiram expectativas de melhorar no futuro. Apenas 4% dos diabéticos manifestaram expectativas de piorarem da sua doença no futuro. Ainda, 5,3% dos diabéticos revelaram expectativas de que a sua diabetes iria desaparecer, sendo de 4% a percentagem de diabéticos que não soube responder à questão.

Em relação às expectativas de complicações ou problemas de saúde a curto e a longo-prazo associadas à diabetes, as opiniões dos diabéticos caracterizam-se por uma heterogeneidade significativa. A maioria dos diabéticos (74,7%), afirmou serem as

doenças oculares (retinopatia diabética, perda de visão e cegueira), a complicação da diabetes mais preocupante. Contudo, foram igualmente referidas outras complicações da diabetes: doença dos membros inferiores (incluindo amputações), numa percentagem de 28%, neuropatia (lesão dos nervos) e doença cerebral, em igual percentagem (20%), doenças renais (insuficiência renal) e pé diabético, em igual percentagem (17,3%), coma hipoglicémico e infecções, em igual percentagem (16%), hipertensão arterial (14,7%), coma hiperglicémico (13,3%), disfunção sexual (10,7%) e doença coronária (8%). Ainda, foram referidas 4% de outras complicações não referidas no questionário, como doenças nervosas, perturbações de memória e câibras. Apenas 5,3% dos diabéticos não souberam responder à questão.

## **TRATAMENTO**

Em resposta à questão *“Ao longo do último ano, em que medida tem sido fácil para si manter bem controlada a sua diabetes, isto é, manter o seu nível de glicose sanguínea (açúcar no sangue) dentro do limite aceitável para si?”*, 41,3% dos diabéticos consideraram moderadamente fácil, e 38,7% dos diabéticos consideraram muito fácil. Apenas 1,3% dos diabéticos consideraram o controlo da sua doença extremamente fácil. No entanto, 14,7% dos diabéticos foram da opinião que o controlo glicémico é pouco fácil, ou mesmo nada fácil (2,7%). Apenas 1,3% de diabéticos não souberam responder à questão.

Tabela n.º2 - Percepção da utilidade dos vários componentes do tratamento da diabetes

COMPONENTE DO TRATAMENTO	NADA ÚTIL	POUCO ÚTIL	MODERADAMENTE ÚTIL	MUITO ÚTIL	EXTREMAMENTE ÚTIL	NÃO SEI
INSULINA	0%	0%	0%	14,7%	0%	0%
COMPRIMIDOS PARA A DIABETES	0%	0%	12%	60%	1,3%	10,7%
EXERCÍCIO FÍSICO	0%	0%	5,3%	28%	2,7%	5,3%
DIETA	0%	0%	14,7%	74,7%	4%	2,7%
TESTE DO AÇÚCAR NO SANGUE	0%	0%	6,7%	81,3%	4%	4%
TESTE DO AÇÚCAR NA URINA	1,3%	1,3%	8%	49,3%	0%	2,7%

Apesar de 85,3% dos diabéticos desta investigação não utilizarem insulina, em resposta à questão “Qual é a utilidade da insulina no tratamento da sua diabetes?”, 14,7% de diabéticos consideraram-na muito útil.

Em relação à questão “Qual é a utilidade dos comprimidos para a diabetes no tratamento da sua diabetes?”, a maioria dos diabéticos (60%), considerou-os muito úteis. Ainda, 12% dos diabéticos consideraram os comprimidos para a diabetes moderadamente úteis, e 1,3% dos diabéticos considerou-os extremamente úteis. No entanto, 10,7% dos diabéticos não souberam responder à questão. Apenas 16% dos diabéticos referiram não tomar comprimidos para o tratamento da diabetes.

Embora a maioria dos diabéticos (56%) não soubesse responder à questão “Qual a probabilidade de a sua medicação ser prejudicial (por exemplo, efeitos secundários prejudiciais se for tomada ao longo de muitos anos)?”, 20% dos diabéticos consideraram nada provável. No entanto, em igual percentagem (6,7% dos diabéticos) afirmaram ser pouco ou moderadamente provável esse risco. Apenas 5,3% dos diabéticos consideraram muito provável a possibilidade da sua medicação ser prejudicial. É importante referir que 5,3% dos diabéticos deste estudo afirmaram não tomar qualquer medicação para o tratamento da sua diabetes.

Em resposta à questão “*Qual é a utilidade do exercício físico no tratamento da sua diabetes?*”, a maioria dos diabéticos (58,7%) afirmou não incluir o exercício físico no tratamento da sua diabetes. No entanto, 28% dos diabéticos consideraram ser muito útil o exercício físico no tratamento da sua diabetes. Apenas 5,3% dos diabéticos consideraram moderadamente útil, até extremamente útil (2,7% dos diabéticos), a inclusão do exercício físico no tratamento da diabetes. Uma percentagem de 5,3% dos diabéticos não soube responder à questão.

Relativamente à questão “*Qual é a probabilidade de o exercício físico ser prejudicial para si?*”, dentro o grupo de diabéticos que referiu fazer exercício físico, 25,3% dos indivíduos consideraram nada provável. Apenas 6,7% dos diabéticos consideraram pouco provável e 1,3% dos diabéticos, moderadamente provável essa possibilidade. Não souberam responder à questão 8% dos diabéticos.

Em resposta à questão “*Qual é a utilidade de seguir as recomendações de dieta no tratamento da sua diabetes, ou seja, comer mais fibras (por exemplo, frutas e vegetais) mas menos gorduras e doces?*”, a maioria dos diabéticos (74,7%) considerou muito útil, e 14,7% dos diabéticos consideraram moderadamente útil. Apenas 4% dos diabéticos consideraram extremamente útil seguir as recomendações de dieta. No entanto, 4% dos diabéticos referiram não seguir as recomendações de dieta. Não souberam responder à questão 2,7% dos diabéticos.

Relativamente à questão “*Qual é a utilidade da testagem da glicose (açúcar) no sangue no tratamento da sua diabetes?*”, a maioria dos diabéticos (81,3%) considerou muito útil. Apenas 6,7% dos diabéticos consideraram moderadamente útil o desempenho dessa actividade no tratamento da sua diabetes. Ainda, 4% dos diabéticos consideraram a testagem da glicose sanguínea extremamente útil no tratamento da diabetes. Uma percentagem de 4% de diabéticos referiu não realizar o teste da glicose no sangue. Não souberam responder à questão 4% dos diabéticos.

Em relação à questão “Qual é a utilidade da testagem da glicose (açúcar) na urina no tratamento da sua diabetes?”, salienta-se o facto de 37,3% dos diabéticos terem referido não realizar o teste da glicose na urina. No entanto, dentre os diabéticos que referiram realizar o teste da glicose na urina, a maioria (49,3%) considerou muito útil essa actividade. Apenas 8% dos diabéticos consideraram moderadamente útil essa actividade no tratamento da diabetes. Ainda, em igual percentagem (1,3% dos diabéticos), consideraram pouco ou nada útil o teste da glicose na urina. Não souberam responder à questão 2,7% dos diabéticos.

Em resposta à questão “Globalmente, qual é a eficácia do tratamento recomendado pelos seus técnicos de saúde no controle da sua diabetes?”, 60% dos diabéticos considerou-o muito eficaz e 25,3% dos diabéticos considerou-o moderadamente eficaz. Ainda, 6,7% dos diabéticos consideraram o tratamento recomendado de extrema eficácia. Apenas 1,3% dos diabéticos percepcionou como pouco eficaz o seu tratamento. Uma percentagem de 1,3% dos diabéticos referiu não fazer o tratamento recomendado. Não souberam responder à questão 5,3% dos diabéticos.

Tabela n.º3 - Percepção do nível de bem-estar associado aos vários componentes do tratamento da diabetes

COMPONENTE DO TRATAMENTO	MUITO BEM	BEM	NEM BEM NEM MAL	MAL	MUITO MAL
INSULINA	1,3%	12%	1,3%	0%	0%
COMPRIMIDOS PARA A DIABETES	10,7%	56%	17,3%	0%	0%
EXERCÍCIO FÍSICO	9,3%	24%	2,7%	1,3%	0%
DIETA	6,7%	57,3%	28%	4%	0%
TESTE DO AÇÚCAR NO SANGUE	13,3%	66,7%	8%	6,7%	1,3%
TESTE DO AÇÚCAR NA URINA	5,3%	46,7%	5,3%	1,3%	1,3%

Embora 85,3% dos diabéticos tenham referido não utilizar insulina no tratamento da sua doença, à questão *“Como se sente por utilizar insulina?”*, 12% dos diabéticos referiram sentir-se bem. Em igual percentagem (1,3% dos diabéticos) referiram sentir-se muito bem ou nem bem nem mal.

Ainda que 16% dos diabéticos tenham referido não tomar comprimidos para o tratamento da diabetes, em resposta à questão *“Como se sente por tomar comprimidos para a diabetes?”*, 56% dos diabéticos referiram sentir-se bem, 17,3% dos diabéticos referiram sentir-se nem bem nem mal, e 10,7% dos diabéticos referiram sentir-se muito bem.

A maioria dos diabéticos (62,7%) referiu não fazer exercício físico. No entanto, dentre os pacientes que incluíram o exercício físico no tratamento da diabetes, em resposta à questão *“Como se sente por fazer exercício físico?”*, 24% referiram sentir-se bem ao fazer exercício físico e 9,3% referiram sentir-se muito bem. Uma percentagem de 2,7% dos diabéticos referiu sentir-se nem bem nem mal, e apenas 1,3% dos pacientes referiram sentir-se mal.

Relativamente à questão *“Como se sente por seguir a dieta?”*, 57,3% dos diabéticos referiram sentir-se bem, e 28% dos diabéticos referiram sentir-se nem bem nem mal. Apenas 6,7% dos diabéticos referiram sentir-se muito bem em seguir a dieta. No entanto, 4% dos diabéticos referiram sentir-se mal em seguir a dieta. Referiu não seguir a dieta, uma percentagem de 4% dos diabéticos.

Em resposta à questão *“Como se sente por testar o nível da sua glicose (açúcar) no sangue?”*, 66,7% dos diabéticos referiram sentir-se bem e 13,3% dos diabéticos referiram sentir-se muito bem. Apenas 8% dos diabéticos referiram sentir-se nem bem nem mal ao realizar o teste da glicose sanguínea. No entanto, 6,7% dos diabéticos admitiram sentir-se mal, e 1,3% dos diabéticos referiram sentir-se muito mal ao realizar o teste da glicose no sangue. Referiram não testar o nível da glicose no sangue 4% dos diabéticos.

Embora cerca de 40% dos diabéticos tenham referido não testar o nível da glicose na urina, em resposta à questão “*Como se sente por testar o nível da sua glicose (açúcar) na urina?*”, a maioria dos diabéticos que o fazem (46,7%), referiu sentir-se bem. Em igual percentagem (5,3% dos diabéticos) referiram sentir-se muito bem ou nem bem nem mal ao testar o nível da glicose na urina. No entanto, em igual percentagem (1,3% dos diabéticos) referiram sentir-se mal ou muito mal ao realizar o teste da glicose na urina.

Relativamente à questão “*Globalmente, em que medida está satisfeito(a) com os tratamentos médicos que está a receber actualmente para a sua diabetes?*”, a maioria dos diabéticos (58,7%) revelou estar muito satisfeita, e 24% dos diabéticos referiram estar moderadamente satisfeitos. Em menor percentagem (9,3% dos diabéticos) consideraram-se extremamente satisfeitos com os tratamentos médicos para a diabetes. Por outro lado, 2,7% dos diabéticos revelaram encontrar-se pouco satisfeitos com os seus tratamentos médicos para a doença. Não souberam responder à questão 5,3% dos diabéticos.

## CONSEQUÊNCIAS

Em resposta à questão “*Qual é a influencia da sua diabetes nas suas actividades diárias?*”, a maioria dos diabéticos (72%) considerou que a sua doença não teve nenhuma influência. Em igual percentagem de diabéticos (10,7%), consideraram que a sua doença teve pouca influência ou influência moderada nas suas actividades diárias. Apenas 6,7% dos diabéticos consideraram que a sua diabetes teve muita influência nas suas actividades diárias.

Relativamente à questão “*Qual é o impacto causado pela sua diabetes na sua saúde em geral?*”, 64% dos diabéticos referiram não ter sofrido nenhum impacto. No entanto, 17,3% dos diabéticos admitiram que a sua diabetes causou um impacto moderado na sua saúde e 10,7% dos diabéticos consideraram que a sua doença causou pouco impacto. Em menor percentagem de diabéticos (5,3%), consideraram que a sua diabetes teve muito

impacto na sua saúde em geral, e 1,3% dos diabéticos consideraram extremo esse impacto. Não souberam responder à questão 1,3% dos diabéticos.

Em resposta à questão “*Qual é o impacto causado pela sua diabetes na sua independência?*”, a maioria dos diabéticos (70,7%) considerou que a sua diabetes não teve nenhum impacto na sua independência. Em igual percentagem de diabéticos (10,7%) consideraram que a sua doença teve pouco impacto ou impacto moderado na sua independência. Apenas 5,3% dos diabéticos referiam que a sua doença teve muito impacto na sua independência. Não souberam responder à questão 2,7% dos diabéticos.

Relativamente à questão “*Qual é o impacto causado pela sua diabetes na sua família?*”, as opiniões divergiram consideravelmente. De facto, se 37,3% dos diabéticos consideraram que a sua doença não teve nenhum impacto na sua família, 30,7% dos diabéticos consideraram esse impacto moderado e 21,3% dos diabéticos consideraram ter tido muito impacto. Apenas 4% dos diabéticos referiram que a sua diabetes teve pouco impacto na sua família. Não souberam responder à questão, 6,7% dos diabéticos.

Tabela n.º4 - Percepção das consequências da diabetes

	NENHUMA INFLUÊNCIA	POUCA INFLUÊNCIA	INFLUÊNCIA MODERADA	MUITA INFLUÊNCIA	EXTREMA INFLUÊNCIA	NÃO SEI
ACTIVIDADES DIÁRIAS	72%	10,7%	10,7%	6,7%	0%	0%
SAÚDE EM GERAL	64%	10,7%	17,3%	5,3%	1,3%	1,3%
INDEPENDÊNCIA	70,7%	10,7%	10,7%	5,3%	0%	2,7%
FAMÍLIA	37,3%	4%	30,7%	21,3%	0%	6,7%

## **2- ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADOS NA DIABETES**

### **DIETA**

As respostas à questão “*Em quantos dos últimos sete dias seguiu um plano de alimentação saudável?*”, revelaram que a maioria dos diabéticos (66,7%) seguiu um plano de alimentação saudável durante os sete dias da semana. Uma menor percentagem de diabéticos (9,3%) seguiram um plano de alimentação saudável durante seis dias da semana, e 8% de diabéticos fê-lo durante quatro dias. Em igual percentagem (6,7% de diabéticos), seguiram um plano de alimentação saudável durante cinco dias ou em nenhum dia. Apenas 2,7% de diabéticos seguiram um plano de alimentação saudável durante três dias.

As respostas á questão “*Ao longo do mês passado, quantos dias por semana, em média, seguiu o seu plano de alimentação?*”, revelaram que a maioria dos diabéticos (66,7%) fê-lo durante os sete dias da semana. Uma percentagem muito inferior de diabéticos (10,7%), fê-lo durante quatro dias, 8% de diabéticos fê-lo durante seis dias, 6,7% de diabéticos fê-lo durante cinco dias, 5,3% de diabéticos não o fez em nenhum dia. Em igual percentagem de diabéticos (1,3%) seguiram o seu plano de alimentação durante dois e três dias da semana, em média, durante o mês anterior.

Em resposta à questão “*Em quantos dos últimos sete dias comeu cinco ou mais doses de fruta e vegetais?*”, a esmagadora maioria dos diabéticos (88%) referiu fazê-lo todos os dias. Um menor número de dias foi observado nas seguintes percentagens: cinco dias (4% de diabéticos), seis dias (2,7% dos diabéticos), três dias (2,7% dos diabéticos), quatro dias (1,3% dos diabéticos), e nenhum dia (1,3% dos diabéticos).

As respostas à questão “*Em quantos dos últimos sete dias comeu alimentos ricos em gordura tais como manteiga, fritos, gelados, frutos secos, maionese, carnes gordas ou com pele?*”, revelaram que 60% dos diabéticos não consumiu alimentos ricos em gordura em nenhum dos sete dias da semana. No entanto, os restantes diabéticos fizeram-no nas seguintes percentagens: 12% dos diabéticos num dia, 6,7% dos diabéticos

durante dois dias e três dias respectivamente, 5,3% dos diabéticos durante sete dias, 4% dos diabéticos durante quatro dias e 2,7% dos diabéticos durante cinco e seis dias respectivamente.

Relativamente à questão “*Em quantos dos últimos sete dias ingeriu em intervalos regulares os carboidratos tais como arroz, massas, pão, batatas, feijão, grão, ervilhas, favas, lentilhas, soja, ao longo do dia?*”, uma percentagem maioritária de diabéticos (84%) referiu fazê-lo durante os sete dias da semana. Um menor número de dias foi observado nas seguintes percentagens: quatro dias (5,3% dos diabéticos), cinco dias (4% dos diabéticos), seis dias ou nenhum dia (2,7% dos diabéticos), e três dias (1,3% dos diabéticos).

Tabela n.º5 - Características da amostra relativamente à dieta realizada

	NENHUM DIA	UM DIA	DOIS DIAS	TRÊS DIAS	QUATRO DIAS	CINCO DIAS	SEIS DIAS	SETE DIAS
Realização plano alimentação o saudável	6,7%	0%	0%	2,7%	8%	6,7%	9,3%	66,7%
Realização plano alimentação o individual	5,3%	0%	1,3%	1,3%	10,7%	6,7%	8%	66,7%
Ingestão cinco ou mais doses fruta e vegetais	1,3%	0%	0%	2,7%	1,3%	4%	2,7%	88%
Ingestão alimentos ricos em gordura	60%	12%	6,7%	6,7%	4%	2,7%	2,7%	5,3%
Ingestão de carboidratos	2,7%	0%	0%	1,3%	5,3%	4%	2,7%	84%

## EXERCÍCIO

Em resposta à questão “*Em quantos dos últimos sete dias participou em, pelo menos, 30 minutos de actividade física? (Total de minutos de actividade contínua, incluindo marcha)*”, 38,7% dos diabéticos referiram não ter participado em nenhum dia. No entanto, 28% dos diabéticos referiram ter praticado actividade física durante os sete dias. Um menor número de dias foi observado nas seguintes percentagens: dois dias (9,3% dos diabéticos), um dia (8% dos diabéticos), três dias (6,7% dos diabéticos), quatro dias (5,3% dos diabéticos) e cinco dias (4% dos diabéticos).

Relativamente à questão “*Em quantos dos últimos sete dias participou numa sessão específica de exercício como a natação, a ginástica, a marcha, o ciclismo (outra para além do que faz em casa ou como parte do seu trabalho)?*”, 84% dos diabéticos referiram não o ter feito em nenhum dia. Apenas 8% dos diabéticos referiu ter participado em sessões específicas de exercício físico durante os sete dias. Um menor número de dias foi observado nas seguintes percentagens: três e cinco dias (2,7% dos diabéticos), um e dois dias (1,3% dos diabéticos).

Tabela n.º6 - Características da amostra relativamente ao exercício físico realizado

	NENHUM DIA	UM DIA	DOIS DIAS	TRÊS DIAS	QUATRO DIAS	CINCO DIAS	SEIS DIAS	SETE DIAS
Participação em pelo menos 30 minutos de actividade física	38,7%	8%	9,3%	6,7%	5,3%	4%	0%	28%
Participação numa sessão específica de exercício físico	84%	1,3%	1,3%	2,7%	0%	2,7%	0%	8%

### TESTE DO AÇÚCAR NO SANGUE E/OU NA URINA

Em resposta à questão “*Em quantos dos últimos sete dias testou o seu açúcar no sangue?*”, 77,3% dos diabéticos referiram ter testado o seu açúcar no sangue apenas um dia. Somente 10,7% dos diabéticos referiu testar o açúcar no sangue durante os sete dias. Um diferente número de dias foi observado nas seguintes percentagens: dois dias (5,3% dos diabéticos), três dias (1,3% dos diabéticos), e nenhum dia (1,3% dos diabéticos).

Relativamente à questão “*Em quantos dos últimos sete dias testou o seu açúcar no sangue, exactamente como recomendado pelo seu assistente de saúde?*”, observaram-se as seguintes percentagens: 73,3% de diabéticos (um dia), 10,7% de diabéticos (sete dias), 6,7% de diabéticos (nenhum dia), 2,7% de diabéticos (dois dias), 1,3% de diabéticos (três dias).

Em resposta à questão “*Em quantos dos últimos sete dias testou o seu açúcar na urina?*”, 28% dos diabéticos referiram ter testado o seu açúcar na urina durante os sete dias. No entanto, 16% dos diabéticos referiram não ter testado o seu açúcar na urina nenhum dia. Um diferente número de dias foi observado nas seguintes percentagens: um dia (9,3% de diabéticos), três dias (6,7% de diabéticos), dois dias (2,7% de diabéticos), quatro dias (2,7% de diabéticos), cinco dias (1,3% de diabéticos).

Relativamente à questão “*Em quantos dos últimos sete dias testou o seu açúcar na urina, exactamente como recomendado pelo seu assistente de saúde?*”, observaram-se as seguintes percentagens: 28% de diabéticos (sete dias), 17,3% de diabéticos (nenhum dia), 8% de diabéticos (um dia), 6,7% de diabéticos (três dias), 4% de diabéticos (quatro dias), 1,3% de diabéticos (dois dias).

Tabela n.º7 - Características da amostra relativamente à realização do teste do açúcar no sangue e/ou na urina

	NENHUM DIA	UM DIA	DOIS DIAS	TRÊS DIAS	QUATRO DIAS	CINCO DIAS	SEIS DIAS	SETE DIAS
Teste do açúcar no sangue	1,3%	77,3%	5,3%	1,3%	0%	0%	0%	10,7%
Teste do açúcar no sangue exactamente como recomendado	6,7%	73,3%	2,7%	1,3%	0%	0%	0%	10,7%
Teste do açúcar na urina	16%	9,3%	2,7%	6,7%	2,7%	1,3%	0%	28%
Teste do açúcar na urina exactamente como recomendado	17,3%	8%	1,3%	6,7%	4%	0%	0%	28%

### CUIDADOS AOS PÉS

Em resposta à questão “*Em quantos dos últimos sete dias verificou os seus pés?*”, 54,7% dos diabéticos referiram ter verificado os seus pés nos sete dias da semana. No entanto, 22,7% dos diabéticos não verificaram os seus pés nenhum dia. Um diferente número de dias foi observado nas seguintes percentagens: dois dias (5,3% de diabéticos), três dias (5,3% de diabéticos), cinco dias (4% de diabéticos), seis dias (4% de diabéticos), quatro dias (2,7% de diabéticos), um dia (1,3% de diabéticos).

Relativamente à questão “*Em quantos dos últimos sete dias, lavou os seus pés?*”, 74,7% dos diabéticos referiram lavar os pés nos sete dias da semana. Um diferente número de

dias foi observado nas seguintes percentagens: dois dias (5,3% de diabéticos), três dias (5,3% de diabéticos), quatro dias (5,3% de diabéticos), cinco dias (5,3% de diabéticos), seis dias (4% de diabéticos).

Em resposta à questão “*Em quantos dos últimos sete dias, secou os seus pés entre os dedos, depois de lavados?*”, 73,3% dos diabéticos referiram fazê-lo nos sete dias da semana. Um diferente número de dias foi observado nas seguintes percentagens: nenhum dia (5,3% de diabéticos), dois dias (5,3% de diabéticos), cinco dias (5,3% de diabéticos), três dias (4% de diabéticos), seis dias (4% de diabéticos), quatro dias (2,7% de diabéticos).

Tabela n.º8 - Características da amostra relativamente à realização dos cuidados aos pés

	NENHUM DIA	UM DIA	DOIS DIAS	TRÊS DIAS	QUATRO DIAS	CINCO DIAS	SEIS DIAS	SETE DIAS
Verificação dos pés	22,7%	1,3%	5,3%	5,3%	2,7%	4%	4%	54,7%
Lavagem dos pés	0%	0%	5,3%	5,3%	5,3%	5,3%	4%	74,7%
Secagem dos pés entre os dedos depois de lavados	5,3%	0%	5,3%	4%	2,7%	5,3%	4%	73,3%

## MEDICAMENTOS

Relativamente à questão “*Em quantos dos últimos sete dias, tomou a medicação recomendada para a sua diabetes?*”, observou-se que a esmagadora maioria dos diabéticos (92%) referiu tomar a medicação recomendada para a sua diabetes durante os sete dias da semana. Apenas 2,7% dos diabéticos não tomaram a medicação recomendada nenhum dia.

A 85,3% dos diabéticos não foi recomendada insulina. Apenas 14,7% dos diabéticos é insulino-tratado. Em resposta à questão “*Em quantos dos últimos sete dias, tomou as suas injeções de insulina conforme recomendadas?*”, 13,3% dos diabéticos referiram ter tomado insulina durante os sete dias da semana. Apenas 1,3% dos diabéticos referiram ter tomado insulina dois dias.

Relativamente à questão “*Em quantos dos últimos sete dias, tomou o número de comprimidos recomendados para a sua diabetes?*”, a maioria dos diabéticos (82,7%) referiu ter tomado o número de comprimidos recomendados para a sua diabetes durante os sete dias. No entanto, 2,7% dos diabéticos não tomaram o número de comprimidos recomendados nenhum dia e 1,3% dos diabéticos não o fizeram durante cinco dias.

Tabela n.º9 - Características da amostra relativamente aos auto-cuidados realizados com os medicamentos

	NENHUM DIA	UM DIA	DOIS DIAS	TRÊS DIAS	QUATRO DIAS	CINCO DIAS	SEIS DIAS	SETE DIAS
Consumo de medicação recomendada	2,7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	92%
Consumo de injeções de insulina recomendadas	0%	0%	1,3%	0%	0%	0%	0%	13,3%
Consumo do n.º de comprimidos recomendados	2,7%	0%	0%	0%	0%	1,3%	0%	82,7%

### 3- RELACÃO ENTRE AS REPRESENTAÇÕES DA DIABETES E AS ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADOS

#### RELACÃO ENTRE A PERCEÇÃO DOS SINTOMAS DA DIABETES E OS AUTO-CUIDADOS

Tabela n.º10 - Correlação de Spearman - Correlações Significativas

	Como acha que varia o seu açúcar no sangue?	
	<i>r<sub>s</sub></i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: medicamentos (n.º total de dias)	0,38	0,002*

(\*p ≤ 0,05)

Quanto maior é a percepção da variação do nível de glicose sanguínea, maiores são os auto-cuidados dos diabéticos com a medicação para a diabetes. (Existe uma correlação positiva significativa para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º11 - Teste U-Mann-Whitney - Diferenças significativas

	Percepção de sintomas de hiperglicémia: invulgarmente cansado(a)/ fraco(a)/ sonolento(a)		
	<i>mean rank</i>	<i>u</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: exercício (n.º total de dias)	(não) 29,84 (sim) 18,61	122,5	0,05*
Auto-cuidados: cuidados aos pés (n.º total de dias)	(não) 29,73 (sim) 19,17	127,5	0,05*

(\* p ≤ 0,05)

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos que perceberam de modo invulgar o cansaço, fraqueza e/ou sonolência, como sintomas da hiperglicémia e os diabéticos que não perceberam esses sintomas, relativamente aos auto-cuidados aos pés e exercício físico. Concluiu-se que os diabéticos que perceberam de modo

invulgar o cansaço, fraqueza e/ou sonolência, realizaram menos cuidados aos pés e exercício físico (n.º total de dias), comparativamente aos diabéticos que não perceberam esse sintoma. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º12 - Teste U-Mann-Whitney - Diferenças significativas

	Percepção de sintomas de hiperglicémia:		
	tonturas / desmaios		
	<i>mean rank</i>	<i>u</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: exercício (n.º total de dias)	(não) 30,26 (sim) 19,92	161,0	0,04*

(\* $p \leq 0,05$ )

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos que perceberam as tonturas e/ou desmaios como sintomas de hiperglicémia e os diabéticos que não perceberam esses sintomas, relativamente ao exercício físico realizado. Concluiu-se que os diabéticos que perceberam tonturas e/ou desmaios realizaram menos exercício físico (n.º total de dias), comparativamente aos diabéticos que não perceberam esses sintomas. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º13 - Teste U-Mann-Whitney - Diferenças significativas

	Percepção de sintomas de hiperglicémia:		
	ausência de sintomas		
	<i>mean rank</i>	<i>u</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: teste do açúcar no sangue e/ou na urina (n.º total de dias)	(não) 31,05 (sim) 21,72	220,0	0,04*

(\* $p \leq 0,05$ )

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos que referiram não perceber qualquer sintoma em episódios hiperglicémicos e os diabéticos que assinalaram sintomas de hiperglicémia, relativamente à realização do teste do açúcar no sangue e/ou na urina. Concluiu-se que os diabéticos que referiram ausência de sintomas associados a episódios hiperglicémicos, realizaram menos testes do açúcar no sangue e/ou na urina (n.º total de dias), comparativamente aos diabéticos que perceberam sintomas de hiperglicémia. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º14 - Teste U-Mann-Whitney - Diferenças significativas

	Percepção de sintomas de hipoglicémia: trémulo		
	<i>mean rank</i>	<i>u</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: teste do açúcar no sangue e/ou na urina (n.º total de dias)	(não) 25,99 (sim) 44,42	48,5	0,01*

(\*p ≤ 0,05)

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos que perceberam os tremores como sintoma de hipoglicémia e os diabéticos que não perceberam esse sintoma, relativamente aos auto-cuidados com o teste do açúcar no sangue e/ou na urina. Concluiu-se que os diabéticos que se sentiam trémulos tinham mais comportamentos de testagem da glicose no sangue e/ou na urina (n.º total de dias), comparativamente aos diabéticos que não assinalaram esse sintoma. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º15- Teste U-Mann-Whitney - Diferenças significativas

	Percepção de sintomas de hipoglicémia: ansioso(a) / preocupado(a)		
	<i>mean rank</i>	<i>u</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: medicamentos (n.º total de dias)	(não) 27,01 (sim) 37,90	75,5	0,02*

(\*p ≤ 0,05)

Observaram-se diferenças significativas entre diabéticos que se sentiam ansiosos e/ou preocupados em episódios hipoglicémicos e os diabéticos que não perceberam esse sintoma, relativamente aos medicamentos tomados. Concluiu-se que os diabéticos que se sentiam ansiosos e/ou preocupados em episódios hipoglicémicos tinham mais actividades de auto-cuidados ao nível da medicação recomendada (número total de dias), comparativamente aos diabéticos que não perceberam esse sintoma. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º16 - Teste U-Mann-Whitney - Diferenças significativas

	Percepção de sintomas de hipoglicémia: fome		
	<i>mean rank</i>	<i>u</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: exercício (n.º total de dias)	(não) 26,59 (sim) 42,10	54,5	0,04*
Auto-cuidados: teste do açúcar no sangue e/ou na urina (n.º total de dias)	(não) 26,57 (sim) 42,30	53,5	0,03*

(\*p ≤ 0,05)

Observaram-se diferenças significativas entre diabéticos que perceberam a fome como sintoma de hipoglicémia e os diabéticos que não perceberam esse sintoma relativamente à realização do exercício físico e à realização do teste do açúcar no sangue e/ou na urina. Concluiu-se que os diabéticos que sentiam fome em episódios hipoglicémicos, tinham mais comportamentos de auto-cuidados ao nível do exercício físico e do teste do açúcar no sangue e/ou na urina (n.º total de dias), comparativamente aos indivíduos que não perceberam esse sintoma. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º17 - Teste U-Mann-Whitney - Diferenças significativas

	Percepção de sintomas de hipoglicémia: confuso(a)		
	<i>mean rank</i>	<i>u</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: medicamentos (n.º total de dias)	(não) 27,02 (sim) 40,50	52,0	0,01*

(\*p ≤ 0,05)

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos que se sentiam confusos nos episódios hipoglicémicos e os diabéticos que não perceberam esse sintoma, no que respeita aos auto-cuidados com a medicação recomendada. Concluiu-se que os diabéticos que se sentiam confusos em episódios hipoglicémicos tinham mais actividades de auto-cuidados ao nível da medicação recomendada (n.º total de dias),

comparativamente aos diabéticos que não perceberam esse sintoma. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º18 - Teste U-Mann-Whitney - Diferenças significativas

	Percepção de sintomas de hipoglicemia: cansado(a) / fraco(a)		
	<i>mean rank</i>	<i>u</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: teste do açúcar no sangue e/ou na urina (n.º total de dias)	(não) 26,02 (sim) 36,90	136,0	0,05*

(\* $p \leq 0,05$ )

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos que se sentiam cansados e/ou fracos nos episódios hipoglicémicos e os diabéticos que não perceberam esses sintomas, relativamente ao teste do açúcar no sangue e/ou na urina. Concluiu-se que os diabéticos que se sentiam cansados e/ou fracos nos episódios hipoglicémicos, tinham mais comportamentos de teste da glicose no sangue e/ou na urina (n.º total de dias), que os diabéticos que não perceberam esse sintoma. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

### RELACÃO ENTRE A PERCEPCÃO DAS CAUSAS DA DIABETES E OS AUTO-CUIDADOS

Tabela n.º19 - Correlação de Spearman - Correlações significativas

	Em que medida pensa que existiu algo que tenha feito que contribuisse para a causa da sua diabetes?	
	<i>rs</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: teste do açúcar no sangue e/ou na urina (n.º total de dias)	-0,25	0,05*
Auto-cuidados: medicamentos (n.º total de dias)	-0,27	0,04*

(\* $p \leq 0,05$ )

Relativamente à percepção do grau de responsabilidade pessoal no aparecimento da diabetes, observou-se quanto maior foi a responsabilidade individual atribuída pelos diabéticos, menor foi o número total de dias em que estes testaram o açúcar no sangue e/ou na urina e tomaram a medicação recomendada. (Existe uma correlação negativa significativa para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º20 - Correlação de Spearman - Correlações significativas

	Como é que se sente, em geral, por ter diabetes?	
	<i>rs</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: exercício (n.º total de dias)	-0,33	0,004*
Auto-cuidados: teste do açúcar no sangue e/ou na urina (n.º total de dias)	0,30	0,01*
Auto-cuidados: medicamentos (n.º total de dias)	0,24	0,04*

(\* $p \leq 0,05$ )

Relativamente à percepção dos sentimentos gerais associados à diabetes, observou-se que quanto pior se sentem com a doença, menor é o número de dias de exercício físico realizado pelos diabéticos. No entanto, à medida que o mal-estar associado à doença aumenta, aumentam também os comportamentos de teste do açúcar no sangue e/ou na urina (n.º total de dias), e a medicação recomendada tomada (n.º total de dias).

Tabela n.º21 - Teste U-Mann-Whitney - Diferenças significativas

	Sentimento mais frequente associado à diabetes: nenhum		
	<i>mean rank</i>	<i>u</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: exercício (n.º total de dias)	(não) 31,98 (sim) 41,79	492,5	0,05*

(\* $p \leq 0,05$ )

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos que referiram não ter nenhum sentimento em particular como estando associado à sua doença, e os diabéticos que

percepcionaram sentimentos específicos, relativamente ao número total de dias de exercício físico realizado. Concluiu-se que o número total de dias de exercício físico realizado era superior para os diabéticos que referiram não ter nenhum sentimento específico associado à sua doença, comparativamente aos diabéticos que percepcionaram sentimentos específicos (negativos ou positivos). (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

### **RELAÇÃO ENTRE A PERCEPCÃO DA EVOLUÇÃO DA DIABETES E OS AUTO-CUIDADOS**

Tabela n.º 22 - Teste U-Mann-Whitney - Diferenças significativas

	Complicação da diabetes mais preocupante: pé diabético		
	<i>mean rank</i>	<i>u</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: exercício (n.º total de dias)	(não) 35,76 (sim) 48,69	264,0	0,05*
Auto-cuidados: cuidados aos pés (n.º total de dias)	(não) 35,73 (sim) 48,85	262,0	0,03*

(\* $p \leq 0,05$ )

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos que se revelaram preocupados com o eventual aparecimento do pé diabético como futura complicação da diabetes, e os diabéticos que não se revelaram preocupados com a eventual possibilidade de surgimento dessa complicação, relativamente ao número total de dias de exercício físico realizado e de cuidados aos pés. Concluiu-se que os diabéticos que referiram o pé diabético como uma complicação preocupante da diabetes realizaram exercício físico e actividades de auto-cuidados aos pés num número total de dias superior aos diabéticos que não referiram o pé diabético como uma complicação preocupante da diabetes. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º23 - Teste U-Mann-Whitney - Diferenças significativas

	Complicação da diabetes mais preocupante: doença dos membros inferiores (incluindo amputações)		
	<i>mean rank</i>	<i>u</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: cuidados aos pés (n.º total de dias)	(não) 34,81 (sim) 46,21	394,5	0,03*

(\* $p \leq 0,05$ )

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos que demonstraram preocupação com o eventual aparecimento de doença dos membros inferiores (incluindo amputações), como futura complicação da diabetes, e os diabéticos que não se revelaram preocupados com a eventual possibilidade de surgimento dessa complicação, relativamente ao número total de dias de cuidados aos pés realizados. Concluiu-se que os diabéticos que referiram a doença dos membros inferiores (incluindo amputações) como uma complicação preocupante da diabetes, realizaram os auto-cuidados aos pés num número total de dias superior aos diabéticos que não demonstraram preocupação por essa complicação da diabetes. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

### **RELAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DO TRATAMENTO DA DIABETES E OS AUTO-CUIDADOS**

Tabela n.º24 - Correlação de Spearman - Correlações significativas

	Em que medida tem sido fácil para si manter bem controlada a sua diabetes?	
	<i>rs</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: teste do açúcar no sangue e/ou na urina (n.º total de dias)	-0,25	0,03*

(\* $p \leq 0,05$ )

Relativamente à percepção do grau de facilidade no controlo da diabetes, observou-se que quanto maior foi a facilidade atribuída pelos diabéticos no controlo da sua doença,

menor foi o número total de dias em que estes testaram o seu açúcar no sangue e/ou na urina. (Existe uma correlação negativa significativa para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º25 - Correlação de Spearman - Correlações significativas

	Qual a probabilidade de a sua medicação ser prejudicial...?	
	<i>rs</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: medicamentos (n.º total de dias)	-0,39	0,04*

(\* $p \leq 0,05$ )

Relativamente à percepção da probabilidade da medicação para a diabetes ser prejudicial, observou-se que quanto maior foi a probabilidade atribuída pelos diabéticos, de a medicação ser prejudicial, menor foi o número total de dias em que estes tomaram a medicação recomendada. (Existe uma correlação negativa significativa para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º26 - Correlação de Spearman - Correlações significativas

	Como se sente por seguir a dieta?	
	<i>rs</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: dieta (n.º total de dias)	-0,26	0,03*

(\* $p \leq 0,05$ )

Relativamente ao nível de bem-estar associado à dieta, observou-se que quanto menor foi o bem-estar sentido pelos diabéticos, em seguir a dieta, menor foi o número de dias em que fizeram dieta. (Existe uma correlação negativa significativa para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º 27 - Correlação de Spearman - Correlações significativas

	Como se sente por testar o nível da sua glicose (açúcar) no sangue?	
	<i>rs</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: teste do açúcar no sangue e/ou na urina (n.º total de dias)	0,31	0,01*

(\* $p \leq 0,05$ )

Relativamente ao nível de bem-estar associado ao teste do açúcar no sangue, observou-se que quanto menor foi o bem-estar sentido pelos diabéticos, por testar o açúcar no sangue, maior foi o número total de dias em que testaram o nível de glicose sanguínea. (Existe uma correlação positiva significativa para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º28 - Correlação de Spearman - Correlações significativas

	Globalmente, em que medida está satisfeito(a) com os tratamentos médicos que está a receber actualmente para a sua diabetes?	
	<i>rs</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: exercício (n.º total de dias)	0,29	0,01*

(\* $p \leq 0,05$ )

Quanto ao grau de satisfação com os tratamentos médicos actuais para a diabetes, observou-se que quanto mais satisfeitos estavam os diabéticos, maior foi o número total de dias em que fizeram exercício físico. (Existe uma correlação positiva significativa para  $p \leq 0,05$ ).

### RELAÇÃO ENTRE A PERCEPÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DA DIABETES E OS AUTO-CUIDADOS

Tabela n.º29 - Correlação de Spearman - Correlações significativas

	Qual é a influência da sua diabetes nas suas actividades diárias?	
	<i>rs</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: dieta (n.º total de dias)	0,34	0,003*
Auto-cuidados: teste do açúcar no sangue e/ou na urina (n.º total de dias)	0,39	0,001*

(\* $p \leq 0,05$ )

Relativamente ao grau de influência da diabetes nas actividades diárias, observou-se que quanto maior foi a influência sentida pelos diabéticos, nas suas actividades diárias, maior

foi o número total de dias em que fizeram dieta e testaram o açúcar no sangue e/ou na urina. (Existe uma correlação positiva significativa para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º30 - Correlação de Spearman - Correlações significativas

	Qual é o impacto causado pela sua diabetes na sua saúde em geral?	
	<i>rs</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: medicamentos (n.º total de dias)	0,23	0,05*

(\* $p \leq 0,05$ )

Quanto ao grau de impacto da diabetes na saúde em geral, observou-se que quanto maior foi o impacto sentido pelos diabéticos, na sua saúde em geral, maior foi o número total de dias em que tomaram a medicação recomendada. (Existe uma correlação positiva significativa para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º31 - Correlação de Spearman - Correlações significativas

	Qual é o impacto causado pela sua diabetes na sua independência?	
	<i>rs</i>	<i>p</i>
Auto-cuidados: dieta (n.º total de dias)	0,25	0,03*
Auto-cuidados: teste do açúcar no sangue e/ou na urina (n.º total de dias)	0,25	0,04*

(\* $p \leq 0,05$ )

Em relação ao grau de impacto causado pela diabetes na independência dos diabéticos, observou-se que quanto maior foi o impacto sentido pelos diabéticos na sua independência, maior foi o número total de dias em que fizeram dieta e o teste do açúcar no sangue e/ou na urina. (Existe uma correlação positiva significativa para  $p \leq 0,05$ ).

**4- DIFERENÇAS ENTRE SEXO FEMININO E MASCULINO NA REPRESENTAÇÃO DA DIABETES E NAS ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADOS**

**DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS ENTRE SEXO FEMININO E MASCULINO NA PERCEPÇÃO DAS CAUSAS DA DIABETES**

Tabela n.º32 - Teste U-Mann-Whitney - Diferenças significativas

	Sexo Feminino <i>mean rank</i>	Sexo Masculino <i>mean rank</i>	<i>u</i>	<i>p</i>
Em que medida pensa que existiu algo que tenha feito que contribuisse para a causa da sua diabetes?	26,25	35,03	329,0	0,02*

(\*p ≤ 0,05)

Observaram-se diferenças significativa entre os diabéticos do sexo feminino e os diabéticos do sexo masculino, relativamente à percepção do grau de responsabilidade pessoal pelo aparecimento da diabetes. Concluiu-se que os diabéticos do sexo masculino consideravam ter maior responsabilidade pessoal pelo aparecimento da diabetes, comparativamente aos diabéticos do sexo feminino. (Existem diferenças significativas para p ≤ 0,05).

Tabela n.º33 - Teste Qui-quadrado - Diferenças significativas

	Sexo Feminino (percentagem)	Sexo Masculino (percentagem)	$\chi^2$	<i>p</i>
Causas possíveis para a diabetes: dieta ou hábitos alimentares	27,6%	72,4%	7,894	0,01*

(\*p ≤ 0,05)

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos do sexo feminino e os diabéticos do sexo masculino, relativamente à percepção da dieta ou hábitos alimentares como causas possíveis para a diabetes. De acordo com os valores percentuais, os diabéticos do sexo masculino referiram em maior percentagem a dieta ou hábitos alimentares como causas responsáveis pela sua diabetes, comparativamente aos diabéticos do sexo feminino. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º34 - Teste Qui-quadrado - Diferenças significativas

	Sexo Feminino (percentagem)	Sexo Masculino (percentagem)	$\chi^2$	$p$
Causas possíveis para a diabetes: os meus estados emocionais (p.ex. tristeza, solidão, ansiedade)	85,7%	14,3%	4,4	0,05*

(\* $p \leq 0,05$ )

Observaram se diferenças significativas entre os diabéticos do sexo feminino e os diabéticos do sexo masculino, relativamente à percepção dos estados emocionais como causas possíveis para a diabetes. De acordo com os valores percentuais, os diabéticos do sexo feminino referiram em maior percentagem, serem os seus estados emocionais as causas responsáveis pela sua diabetes, comparativamente aos diabéticos do sexo masculino. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º35 - Teste Qui-quadrado - Diferenças significativas

	Sexo Feminino (percentagem)	Sexo Masculino (percentagem)	$\chi^2$	$p$
Causas possíveis para a diabetes: álcool	0%	100%	6,02	0,03*

(\* $p \leq 0,05$ )

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos do sexo feminino e os diabéticos do sexo masculino, relativamente à percepção do álcool como causa possível

para a diabetes: De acordo com os valores percentuais, apenas os diabéticos do sexo masculino referiram o álcool como causa responsável pela sua diabetes. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º36 - Teste Qui-quadrado - Diferenças significativas

	Sexo Feminino (percentagem)	Sexo Masculino (percentagem)	$\chi^2$	$p$
Sentimento mais frequente associado à diabetes: deprimido(a)/triste	94,1%	5,9%	18,731	0,001*

(\* $p \leq 0,05$ )

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos do sexo feminino e os diabéticos do sexo masculino, relativamente à percepção da depressão e/ou tristeza como sendo o sentimento mais frequente associado à diabetes. De acordo com os valores percentuais, os diabéticos do sexo feminino referiram em maior percentagem, ser a depressão e/ou tristeza o sentimento mais frequente associado à diabetes, comparativamente aos diabéticos do sexo masculino. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º37 - Teste Qui-quadrado - Diferenças significativas

	Sexo Feminino (percentagem)	Sexo Masculino (percentagem)	$\chi^2$	$p$
Sentimento mais frequente associado à diabetes: ansioso(a)	87,5%	12,5%	5,598	0,03*

(\* $p \leq 0,05$ )

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos do sexo feminino e os diabéticos do sexo masculino, relativamente à percepção da ansiedade como sendo o sentimento mais frequente associado à diabetes. De acordo com os valores percentuais, os diabéticos do sexo feminino referiram em maior percentagem, ser a ansiedade o

sentimento mais frequente associado à diabetes, comparativamente aos diabéticos do sexo masculino. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º38 - Teste Qui-quadrado - Diferenças significativas

	Sexo Feminino (percentagem)	Sexo Masculino (percentagem)	$\chi^2$	$p$
Sentimento mais frequente associado à diabetes: nenhum	34,8%	65,2%	8,327	0,004*

(\* $p \leq 0,05$ )

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos do sexo feminino e os diabéticos do sexo masculino, ao não percepcionarem qualquer sentimento (positivo ou negativo) mais frequentemente associado à diabetes. De acordo com os valores percentuais, foram os diabéticos do sexo masculino que referiram em maior percentagem, não associar qualquer sentimento à sua doença. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

### DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS ENTRE SEXO FEMININO E MASCULINO NAS ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADOS: TESTE DO AÇÚCAR NO SANGUE

Tabela n.º39 - Teste U-Mann-Whitney - Diferenças significativas

	Sexo Feminino <i>mean rank</i>	Sexo Masculino <i>mean rank</i>	$u$	$p$
Em quantos dos últimos sete dias testou o seu açúcar no sangue?	32,71	40,08	515,0	0,03*

(\* $p \leq 0,05$ )

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos do sexo feminino e os diabéticos do sexo masculino, relativamente ao número de dias da última semana em que testaram a sua glicose sanguínea. Concluiu-se que os diabéticos do sexo masculino

testaram o seu açúcar no sangue num maior número de dias da semana, comparativamente aos diabéticos do sexo feminino. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º40 - Teste U-Mann-Whitney - Diferenças significativas

	Sexo Feminino <i>mean rank</i>	Sexo Masculino <i>mean rank</i>	<i>u</i>	<i>p</i>
Em quantos dos últimos sete dias testou o seu açúcar no sangue, exactamente como recomendado pelo seu assistente de saúde?	31,54	40,33	474,0	0,01*

(\* $p \leq 0,05$ )

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos do sexo feminino e os diabéticos do sexo masculino, relativamente ao número de dias da última semana em que testaram o seu açúcar no sangue, exactamente como recomendado pelo assistente de saúde. Concluiu-se que os diabéticos do sexo masculino testaram o seu açúcar no sangue, exactamente como recomendado, num maior número de dias da semana, comparativamente aos diabéticos do sexo feminino. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

**5 - DIFERENÇAS ENTRE DIABÉTICOS DE DIFERENTES IDADES NA REPRESENTAÇÃO DA DIABETES E NAS ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADOS**

**DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS ENTRE DIFERENTES IDADES NA PERCEPÇÃO DAS CAUSAS DA DIABETES**

Tabela n.º 41 - Teste Qui-quadrado - Diferenças significativas

	40-69 Anos (percentagem)	70-90 Anos (percentagem)	$\chi^2$	<i>p</i>
Causas possíveis para a diabetes: problemas familiares ou preocupações	80%	20%	4,341	0,05*

(\* $p \leq 0,05$ )

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos de diferentes idades, relativamente à percepção dos problemas familiares ou preocupações como causas possíveis para a diabetes. De acordo com os valores percentuais, os diabéticos com idades compreendidas entre os 40 e os 69 anos referiram em maior percentagem os problemas familiares ou preocupações como causas possíveis para a sua diabetes, comparativamente aos diabéticos com idades compreendidas entre os 70 e os 90 anos. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

**DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS ENTRE DIFERENTES IDADES NA PERCEPÇÃO DA EVOLUÇÃO DA DIABETES**

Tabela n.º42 - Teste Qui-quadrado - Diferenças significativas

	40-69 Anos (percentagem)	70-90 Anos (percentagem)	$\chi^2$	<i>p</i>
Complicação da diabetes mais preocupante: doença dos membros inferiores (incluindo amputações)	76%	24%	8,417	0,004*

(\* $p \leq 0,05$ )

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos de diferentes idades, relativamente à preocupação com o surgimento de doença dos membros inferiores (incluindo amputações) como complicação da diabetes. De acordo com os valores percentuais, os diabéticos com idades compreendidas entre os 40 e os 69 anos mostraram-se mais preocupados com o eventual aparecimento de doença dos membros inferiores (incluindo amputações) como complicação da diabetes, comparativamente aos diabéticos com idades compreendidas entre os 70 e os 90 anos. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º43 - Teste Qui-quadrado - Diferenças significativas

	40-69 Anos (percentagem)	70-90 Anos (percentagem)	$\chi^2$	<i>p</i>
Complicação da diabetes mais preocupante: disfunção sexual	88%	12%	5,219	0,03*

(\* $p \leq 0,05$ )

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos de diferentes idades, relativamente à preocupação com o surgimento da disfunção sexual como complicação da diabetes. De acordo com os valores percentuais, os diabéticos com idades

compreendidas entre os 40 e os 69 anos mostraram-se mais preocupados com o eventual surgimento da disfunção sexual como complicação da diabetes, comparativamente aos diabéticos com idades compreendidas entre os 70 e os 90 anos. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

### DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS ENTRE DIFERENTES IDADES NA PERCEPÇÃO DO TRATAMENTO DA DIABETES

Tabela n.º44 - Teste U-Mann-Whitney - Diferenças significativas

	40-69 Anos <i>mean rank</i>	70-90 anos <i>mean rank</i>	<i>u</i>	<i>p</i>
Como se sente por tomar comprimidos para a diabetes?	36,08	28,29	372,5	0,04*

(\* $p \leq 0,05$ )

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos de diferentes idades, relativamente ao nível de bem-estar associado ao tratamento com comprimidos para a diabetes. Concluiu-se que os diabéticos com idades compreendidas entre os 40 e os 69 anos se sentiam pior em tomar os comprimidos para a diabetes, comparativamente aos diabéticos mais idosos. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

Tabela n.º45 - Teste U-Mann-Whitney - Diferenças significativas

	40-69 Anos <i>mean rank</i>	70-90 anos <i>mean rank</i>	<i>u</i>	<i>p</i>
Como se sente por seguir a dieta?	42,33	30,67	438,0	0,007*

(\* $p \leq 0,05$ )

Observaram-se diferenças significativas entre os diabéticos de diferentes idades relativamente ao nível de bem-estar associado ao tratamento com a dieta. Concluiu-se que os diabéticos com idades compreendidas entre os 40 e os 69 anos se sentiam pior em seguir a dieta, comparativamente aos diabéticos com idades compreendidas entre os 70 e os 90 anos. (Existem diferenças significativas para  $p \leq 0,05$ ).

#### **IV - DISCUSSÃO**

O presente estudo tem por objectivo descrever as representações de doença em indivíduos diabéticos não insulino-dependentes e investigar se estão ou não relacionadas com o desenvolvimento das suas actividades de auto-cuidados. Assim, de acordo com os resultados estatísticos obtidos com uma proporção de erro de  $p \leq 0,05$ , podemos concluir que são significativas as relações para as dimensões a seguir apresentadas.

No que concerne à percepção dos sintomas da diabetes e à sua relação com as actividades de auto-cuidados, é possível concluir o seguinte:

Em resposta à questão “*Como acha que varia o seu açúcar no sangue?*”, verifica-se que, quanto maior foi a percepção da variação do nível da glicose sanguínea, maiores foram as actividades de auto-cuidados com os medicamentos recomendados para a diabetes.

É importante sublinhar que os diabéticos deste estudo utilizam os dois processos possíveis para detectar a variação da glicose sanguínea, ou seja, o teste da glicose no sangue e/ou na urina, e/ou a percepção de sintomas subjectivos relacionados com a hipoglicémia e a hiperglicémia. No entanto, independentemente do processo utilizado, observa-se que uma identidade da doença (variação do nível da glicose sanguínea fora dos limites da normoglicémia), representada pelos indivíduos através da percepção dos sintomas da diabetes e/ou informação clínica (resultado do teste da glicose sanguínea e/ou úrica), relaciona-se com estratégias de confronto activas, como o desenvolvimento de actividades de auto-cuidados (tomar a medicação recomendada), que visam objectivos específicos (regulação do nível da glicose sanguínea para atingir a normoglicémia).

Os estudos demonstraram que a maioria dos diabéticos experienciam sintomas de hipoglicémia e hiperglicémia e, muitos diabéticos acreditam conseguir reconhecer esses sintomas (Gonder-Frederick, Cox, Pennebaker & Robbitt, 1986; O’Connell et al., 1984, cit. por Gonder-Frederick & Cox, 1990). Ainda, a percepção de sintomas e a estimativa subjectiva do nível de glicose sanguínea, tem influência significativa no tratamento da diabetes (Gonder-Frederick & Cox, 1990).

Embora os diabéticos deste estudo percepcionem adequadamente os sintomas da hiperglicémia, a análise das relações entre esses sintomas e os níveis de actividades de auto-cuidados não nos permite confirmar a sua influência nas actividades de auto-cuidados desenvolvidas. Ao contrário, a análise das relações entre os sintomas de hipoglicémia e os níveis de actividades de auto-cuidados, permite concluir que a ocorrência desses sintomas coincide com o desenvolvimento de mais actividades de auto-cuidados. Especificando, os diabéticos que referiram sentir-se trémulos, cansados e/ou fracos, testaram o açúcar no sangue e/ou na urina num maior número de dias da semana; os diabéticos que se sentiam confusos, tomaram os medicamentos recomendados num maior número de dias da semana; os diabéticos que sentiam fome, testaram mais vezes o açúcar no sangue e/ou na urina e tiveram um maior nível de actividade física (exercício físico).

Neste contexto, parece-nos pertinente lembrar que, uma vez que os desvios da glicémia são mais sintomáticos em situações de hipoglicémia (Gonder-Frederick & Cox, 1990), a percepção desses sintomas desagradáveis e imediatos poderá estar subjacente ao aumento dos níveis de actividades e auto-cuidados.

Ainda, refira-se que, os diabéticos que afirmaram não percepcionar quaisquer sintomas associados à hiperglicémia, desenvolveram menos actividades de auto-cuidados ao nível do teste do açúcar no sangue e/ou na urina.

Relativamente à percepção das causas da diabetes e a sua relação com as actividades de auto-cuidados, é possível concluir o seguinte:

Em resposta à questão *“Em que medida pensa que existiu algo que tenha feito que contribuísse para a causa da sua diabetes?”*, verifica-se que, quanto maior foi a responsabilidade pessoal atribuída pelos indivíduos como causa original para o aparecimento da diabetes, menor foi o número total de dias em que desenvolveram as actividades de auto-cuidados ao nível da medicação recomendada e o teste do açúcar no sangue e/ou na urina.

No estudo de Hampson e colaboradores (Hampson, 1997), os diabéticos revelaram variabilidade considerável no grau de responsabilidade pessoal atribuído pelo aparecimento da diabetes. Os resultados desse estudo revelaram que as crenças sobre o grau de responsabilidade pessoal como causa original da diabetes, não se relacionavam fortemente com as actividades de auto-cuidados. Nesse sentido, os resultados obtidos neste estudo podem sugerir o baixo nível de influência da responsabilidade pessoal como causa original da diabetes nas actividades de auto-cuidados.

Em resposta à questão “*Como é que se sente, em geral, por ter diabetes?*”, observou-se que os aspectos mais “médicos” do tratamento, como o teste do açúcar no sangue e/ou na urina e a medicação, cumpriram-se em maior extensão (maior número de dias de actividades de auto-cuidados), à medida que diminuía o bem-estar emocional associado à doença. Ao contrário, as recomendações de exercício físico cumpriam-se em menor extensão (menor número de dias de actividades de auto-cuidados), à medida que diminuía o bem-estar emocional associado à doença.

Os estudos parecem indicar que, quando o estado emocional dos indivíduos é menos positivo, estes apresentam menores graus de adesão (Bruhn & Wolf, 1969; Canter, Cluff & Trevor, 1959, cit. por Salovey & Birnbaum, 1989). Neste sentido, os resultados desta investigação contrariam, em parte, essa expectativa, no que respeita ao desenvolvimento de actividades de auto-cuidados como o teste do açúcar no sangue e/ou na urina e a medicação.

Relativamente à relação existente entre os sentimentos mais frequentemente associados à diabetes e o desenvolvimento de actividades de auto-cuidados, observou-se que a expressão de uma neutralidade emocional associada à doença (isto é, a ausência de percepção de qualquer sentimento positivo ou negativo), relacionava-se com um maior número de dias em que os diabéticos realizaram exercício físico. Este resultado parece sugerir que a ausência de sentimentos específicos (particularmente de carácter negativo), favorece os comportamentos de adesão a componentes do tratamento da diabetes associados à adopção de estilos de vida mais saudáveis.

No que concerne à percepção da evolução da diabetes e a sua relação com as actividades de auto-cuidados, é possível observar o seguinte:

A percepção do pé diabético como complicação de saúde resultante da diabetes, relacionou-se com um maior número de dias em que os diabéticos realizaram exercício físico e cuidados aos pés.

Do mesmo modo, a percepção de doença dos membros inferiores (incluindo amputações) como complicação de saúde resultante da diabetes, relacionou-se com um maior número de dias em que os diabéticos desenvolveram actividades de auto-cuidados aos pés.

Os resultados observados nesta dimensão sugerem que os diabéticos ao percepcionarem consequências graves ao nível da sua saúde física, desenvolvem estratégias de confronto (*coping*) adequadas de carácter preventivo.

A relação existente entre as dimensões de tratamento da diabetes e o desenvolvimento de actividades de auto-cuidados, é significativa para as seguintes questões:

Em resposta à questão *“Em que medida tem sido fácil para si manter bem controlada a sua diabetes, isto é, manter o seu nível de glicose sanguínea (açúcar no sangue) dentro do limite aceitável para si?”*, verificou-se que quanto maior foi a facilidade atribuída pelos diabéticos no controlo da sua doença, menor foi o número de dias em que testaram o seu açúcar no sangue e/ou na urina.

De acordo com a *teoria do controle percebido* de Peterson e Stunkard (1989, cit. por Hampson, 1997), as crenças sobre a controlabilidade de uma doença e uma percepção elevada de controlabilidade, estão geralmente associadas com um melhor ajustamento e melhores resultados. Sendo assim, é esperável que os indivíduos que afirmam conseguir controlar a sua diabetes, tenham mais comportamentos nesse sentido. No entanto, os resultados obtidos nesta investigação, sugerem uma interpretação diferente, baseada na variabilidade individual existente para a mesma doença. Ou seja, é esperável que

indivíduos diabéticos que sofram apenas de variações ligeiras nos seus níveis de glicose sanguínea e/ou não tenham sintomas de hiperglicémia e/ou hipoglicémia, tenham uma maior percepção de controlabilidade da doença e, conseqüentemente desenvolvam menos actividades de auto-cuidados, como o teste do açúcar no sangue e/ou urina, cujo objectivo é detectar as variações do nível de glicose no sangue.

Em resposta à questão “*Qual a probabilidade de a sua medicação ser prejudicial (por exemplo, efeitos secundários prejudiciais se for tomada ao longo de muitos anos)?*”, observou-se que, quanto maior foi a probabilidade atribuída de a medicação ser prejudicial, menor foi o número total de dias em que os diabéticos tomaram a medicação recomendada.

Este resultado é confirmado pela recente investigação de Horne (1997), sobre as crenças sobre os medicamentos. De acordo com os resultados desse estudo, os pacientes cujas preocupações se baseavam em crenças sobre os potenciais efeitos secundários a longo-prazo e de dependência dos medicamentos, relataram menores níveis de adesão.

Em resposta à questão “*Como se sente por seguir a dieta?*”, verificou-se que, quanto menor foi o nível de bem-estar associado ao comportamento de dieta, menor foi o número total de dias em que os diabéticos fizeram dieta.

Pelo contrário, em resposta à questão “*Como se sente por testar o nível da sua glicose (açúcar) no sangue?*”, verificou-se que, quanto menor foi o bem-estar sentido pelos diabéticos, por testar o açúcar no sangue, maior foi o número total de dias em que testaram o nível de glicose sanguínea.

Os resultados sugerem que, ao contrário do que sucede com um dos aspectos mais “médicos” do tratamento da diabetes, como é o caso do teste do açúcar no sangue e/ou na urina, as actividades de auto-cuidados associadas a alterações do estilo de vida do diabético, como é o caso da dieta, variam numa relação directa com os estados emocionais do indivíduo.

Em resposta à questão “*Globalmente, em que medida está satisfeito(a) com os tratamentos médicos que está a receber actualmente para a sua diabetes?*”, verificou-se que, quanto maior foi o grau de satisfação, maior foi o número total de dias em que os diabéticos fizeram exercício físico. Este resultado sugere que a implementação de estilos de vida mais saudáveis, como o exercício físico, é facilitada pela percepção de um maior nível de suporte social da parte dos técnicos de saúde.

A relação existente entre as consequências da diabetes e o desenvolvimento de actividades de auto-cuidados, é significativa para as seguintes questões:

Em resposta à questão “*Qual é a influência da sua diabetes nas suas actividades diárias?*”, verificou-se que, à medida que aumentava o grau de influência percebida, aumentavam também o número de dias de actividades de auto-cuidados relacionados com a dieta e o teste do açúcar no sangue e/ou na urina.

De igual forma, a análise das respostas à questão “*Qual é o impacto causado pela sua diabetes na sua independência?*”, revelou uma relação directa entre o grau de impacto sentido pelos diabéticos na sua independência e o número total de dias de actividades de auto-cuidados relacionados com a dieta e o teste do açúcar no sangue e/ou na urina.

No que concerne à questão “*Qual é o impacto causado pela sua diabetes na sua saúde em geral?*”, a análise das respostas revelou uma correlação positiva entre o grau de impacto sentido, pelos diabéticos, na sua saúde em geral e o número total de dias em que tomaram a medicação prescrita.

Estes resultados sugerem que a percepção das consequências da diabetes ao nível do estilo de vida (actividades diárias e independência) e saúde em geral, têm uma relação directa com o desenvolvimento de actividades de auto-cuidados no tratamento da diabetes.

Importa, agora focar as outras questões propostas para esta investigação, que passamos a enumerar:

Questão 1 - *Quais são as representações de doença em indivíduos com diabetes mellitus não insulino-dependente?*

No que concerne à dimensão sintomas (ou identidade), os resultados obtidos neste estudo, confirmam que esta se encontra bem elaborada, segundo o modelo das representações de doença. De facto, os diabéticos demonstraram perceber correctamente os sintomas associados à hiperglicémia e à hipoglicémia. Apesar de uma percentagem significativa de diabéticos referir episódios hiperglicémicos assintomáticos, os principais sintomas de hiperglicémia referidos foram: tonturas e/ou desmaios, ansiedade e/ou preocupação, cansaço e/ou fraqueza e sonolência. Por outro lado, os episódios hipoglicémicos associaram-se mais frequentemente com o cansaço e/ou fraqueza, os suores frios e as tonturas e/ou desmaios.

Na dimensão de causas, sendo esta a percepção dos factores que o indivíduo considera estarem na origem da doença, constatamos que para os diabéticos do nosso estudo, os eleitos foram os factores de risco inerentes ao indivíduo, como a hereditariedade e os factores de risco comportamentais (dieta ou hábitos alimentares) e psicossociais (*stress*, problemas familiares ou preocupações).

Relativamente à dimensão evolução, constatou-se que a maioria dos diabéticos não atribuiu qualquer grau de gravidade à sua doença, formulando expectativas de estabilidade do estado clínico actual, ou melhorar no futuro. No entanto, salienta-se que cerca de 5% dos diabéticos não tem perfeitamente adquirida a representação da diabetes como uma doença crónica, uma vez que formularam a expectativa da sua diabetes vir a desaparecer no futuro (curarem-se da diabetes). Por outro lado, a população estudada reconheceu claramente a possibilidade de desenvolvimento futuro de complicações de saúde a curto e a longo prazo associadas à diabetes, sendo nomeadas em maior percentagem as doenças oculares (retinopatia diabética, perda de visão e cegueira) e as doenças dos membros inferiores (incluindo amputações).

Na dimensão tratamento (ou controlo), foi maioritariamente atribuído um grau de facilidade “moderado” ou “muito fácil” no controlo da diabetes, tendo sido considerados muito úteis os vários componentes do tratamento. Relativamente aos sentimentos associados aos vários componentes do tratamento, a maioria dos diabéticos referiu sentir-se bem. Ainda, a população diabética estudada revelou-se muito satisfeita com os tratamentos médicos recebidos.

Relativamente à dimensão das consequências percebidas como estando associadas à diabetes tipo 2, uma percentagem significativa de diabéticos reconheceu que as suas actividades diárias, independência e saúde em geral sofreram pouco ou nenhum impacto, sendo maior o impacto sofrido na sua família.

Os resultados mostram que os indivíduos possuem representações da diabetes bem definidas, organizadas segundo os componentes sugeridos por estudos anteriores (Lau & col., 1989, Leventhal & cols., 1992): identidade, causas, duração, controlo/cura, e consequências.

Verificaram-se diferenças significativas relativamente à variável sexo na percepção das causas associadas à diabetes. Assim, em resposta à questão “*Em que medida pensa que existiu algo que tenha feito que contribuisse para a causa da sua diabetes?*”, verificou-se que os diabéticos do sexo masculino consideraram ter maior responsabilidade pessoal pelo aparecimento da diabetes, comparativamente aos diabéticos do sexo feminino. Parece-nos que a razão subjacente à diferença observada, reside no facto de os diabéticos do sexo masculino terem atribuído, em maior extensão como causa principal do aparecimento da sua diabetes o seu próprio comportamento (isto é, dieta ou hábitos alimentares e álcool). Ao contrário, os diabéticos do sexo feminino atribuíram, em maior extensão, como causa principal para o aparecimento da sua diabetes factores de ordem psicossocial ou emocional (isto é, os seus estados emocionais - p. ex. tristeza, solidão, ansiedade), possivelmente, percebidos como estando menos sobre o seu controle. A confirmar essa diferença, observou-se que, os diabéticos do sexo feminino perceberam, em maior extensão sentimentos de depressão, tristeza e ansiedade,

comparativamente aos diabéticos do sexo masculino que referiram, de modo significativo, não associar qualquer sentimento à sua doença.

Observaram-se diferenças significativas relativamente à variável idade na percepção das causas associadas à diabetes, evolução da diabetes e tratamento da diabetes. No que concerne às causas originais para o aparecimento da diabetes, os diabéticos da faixa etária mais jovem (com idades entre os 40 e os 69 anos), referiram em maior extensão factores de natureza psicossocial, ou seja, os problemas familiares ou preocupações, provavelmente devido ao papel activo exercido na vida familiar a que são solicitados. Relativamente à evolução da diabetes, foram os diabéticos com idades compreendidas entre os 40 e os 69 anos que se revelaram mais preocupados com as complicações de saúde a longo-prazo, como a doença dos membros inferiores (incluindo amputações) e disfunção sexual, comparativamente aos diabéticos mais idosos. No tratamento da diabetes, ao responderem às questões “*Como se sente por tomar comprimidos para a diabetes?*”, e “*Como se sente por seguir a dieta?*”, é evidente um maior mal-estar da parte dos diabéticos com idades compreendidas entre os 40 e os 69 anos, comparativamente aos mais idosos. Este facto poderá ser explicado pelas implicações da necessidade de mudança de estilos de vida, numa população diabética mais jovem com maiores restrições decorrentes de obrigações profissionais ou de carácter social e familiar.

*Questão 2 - Como se caracterizam as actividades de auto-cuidados, nos indivíduos diabéticos não insulino-dependentes, no que se relaciona com a dieta, exercício físico, teste da glicose sanguínea e/ou úrica, cuidados aos pés e medicação?*

Relativamente a esta questão, através das respostas dadas ao questionário de actividades de auto-cuidados na diabetes, pelos indivíduos do nosso estudo, abordamos o que nos parece pertinente, relativamente a cada uma das áreas focadas.

No que concerne às dimensões de dieta, cuidados aos pés e medicamentos, os resultados dos níveis de auto-cuidados desenvolvidos, indicam que mais de metade dos diabéticos os realizaram num número elevado de dias da semana. Não podemos deixar de relacionar estes dados com o facto de serem recolhidos num serviço de saúde em que existe uma

consulta de diabetes com técnicos de saúde (médicos e enfermeiros) especializados na área da diabetes em que é realizada a educação terapêutica do diabético com ênfase nas diversas áreas do tratamento. A evidência de piores resultados ao nível do exercício físico realizado, sugere uma interpretação diferente, na medida em que alguns dos pacientes diabéticos do nosso estudo sofrem de limitações ao nível da mobilidade. O factor que merece mais preocupação será o teste do açúcar no sangue e/ou na urina, na medida em que este não é realizado regularmente pela maioria dos diabéticos.

Verificaram-se diferenças significativas relativamente à variável sexo, no desenvolvimento de actividades de auto-cuidados na diabetes, ao nível do teste do açúcar no sangue. Concluiu-se que os diabéticos do sexo masculino tinham mais comportamentos de auto-cuidados ao nível do teste da glicose no sangue, comparativamente aos diabéticos do sexo feminino.

Esta investigação permitiu aprofundar o conhecimento sobre as representações de doença e o desenvolvimento das actividades de auto-cuidados na diabetes *mellitus* tipo 2, bem como a relação que estas variáveis mantêm entre si. Sugere ainda a importância de compreender a coerência do sistema de crenças individuais, na medida em que cada indivíduo possui uma história específica ao nível clínico, psicológico, e social.

Deste modo, no contexto da diabetes, em que os comportamentos do indivíduo influenciam não só o surgimento da doença como também a sua evolução, torna-se relevante a identificação dos aspectos psicológicos associados, como é o caso das representações de doença, e a sua relação com os comportamentos.

O conhecimento das representações de doença dos diabéticos permite aceder, não só à sua situação em termos do conhecimento das características da doença em si, como também no que respeita às vivências inerentes aos factores psicológicos nela implicados. Este facto é particularmente relevante ao nível das estratégias de intervenção psicológica por duas razões, pelo menos: a prevenção e tratamento de perturbações psicológicas decorrentes das dificuldades de adaptação à doença, nomeadamente com o diagnóstico e início das complicações e, modificação de representações cognitivas (crenças)

inadequadas do indivíduo na sua relação com a doença que se reflecte, nomeadamente, na adopção de estratégias desadaptadas de confronto com a doença.

Ainda, a explicitação da relação entre as representações de doença nos indivíduos com diabetes tipo 2 e o desenvolvimento das actividades de auto-cuidados, é bastante relevante na área da prevenção da diabetes, uma vez que permite o delineamento de estratégias que visam a modificação de comportamentos e de estilos de vida propícios ao surgimento da doença. No contexto desta investigação, pensamos que os resultados obtidos abrem novas perspectivas relativamente à identificação de grupos específicos para investigação e planeamento de programas de prevenção para diabéticos não insulino-dependentes ou saudáveis.

Contudo, a importância do presente estudo, não se circunscreve apenas à intervenção sobre os indivíduos diabéticos ou em risco de o serem, mas também à intervenção sobre os técnicos de saúde que lidam com esta população. Neste âmbito, é fundamental a informação e a formação dos técnicos de saúde, sobre os aspectos psicológicos envolvidos na manutenção da saúde, prevenção ou tratamento da diabetes. Ainda, o conhecimento pelos técnicos de saúde envolvidos na área da diabetes, do modo como as representações de doença se relacionam com o desenvolvimento das actividades de auto-cuidados, permitirá dotá-los de competências conducentes ao aumento das actividades de auto-cuidados, com o objectivo último de melhor autocontrolo da diabetes tipo 2.

Em conclusão, a nível da investigação, este estudo permite aprofundar o conhecimento sobre possíveis determinantes dos comportamentos relacionados com a saúde e a doença, e deste modo possibilitar a elaboração de programas de prevenção da diabetes e promoção da saúde adaptadas à população portuguesa.

## V - REFERÊNCIAS

American Diabetes Association (A.D.A.) (2000). Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, 23 (supl. 1), S4-S19.

Anderson, J. B., Polonsky, H., Davis, C., & Jacobson, A. (1992). Correlates of hypoglycemia fear in type 1 and type 2 diabetes mellitus. Health Psychology, 11 (3), 199-202.

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

Antón, D. M., & Méndez, F. X. (1999). Líneas actuales de investigación en psicología de la salud. In Simón, M. A. (Ed.), Manual de Psicología de la Salud - Fundamentos, Metodología y Aplicaciones (pp. 217-256). Madrid: Biblioteca Nueva.

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (A.P.D.P.) (2001). Viver com a diabetes. Lisboa: Climepsi.

Baumann, L., Cameron, L. D., Zimmerman, R. S., & Leventhal, H. (1989). Illness representations and matching labels with symptoms. Health Psychology, 8 (4), 449-469.

Baumann, L., & Leventhal, H. (1985). "I can tell when my blood pressure is up, can't I?". Health Psychology, 4, 203-218.

Bishop, G. D. (1991). Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), Mental representations in health and illness (pp. 32-59). New York: Springer Verlag.

Blackwell, B. (1992). Compliance. Psychotherapy Psychosomatic, 58, 161-169.

Bradeley, C. (1988). Stress and diabetes. In S. Fisher, & J. Reason (Eds.), Handbook of life stress, cognition and health (pp. 383-401). London: John Wiley & Sons.

Brannon, L., & Feist, J. (1992). Adhering to medical advice. In L. Brannon & J. Feist (Eds.), Health Psychology: (An Introduction to Behaviour and Health) (pp. 255-274). Pacific Grove: Brooks / Cole Publishing Company.

Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretations. Psychological Bulletin, 109, 25-41.

Cox, D., Gonder-Frederick, L. A., & Pennebaker, J. W. (1989). Mood changes associated with blood glucose. Health Psychology, 8 (1), 65-80.

Cox, D. J., Gonder-Frederick, L., & Saunders, J. T. (1991). Diabetes: Clinical issues and management. In J. J. Sweet, R. H. Rozensky, & S. M. Tavian (Eds.), Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings (pp. 473-495). New York: Plenum Press.

Croyle, R. T. (1992). Appraisal of health threats: Cognition, motivation, and social comparison. Cognitive Therapy and Research, 16, 165-182.

Croyle, R. T., & Barger, S. D. (1993). Illness cognition. In S. Maes, H. Leventhal, & M. Johnston (Eds.), International Review of Health Psychology (pp. 29-47). Chichester: J. Wiley.

Delamater, A. M., Jacobson, A. M., Anderson, B., Cox, D., Fisher, L., Lustman, P., Rubin, R., & Wysocki, T. (2001). Psychosocial therapies in diabetes-report of the psychosocial therapies working group. Diabetes Care, 24, 1286-1292.

Dunbar-Jacob, J., Burke, L. E., & Puczynski, S. (1995). Clinical assessment and management of adherence to medical regimens. In P. M. Nicassio, & T. W. Smith (Eds.), Managing Chronic Illness - A Biopsychosocial Perspective (pp. 313-349). Washington: American Psychological Association.

Echabe, A. E., Guillen, C. S., & Ozamiz, J. A. (1992). Representations of health, illness and medicines: Coping strategies and health - Promoting behaviour. British Journal of Clinical Psychology, 31, 339-349.

Glasgow, R. E., Mc Caul, K. D., & Schafer, L. C. (1987). Self-care and glycemic control in type 1 diabetes. Journal of Chronic Diseases, 40, 399-412.

Glasgow, R. E., Toobert, D. J., Riddle, M., Donnely, J., Mitchell, D. L., & Calder, D. (1989). Diabetes-specific social learning variables and self-care behaviours among persons with type 2 diabetes. Health Psychology, 8 (3), 285-303.

Glasgow, R. E., Toobert, D. J., & Gillette, C. D. (2001). Psychological barriers to diabetes self-management and quality of life. Diabetes Spectrum, 14, 33-41.

Godoy, J. F. (1999). Psicología de la salud: Delimitación conceptual. In M. A. Simón (Ed.), Manual de Psicología de la Salud - Fundamentos, Metodología y Aplicaciones (pp. 39-76). Madrid: Biblioteca Nueva.

Goetsch, V. L., & Wiebe, D. J. (1995). Diabetes mellitus: Considerations of the influence of stress. In A. J. Goreczny (Ed.), Handbook of Health and Rehabilitation Psychology (pp. 513-533). New York: Plenum Press.

Gonder-Frederick, L. A., & Cox, D. J. (1990). Symptom perception and blood glucose feedback in the self-treatment of IDDM. In C. S. Holmes (Ed.), Neuropsychological and Behavioral Aspects of Diabetes (pp. 155-174).

Gonder-Frederick, L. A., & Cox, D. J. (1991). Symptom perception, symptom beliefs, and blood glucose discrimination in the self-treatment of insulin-dependent diabetes. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), Mental Representation in Health and Illness (pp. 220-246). New York: Springer-Verlag.

Grodstein, F., Chen, J., Wilson, R. S., & Manson, J. E. (2001). Type 2 diabetes and cognitive function in community-dwelling elderly women. Diabetes Care, *24*, 1060-1065.

Hampson, S. E. (1997). Illness representations and the self management of diabetes. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), Perceptions of Health & Illness: Current Research & Applications (pp. 323- 347). London: Harwood Academic Publishers.

Hampson, S. E., Glasgow, R. E., & Strycker, L. A. (2000). Beliefs versus feelings: A comparison of personal models and depression for predicting multiple outcomes in diabetes. British Journal of Health Psychology, *5*, 27-40.

Hampson, S. E., Glasgow, R. E., & Toobert, D. J. (1990). Personal models of diabetes and their relations to self-care activities. Health Psychology, *9* (5), 632-646.

Henry, J. L., Wilson, P. H., Bruce, D. G., Chisholm, D. J., & Rawling, P. J. (1997). Cognitive-behavioural stress management for patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. Psychology, Health & Medicine, *2* (2), 109-118.

Holmes, C. (1990). Affective disorders and diabetes mellitus: Neuropsychological and behavioural aspects of diabetes (pp. 238-258). New York: Springer-Verlag.

Horne, R. (1997). Representations of medication and treatment: advances in theory and measurement. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), Perceptions of Health & Illness: Current Research & Applications, (pp. 155-188). London: Harwood Academic Publishers.

Jacobson, A. M. (1996). The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus. The New England Journal of Medicine, 334 (19), 1249-1253.

Keller, M. L., Leventhal, H., Prohaska, T. R., & Leventhal, E. A. (1989). Beliefs about ageing and illness in a community sample. Research in Nursing and Health, 12, 247-255.

Kravitz, R. L., Hays, R. D., Sherbourne, C. D., DiMatteo, M. R., Rogers, W. H., Orducacy, L., Greenfield, S. (1993). Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. Archives of Internal Medicine, 153, 1869-1878.

Lau, R. R., Bernard, T. M., & Hartman, K. A. (1989). Further explorations of common sense representations of common illnesses. Health Psychology, 8, 195-219.

Lau, R. R., Hartman, K. A. (1983). Common sense representations of common illnesses. Health Psychology, 2, 167-185.

Leventhal, E. A., & Crouch, M. (1997). Are there differences in perceptions of illness across the lifespan? In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), Perceptions of Health & Illness: Current Research & Applications (pp. 77-102). London: Harwood Academic Publishers.

Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, P., & Robitaille, C. (1997). Illness representations: Theoretical foundations. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), Perceptions of Health & Illness: Current Research & Applications (pp. 19-44). London: Harwood Academic Publishers.

Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioural theories and the problem of compliance. Patient Education and Counseling, 10 (2), 117-138.

Leventhal, H., & Diefenbach, M. (1991). The active side of illness cognition. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), Mental Representations in Health and Illness (pp. 220-246).

Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. Cognitive Therapy and Research, 16 (2), 143-163.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), Medical Psychology, vol. 2, (pp.7-30). New York: Pergamon.

Leventhal, H., & Nerenz, D. (1985). Assessment of illness cognition. In P. Karoly (Ed.), Measurement Strategies in Health (pp. 517-554). New York: Wiley.

Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), Handbook of Psychology and Health (pp.219-252). Hillsdale, N. J.: Laurence Erlbaum Associates.

McNabb, W. L. (1997). Adherence in diabetes: Can we define it and can we measure it? Diabetes Care, 20 (2), 215-218.

Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook. New York: Plenum.

Meyer, D., Leventhal, H., & Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: The example of hypertension. Health Psychology, 4, 115-135.

Ogden, J. (1999). Psicologia da Saúde. Lisboa: Climepsi.

Orme, C. M., & Binik, Y. M. (1989). Consistency of adherence across regimen demands. Health Psychology, 8 (1), 27-43.

Pennebaker, J. W. (1982). The psychology of physical symptoms. New York: Springer-Verlag.

Ribeiro, J. L. P. (1998). Psicologia e Saúde. Lisboa: I.S.P.A.

Salovey, P., & Birnbaum, D. (1989). Influence of mood on health-relevant cognitions. Journal of Personality and Social Psychology, 57 (3), 539-551.

Santos, S. V. (1998). A família da criança com doença crónica: Abordagem de algumas características. Análise Psicológica, 16 (1), 65-75. Lisboa: I.S.P.A..

Sarafino, E. P. (1990). Living with serious and disabling chronic health problems. In E. P. Sarafino (Ed.), Health Psychology - Biopsychosocial Interactions (pp. 411-446). U.S.A.: J. Willey & Sons.

Seabra, H. (1992). Intervenção psicológica na área da diabetes. Análise Psicológica, 10 (2), 241-244. Lisboa: I.S.P.A..

Seabra, H. (1997). A criança e a sua diabetes. In J. L. P. Ribeiro (Ed.), 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - Actas (pp.55-59). Lisboa: I.S.P.A..

Shillitoe, W. R. (1991). Counselling in health care: Diabetes mellitus. In D. Vilton, & L. Falloufield (Eds.), Counselling and Communication in Health Care, (pp. 71-78). Chichester: John Willey & Sons.

Skinner, T. C., & Hampson, S. E. (2001). Personal models of diabetes in relation to self-care, well-being, and glycemic control: A prospective study in adolescence. Diabetes Care, 24, 828-833.

Skinner, T. C., John, M., & Hampson, S. E. (2000). Social support and personal models of diabetes as predictors of self-care and well-being: A longitudinal study of adolescents with diabetes. Journal of Pediatric Psychology, 25 (4), 257-267.

Talbot, F., Nouwen, A., Gingras, J., Bélanger, A., & Audet, J. (1999). Relations of diabetes intrusiveness and personal control to symptoms of depression among adults with diabetes. Health Psychology, 18 (5), 537-542.

Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. Diabetes Care, 23 (7), 943-950.

Turk, D. & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to self-care regimens - The patients perspective. In J. Sweet & cols. (Eds.), Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings (pp. 249-266). New York: Plenum Press.

Vásquez, M. B., & Méndez, F. X. (1999). Procedimientos conductuales para el control de la diabetes. In M. A. Simón (Ed), Manual de Psicología de la Salud - Fundamentos, Metodología y Aplicaciones (pp. 469-503). Madrid: Biblioteca Nueva.

Weinman, J. A. (no prelo). Health care. In M. Johnston & D. W. Johnston (Eds.), Comprehensive Clinical Psychology, 8. Oxford: Elsevier Science.

Weinman, J. A., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. Psychology and Health, 11, 431-445.

Wertlieb, D., Jacobson, A., & Hauser, S. T. (1990). The child with diabetes: A developmental stress and coping perspective. In P.T. Costa, Jr. & G.R. VandenBos (Eds.), Psychological Aspects of Serious Illness: Chronic Conditions, Fatal Diseases and Clinical Care (pp. 61-101). Washington: American Psychological Association.

## **ANEXOS**

ANEXO A

**QUESTIONÁRIO DE REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA NOS  
DIABÉTICOS**

Estamos a realizar um trabalho cujo objectivo principal é procurar compreender melhor as opiniões das pessoas sobre a Diabetes.

Todas as respostas são anónimas e estritamente confidenciais. Para estas questões não há respostas certas nem erradas, é a sua opinião que é importante.

Por favor, leia com atenção cada uma das questões e responda ou assinale as suas respostas.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

1. Idade     

2. Sexo      F  M

3. Anos de Escolaridade     

4. Estado Civil      Casado(a)       Solteiro(a)       Outro

Há quantos anos é diabético(a)

## **SINTOMAS**

Agora, vamos falar um pouco sobre a sua experiência recente com os sintomas da Diabetes, ou seja, como é que se sentiu fisicamente e emocionalmente ao longo do último ano.

1. Algumas pessoas com Diabetes acham que o seu nível de glicose sanguínea (açúcar no sangue) varia muito, enquanto que, noutras não existe grande variação. Como acha que varia o seu açúcar no sangue?

NADA MANTÉM-SE IGUAL	VARIA MUITO POUCO	VARIA UM POUCO	VARIA BASTANTE	VARIA MUITO	NÃO SEI
----------------------------	-------------------------	----------------------	-------------------	----------------	------------

Se o seu nível de glicose sanguínea se mantém igual, ou seja, não varia, ou se assinalou “Não sei”, não responda às questões **3 e 4** e passe para a questão **5**.

Agora, vamos falar sobre os momentos em que o seu nível de glicose sanguínea (açúcar no sangue) está muito alto ou muito baixo.

2. Na lista de sintomas abaixo, assinale como se sente, fisicamente e emocionalmente, quando o seu nível de glicose sanguínea (açúcar no sangue) está muito alto, ou seja, acima de um limite aceitável para si. Ao responder, assinale com uma cruz à frente de qualquer sintoma que tenha sentido metade do tempo ou mais, desde há um ano até hoje.

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Com náuseas                                    | <input type="checkbox"/> |
| Ansioso(a) / Preocupado(a)                     | <input type="checkbox"/> |
| Com mais sede                                  | <input type="checkbox"/> |
| Invulgarmente cansado(a)/fraco(a)/sonolento(a) | <input type="checkbox"/> |
| Irritável / De mau-humor                       | <input type="checkbox"/> |
| Urinar com frequência                          | <input type="checkbox"/> |
| Com visão enevoada                             | <input type="checkbox"/> |
| Deprimido(a)                                   | <input type="checkbox"/> |
| Com tonturas / desmaios                        | <input type="checkbox"/> |
| Outro(s)                                       | <input type="checkbox"/> |
| (Especificar: _____)                           |                          |
| Não tenho sintomas                             | <input type="checkbox"/> |
| Nunca tenho o nível de açúcar no sangue alto   | <input type="checkbox"/> |

3. Na lista de sintomas abaixo, assinale como se sente, fisicamente e emocionalmente, quando o seu nível de glicose sanguínea (açúcar no sangue) está muito baixo, ou seja, está fora de um limite aceitável para si. Ao responder, assinale com uma cruz à frente de qualquer sintoma que tenha sentido metade do tempo ou mais, desde há um ano até hoje.

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Trémulo(a)                                    | <input type="checkbox"/> |
| Dores de cabeça                               | <input type="checkbox"/> |
| Ansioso(a) / Preocupado(a)                    | <input type="checkbox"/> |
| Suores frios                                  | <input type="checkbox"/> |
| Com fome                                      | <input type="checkbox"/> |
| Confuso(a)                                    | <input type="checkbox"/> |
| Cansado(a) / Fraco(a)                         | <input type="checkbox"/> |
| Tonturas / Desmaios                           | <input type="checkbox"/> |
| Irritável / De mau-humor                      | <input type="checkbox"/> |
| Náuseas / Sensação invulgar no estômago       | <input type="checkbox"/> |
| Outro(s)                                      | <input type="checkbox"/> |
| (Especificar: _____)                          |                          |
| Não tenho sintomas                            | <input type="checkbox"/> |
| Nunca tenho o nível de açúcar no sangue baixo | <input type="checkbox"/> |

## CAUSAS

Vamos começar por falar sobre o que causa a Diabetes.

4. Algumas pessoas acreditam que contribuíram para a causa da sua doença, enquanto que, outras pessoas acreditam que esta doença é devida a outros factores fora do seu controle. Em que medida pensa que existiu algo que tenha feito que contribuisse para a causa da sua Diabetes?

NÃO FIZ NADA	FIZ POUCA COISA	FIZ ALGUMA COISA	FIZ MUITO	FIZ MUITÍSSIMO	NÃO SEI
-----------------	--------------------	---------------------	-----------	-------------------	---------

5. Na lista de causas possíveis para a Diabetes, assinale com uma cruz à frente da causa ou causas que considere serem responsáveis pela sua Diabetes.

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Stress ou Preocupações  | <input type="checkbox"/> |
| Hereditariedade (Familiar)                                      | <input type="checkbox"/> |
| Germe ou Vírus  | <input type="checkbox"/> |
| Dieta ou hábitos alimentares                                    | <input type="checkbox"/> |
| Má sorte  | <input type="checkbox"/> |
| Cuidados médicos insuficientes no passado                       | <input type="checkbox"/> |
| Poluição no ambiente  | <input type="checkbox"/> |
| O meu próprio comportamento                                     | <input type="checkbox"/> |
| A minha atitude mental (p.ex. pessimismo)                       | <input type="checkbox"/> |
| Problemas familiares ou preocupações                            | <input type="checkbox"/> |
| Excesso de trabalho   | <input type="checkbox"/> |
| Os meus estados emocionais (p.ex. tristeza, solidão, ansiedade) | <input type="checkbox"/> |
| Idade   | <input type="checkbox"/> |
| Álcool  | <input type="checkbox"/> |
| Hábitos tabágicos (fumar)                                       | <input type="checkbox"/> |
| Acidente ou lesão   | <input type="checkbox"/> |
| A minha personalidade   | <input type="checkbox"/> |
| Problemas imunitários   | <input type="checkbox"/> |
| Outro(s) (Especificar: _____)                                   | <input type="checkbox"/> |
| Nenhuma   | <input type="checkbox"/> |
| Não sei   | <input type="checkbox"/> |

6. Como é que se sente, em geral, por ter Diabetes?

MUITO BEM	BEM	NEM BEM NEM MAL	MAL	MUITO MAL	NÃO SEI
-----------	-----	--------------------	-----	-----------	---------

7. Quando pensa na sua Diabetes que sentimento ou sentimentos tem com maior frequência? Sente-se:

Deprimido(a) / Triste

Aborrecido(a)

Preocupado(a)

Revoltado(a)

Ansioso(a)

Receoso(a)

Culpado(a)

Outro(s)

(Especificar: \_\_\_\_\_ )

Nenhum

## EVOLUÇÃO

Agora, vamos falar sobre a forma como lida ou controla a sua Diabetes, e sobre o que espera que aconteça.

8. Na sua opinião, qual a gravidade da sua Diabetes neste momento?

NADA GRAVE	POUCO GRAVE	MODERADAMENTE GRAVE	MUITO GRAVE	EXTREMAMENTE GRAVE	NÃO SEI
------------	-------------	---------------------	-------------	--------------------	---------

9. Espera ficar curado(a), melhorar ou piorar, ou manter-se como está actualmente, ao controlar a sua Diabetes, isto é, mantendo o seu nível de glicose sanguínea (açúcar no sangue) dentro do limite aceitável para si?

FICAR PIOR	MANTER-ME NA MESMA	MELHORAR	CURAR-ME (FICAR SEM DIABETES)	NÃO SEI
------------	--------------------	----------	-------------------------------	---------

10. Pensando sobre o futuro, vamos falar sobre os possíveis problemas de saúde ou complicações resultantes da Diabetes. Assinale aquele ou aqueles que lhe causam maior preocupação.

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Coma hipoglicêmico   | <input type="checkbox"/> |
| Coma hiperglicêmico  | <input type="checkbox"/> |
| Doenças oculares (retinopatia diabética, perda de visão, cegueira) | <input type="checkbox"/> |
| Doenças renais (insuficiência renal)                               | <input type="checkbox"/> |
| Neuropatia (lesão dos nervos)                                      | <input type="checkbox"/> |
| Pé diabético   | <input type="checkbox"/> |
| Doença coronária   | <input type="checkbox"/> |
| Doença cerebral  | <input type="checkbox"/> |
| Doença dos membros inferiores (incluindo amputações)               | <input type="checkbox"/> |
| Hipertensão arterial   | <input type="checkbox"/> |
| Disfunção sexual   | <input type="checkbox"/> |
| Infecções  | <input type="checkbox"/> |
| Outro(s)   | <input type="checkbox"/> |
| (Especificar: _____)   |                          |
| Não sei  | <input type="checkbox"/> |

## TRATAMENTO

Seguem-se algumas perguntas sobre a forma como gere ou lida com a sua Diabetes.

11. Ao longo do último ano, em que medida tem sido fácil para si manter bem controlada a sua Diabetes, isto é, manter o seu nível de glicose sanguínea (açúcar no sangue) dentro do limite aceitável para si?

NADA FÁCIL	POUCO FÁCIL	MODERADA-MENTE FÁCIL	MUITO FÁCIL	EXTREMA-MENTE FÁCIL	NÃO SEI
------------	-------------	----------------------	-------------	---------------------	---------

12. Qual é a utilidade da insulina no tratamento da sua Diabetes?

NADA ÚTIL	POUCO ÚTIL	MODERADA-MENTE ÚTIL	MUITO ÚTIL	EXTREMA-MENTE ÚTIL	NÃO SEI	NÃO UTILIZO INSULINA
-----------	------------	---------------------	------------	--------------------	---------	----------------------

13. Qual é a utilidade dos comprimidos para a Diabetes no tratamento da sua Diabetes?

NADA ÚTEIS	POUCO ÚTEIS	MODERADA-MENTE ÚTEIS	MUITO ÚTEIS	EXTREMA-MENTE ÚTEIS	NÃO SEI	NÃO TOMO COMPRIMIDOS PARA A DIABETES
------------	-------------	----------------------	-------------	---------------------	---------	--------------------------------------

14. Qual a probabilidade de a sua medicação ser prejudicial (por exemplo, efeitos secundários prejudiciais se for tomada ao longo de muitos anos)?

NADA PROVÁVEL	POUCO PROVÁVEL	MODERADA- MENTE PROVÁVEL	MUITO PROVÁVEL	EXTREMA- MENTE PROVÁVEL	NÃO SEI	NÃO TOMO MEDICAÇÃO
------------------	-------------------	--------------------------------	-------------------	-------------------------------	---------	-----------------------

15. Qual é a utilidade do exercício físico no tratamento da sua Diabetes?

NADA ÚTIL	POUCO ÚTIL	MODERADA- MENTE ÚTIL	MUITO ÚTIL	EXTREMA- MENTE ÚTIL	NÃO SEI	NÃO FAÇO EXERCÍCIO FÍSICO
--------------	---------------	----------------------------	---------------	---------------------------	---------	---------------------------------

16. Qual é a probabilidade de o exercício físico ser prejudicial para si?

NADA PROVÁVEL	POUCO PROVÁVEL	MODERADA- MENTE PROVÁVEL	MUITO PROVÁVEL	EXTREMA- MENTE PROVÁVEL	NÃO SEI	NÃO FAÇO EXERCÍCIO FÍSICO
------------------	-------------------	--------------------------------	-------------------	-------------------------------	---------	---------------------------------

17. Qual é a utilidade de seguir as recomendações de dieta no tratamento da sua Diabetes, ou seja, comer mais fibras (por exemplo, frutas e vegetais) mas menos gorduras e doces?

NADA ÚTIL	POUCO ÚTIL	MODERADA- MENTE ÚTIL	MUITO ÚTIL	EXTREMA- MENTE ÚTIL	NÃO SEI	NÃO SIGO AS RECOMENDA- ÇÕES DE DIETA
--------------	---------------	----------------------------	---------------	---------------------------	---------	---

18. Qual é a utilidade da testagem da glicose (açúcar) no sangue no tratamento da sua Diabetes?

NADA ÚTIL	POUCO ÚTIL	MODERADAMENTE ÚTIL	MUITO ÚTIL	EXTREMAMENTE ÚTIL	NÃO SEI	NÃO FAÇO TESTAGEM DA GLICOSE NO SANGUE
-----------	------------	--------------------	------------	-------------------	---------	--

19. Qual é a utilidade da testagem da glicose (açúcar) na urina no tratamento da sua Diabetes?

NADA ÚTIL	POUCO ÚTIL	MODERADAMENTE ÚTIL	MUITO ÚTIL	EXTREMAMENTE ÚTIL	NÃO SEI	NÃO FAÇO TESTAGEM DA GLICOSE NA URINA
-----------	------------	--------------------	------------	-------------------	---------	---------------------------------------

20. Globalmente, qual é a eficácia do tratamento recomendado pelos seus técnicos de saúde no controle da sua Diabetes?

NENHUMA EFICÁCIA	POUCA EFICÁCIA	EFICÁCIA MODERADA	MUITA EFICÁCIA	EXTREMA EFICÁCIA	NÃO SEI	NÃO FAÇO O TRATAMENTO RECOMENDADO
------------------	----------------	-------------------	----------------	------------------	---------	-----------------------------------

Falamos sobre o que faz para controlar a sua Diabetes. Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre o que sente por fazer essas várias coisas para controlar a sua Diabetes.

21. Como se sente por utilizar insulina?

MUITO BEM	BEM	NEM BEM NEM MAL	MAL	MUITO MAL	NÃO UTILIZO INSULINA
-----------	-----	--------------------	-----	-----------	-------------------------

22. Como se sente por tomar comprimidos para a Diabetes?

MUITO BEM	BEM	NEM BEM NEM MAL	MAL	MUITO MAL	NÃO TOMO COMPRIMI- DOS
-----------	-----	--------------------	-----	-----------	------------------------------

23. Como se sente por fazer exercício físico?

MUITO BEM	BEM	NEM BEM NEM MAL	MAL	MUITO MAL	NÃO FAÇO EXERCÍCIO FÍSICO
-----------	-----	--------------------	-----	-----------	---------------------------------

24. Como se sente por seguir a dieta?

MUITO BEM	BEM	NEM BEM NEM MAL	MAL	MUITO MAL	NÃO SIGO A DIETA
-----------	-----	--------------------	-----	-----------	---------------------

25. Como se sente por testar o nível da sua glicose (açúcar) no sangue?

MUITO BEM	BEM	NEM BEM NEM MAL	MAL	MUITO MAL	NÃO TESTO O NÍVEL DA GLICOSE NO SANGUE
-----------	-----	--------------------	-----	-----------	---

26. Como se sente por testar o nível da sua glicose (açúcar) na urina?

MUITO BEM	BEM	NEM BEM NEM MAL	MAL	MUITO MAL	NÃO TESTO O NÍVEL DA GLICOSE NA URINA
-----------	-----	--------------------	-----	-----------	--

27. Globalmente, em que medida está satisfeito(a) com os tratamentos médicos que está a receber actualmente para a sua Diabetes?

NADA SATISFEI- TO(A)	POUCO SATISFEI- TO(A)	MODERADA- MENTE SATISFEI- TO(A)	MUITO SATISFEI- TO(A)	EXTREMA- MENTE SATISFEI- TO(A)	NÃO SEI	NÃO EXISTE TRATAMEN- TO ACTUAL
----------------------------	-----------------------------	--	-----------------------------	---	---------	---

## CONSEQUÊNCIAS

Ter Diabetes pode afectar a vida de uma pessoa de muitas formas. Vamos falar do modo como tem afectado a sua vida, ou seja, as suas actividades diárias, a sua saúde em geral, a sua independência, e a sua família.

28. Qual é a influência da sua Diabetes nas suas actividades diárias?

NENHUMA INFLUÊNCIA	POUCA INFLUÊNCIA	INFLUÊNCIA MODERADA	MUITA INFLUÊNCIA	EXTREMA INFLUÊNCIA	NÃO SEI
--------------------	------------------	---------------------	------------------	--------------------	---------

29. Qual é o impacto causado pela sua Diabetes na sua saúde em geral?

NENHUM IMPACTO	POUCO IMPACTO	IMPACTO MODERADO	MUITO IMPACTO	EXTREMO IMPACTO	NÃO SEI	APENAS CONSEQUÊNCIAS POSITIVAS
----------------	---------------	------------------	---------------	-----------------	---------	--------------------------------

30. Qual é o impacto causado pela sua Diabetes na sua independência?

NENHUM IMPACTO	POUCO IMPACTO	IMPACTO MODERADO	MUITO IMPACTO	EXTREMO IMPACTO	NÃO SEI
----------------	---------------	------------------	---------------	-----------------	---------

31. Qual é o impacto causado pela sua Diabetes na sua família?

NENHUM IMPACTO	POUCO IMPACTO	IMPACTO MODERADO	MUITO IMPACTO	EXTREMO IMPACTO	NÃO SEI	APENAS CONSEQUÊNCIAS POSITIVAS
----------------	---------------	------------------	---------------	-----------------	---------	--------------------------------

---

Por favor, verifique se respondeu a todas as questões.

Obrigado pela sua colaboração.

Data de Preenchimento do Questionário \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO B

**QUESTIONÁRIO DE ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADOS  
NA DIABETES****INSTRUÇÕES**

As questões que se seguem referem-se às suas actividades de auto-controlo da diabetes desenvolvidas ao longo dos últimos 7 dias. Se esteve doente durante os últimos 7 dias, pense nos 7 dias anteriores em que não estava doente.

Por favor, responda às questões com a maior honestidade e precisão. As suas respostas são confidenciais.

**DIETA**

Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu um plano de alimentação saudável?

0 1 2 3 4 5 6 7

Ao longo do mês passado, quantos DIAS POR SEMANA, em média, seguiu o seu plano de alimentação?

0 1 2 3 4 5 6 7

Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais doses de fruta e vegetais?

0 1 2 3 4 5 6 7

Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura tais como manteiga, fritos, gelados, frutos secos, maionese, carnes gordas ou com pele?

0 1 2 3 4 5 6 7

Em quantos dos últimos SETE DIAS ingeriu em intervalos regulares os carboidratos tais como arroz, massas, pão, batatas, feijão, grão, ervilhas, favas, lentilhas, soja, ao longo do dia?

0 1 2 3 4 5 6 7

**EXERCÍCIO**

Em quantos dos últimos SETE DIAS participou em, pelo menos, 30 minutos de actividade física? (Total de minutos de actividade contínua, incluindo a marcha)

0 1 2 3 4 5 6 7

Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão específica de exercício como a nataçã, a ginástica, a marcha, o ciclismo (outra para além do que faz em casa ou como parte do seu trabalho)?

0 1 2 3 4 5 6 7

**TESTE DO AÇÚCAR NO SANGUE E/OU NA URINA**

Em quantos dos últimos SETE DIAS testou o seu açúcar no sangue?

0 1 2 3 4 5 6 7

Em quantos dos últimos SETE DIAS testou o seu açúcar no sangue, exactamente como recomendado pelo seu assistente de saúde?

0 1 2 3 4 5 6 7

Em quantos dos últimos SETE DIAS testou o seu açúcar na urina?

0 1 2 3 4 5 6 7

Em quantos dos últimos SETE DIAS testou o seu açúcar na urina, exactamente como recomendado pelo seu assistente de saúde?

0 1 2 3 4 5 6 7

**CUIDADOS AOS PÉS**

Em quantos dos últimos SETE DIAS verificou os seus pés?

0 1 2 3 4 5 6 7

Em quantos dos últimos SETE DIAS, lavou os seus pés?

0 1 2 3 4 5 6 7

Em quantos dos últimos SETE DIAS, secou os seus pés entre os dedos, depois de lavados?

0 1 2 3 4 5 6 7

**MEDICAMENTOS**

Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou a medicação recomendada para a sua Diabetes?

0 1 2 3 4 5 6 7

Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou as suas injeções de insulina conforme recomendadas?

0 1 2 3 4 5 6 7

Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou o número de comprimidos recomendados para a sua Diabetes?

0 1 2 3 4 5 6 7

	sexo	idade	escolar	estcivil	anosdiab	dieta1
1	1,00	2,00	4,00	1,00	1,00	6,00
2	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00
3	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	8,00
4	1,00	1,00	2,00	1,00	3,00	8,00
5	1,00	2,00	4,00	1,00	1,00	1,00
6	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	8,00
7	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	8,00
8	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	8,00
9	1,00	2,00	4,00	1,00	1,00	5,00
10	1,00	2,00	4,00	1,00	2,00	7,00
11	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	8,00
12	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	8,00
13	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	8,00
14	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	8,00
15	1,00	2,00	4,00	1,00	1,00	8,00
16	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00
17	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	7,00
18	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	5,00
19	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	8,00
20	1,00	1,00	3,00	1,00	2,00	7,00
21	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	8,00
22	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	8,00
23	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	6,00
24	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	4,00
25	1,00	2,00	4,00	1,00	1,00	8,00
26	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	8,00
27	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	8,00
28	2,00	2,00	1,00	2,00	3,00	5,00
29	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	8,00
30	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	8,00
31	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	8,00
32	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	8,00
33	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	8,00
34	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	8,00
35	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	5,00
36	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	7,00
37	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	8,00
38	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	8,00
39	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	8,00

	dieta2	dieta3	dieta4	dieta5	exerc1	exerc2
1	6,00	6,00	4,00	5,00	6,00	6,00
2	1,00	8,00	5,00	5,00	5,00	1,00
3	8,00	8,00	1,00	8,00	8,00	8,00
4	7,00	8,00	1,00	8,00	1,00	4,00
5	5,00	8,00	7,00	8,00	8,00	1,00
6	8,00	8,00	1,00	8,00	8,00	1,00
7	8,00	8,00	1,00	8,00	3,00	1,00
8	8,00	8,00	1,00	8,00	8,00	8,00
9	5,00	7,00	5,00	5,00	8,00	1,00
10	8,00	8,00	2,00	8,00	6,00	1,00
11	8,00	8,00	1,00	8,00	6,00	8,00
12	8,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00
13	8,00	8,00	1,00	8,00	8,00	1,00
14	8,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00
15	8,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00
16	1,00	4,00	1,00	4,00	8,00	1,00
17	6,00	8,00	1,00	8,00	8,00	8,00
18	5,00	6,00	4,00	6,00	1,00	1,00
19	8,00	8,00	3,00	8,00	1,00	1,00
20	8,00	8,00	2,00	8,00	5,00	1,00
21	8,00	8,00	1,00	8,00	3,00	1,00
22	8,00	8,00	1,00	8,00	3,00	1,00
23	7,00	8,00	3,00	8,00	8,00	3,00
24	4,00	8,00	4,00	8,00	8,00	1,00
25	8,00	8,00	2,00	8,00	4,00	1,00
26	8,00	8,00	8,00	8,00	2,00	1,00
27	8,00	8,00	1,00	8,00	3,00	1,00
28	5,00	8,00	4,00	6,00	1,00	1,00
29	8,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00
30	8,00	8,00	1,00	8,00	2,00	1,00
31	8,00	8,00	7,00	8,00	1,00	1,00
32	8,00	8,00	3,00	8,00	1,00	1,00
33	8,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00
34	8,00	8,00	8,00	8,00	2,00	1,00
35	6,00	8,00	3,00	7,00	1,00	8,00
36	7,00	8,00	2,00	8,00	8,00	1,00
37	8,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00
38	8,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00
39	8,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00

	teste1	teste2	teste3	teste4	cdpés1	cdpés2
1	2,00	2,00	.	.	8,00	8,00
2	2,00	2,00	.	.	1,00	4,00
3	3,00	3,00	8,00	8,00	8,00	8,00
4	8,00	8,00	2,00	2,00	8,00	8,00
5	4,00	4,00	.	.	8,00	8,00
6	2,00	2,00	1,00	1,00	5,00	5,00
7	2,00	2,00	.	.	8,00	8,00
8	2,00	2,00	8,00	8,00	8,00	8,00
9	2,00	2,00	2,00	1,00	8,00	8,00
10	2,00	2,00	8,00	8,00	6,00	6,00
11	2,00	2,00	1,00	1,00	8,00	8,00
12	2,00	2,00	8,00	8,00	8,00	8,00
13	2,00	2,00	4,00	4,00	6,00	6,00
14	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	8,00
15	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	8,00
16	8,00	8,00	3,00	.	8,00	8,00
17	2,00	2,00	5,00	5,00	1,00	8,00
18	.	.	.	.	1,00	4,00
19	.	.	1,00	1,00	8,00	8,00
20	2,00	2,00	.	.	7,00	7,00
21	2,00	2,00	1,00	1,00	4,00	8,00
22	8,00	8,00	.	.	3,00	3,00
23	2,00	2,00	.	.	8,00	8,00
24	2,00	2,00	.	.	1,00	4,00
25	2,00	2,00	8,00	8,00	1,00	8,00
26	2,00	2,00	.	.	8,00	8,00
27	2,00	2,00	8,00	8,00	5,00	5,00
28	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	6,00
29	2,00	2,00	8,00	8,00	8,00	8,00
30	8,00	8,00	.	.	4,00	4,00
31	2,00	1,00	8,00	8,00	8,00	8,00
32	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	5,00
33	2,00	2,00	8,00	8,00	8,00	8,00
34	2,00	2,00	.	.	7,00	7,00
35	2,00	2,00	2,00	2,00	8,00	8,00
36	2,00	2,00	.	.	8,00	8,00
37	2,00	2,00	.	.	3,00	3,00
38	.	.	2,00	2,00	1,00	8,00
39	2,00	2,00	8,00	8,00	1,00	8,00

	cdpés3	medic1	medic2	medic3	sintom1	causas1
1	8,00	.	.	.	2,00	3,00
2	1,00	8,00	.	8,00	3,00	3,00
3	8,00	8,00	8,00	.	6,00	3,00
4	8,00	8,00	.	8,00	3,00	1,00
5	8,00	8,00	.	8,00	3,00	3,00
6	5,00	8,00	.	8,00	3,00	1,00
7	8,00	.	.	.	1,00	1,00
8	8,00	8,00	.	8,00	1,00	3,00
9	8,00	8,00	.	8,00	2,00	3,00
10	6,00	8,00	.	8,00	3,00	1,00
11	8,00	8,00	.	8,00	5,00	3,00
12	8,00	8,00	.	8,00	6,00	1,00
13	6,00	8,00	.	8,00	2,00	6,00
14	8,00	8,00	.	8,00	5,00	1,00
15	8,00	8,00	.	8,00	6,00	3,00
16	8,00	8,00	8,00	8,00	2,00	6,00
17	8,00	8,00	.	8,00	6,00	6,00
18	4,00	8,00	.	8,00	6,00	6,00
19	8,00	8,00	.	8,00	6,00	1,00
20	7,00	8,00	.	8,00	3,00	3,00
21	8,00	8,00	.	8,00	3,00	6,00
22	3,00	8,00	.	8,00	3,00	1,00
23	8,00	8,00	.	8,00	3,00	3,00
24	4,00	1,00	.	1,00	3,00	3,00
25	8,00	8,00	.	8,00	3,00	1,00
26	8,00	8,00	.	8,00	2,00	3,00
27	8,00	8,00	.	8,00	1,00	2,00
28	6,00	8,00	.	8,00	5,00	1,00
29	8,00	8,00	.	8,00	4,00	1,00
30	4,00	8,00	8,00	.	5,00	1,00
31	8,00	8,00	.	8,00	2,00	6,00
32	1,00	8,00	.	8,00	3,00	6,00
33	8,00	8,00	.	8,00	2,00	6,00
34	7,00	8,00	.	8,00	2,00	3,00
35	8,00	8,00	.	8,00	3,00	1,00
36	8,00	8,00	.	8,00	2,00	1,00
37	3,00	8,00	.	8,00	3,00	1,00
38	1,00	1,00	.	1,00	3,00	6,00
39	8,00	8,00	8,00	8,00	5,00	6,00

	causas3	evoluç1	evoluç2	tratam1	tratam2	tratam3
1	1,00	1,00	2,00	4,00	7,00	7,00
2	3,00	3,00	3,00	4,00	7,00	4,00
3	6,00	1,00	2,00	5,00	4,00	7,00
4	3,00	3,00	1,00	1,00	7,00	3,00
5	2,00	1,00	3,00	3,00	7,00	6,00
6	2,00	1,00	1,00	4,00	7,00	4,00
7	2,00	1,00	5,00	4,00	7,00	7,00
8	3,00	1,00	3,00	4,00	7,00	4,00
9	2,00	1,00	2,00	4,00	7,00	4,00
10	2,00	1,00	2,00	4,00	7,00	4,00
11	2,00	1,00	3,00	2,00	7,00	4,00
12	3,00	3,00	3,00	3,00	7,00	4,00
13	2,00	2,00	2,00	3,00	7,00	4,00
14	2,00	3,00	2,00	4,00	7,00	4,00
15	3,00	1,00	2,00	4,00	7,00	4,00
16	3,00	1,00	2,00	4,00	4,00	6,00
17	3,00	1,00	3,00	3,00	7,00	4,00
18	3,00	1,00	2,00	6,00	7,00	6,00
19	2,00	1,00	3,00	4,00	7,00	3,00
20	3,00	1,00	3,00	4,00	7,00	4,00
21	3,00	2,00	2,00	3,00	7,00	4,00
22	2,00	1,00	3,00	2,00	7,00	4,00
23	2,00	1,00	3,00	3,00	7,00	4,00
24	2,00	2,00	3,00	3,00	7,00	7,00
25	3,00	1,00	2,00	3,00	7,00	4,00
26	2,00	1,00	3,00	4,00	7,00	4,00
27	3,00	1,00	2,00	3,00	7,00	4,00
28	4,00	2,00	2,00	3,00	7,00	4,00
29	2,00	1,00	2,00	3,00	7,00	4,00
30	5,00	3,00	2,00	3,00	4,00	7,00
31	4,00	1,00	4,00	3,00	7,00	3,00
32	3,00	1,00	3,00	3,00	7,00	5,00
33	4,00	2,00	3,00	1,00	7,00	3,00
34	2,00	1,00	3,00	4,00	7,00	4,00
35	3,00	3,00	3,00	4,00	7,00	4,00
36	1,00	6,00	2,00	3,00	7,00	3,00
37	2,00	1,00	5,00	3,00	7,00	4,00
38	2,00	1,00	3,00	4,00	7,00	7,00
39	3,00	3,00	2,00	3,00	4,00	4,00

	tratam4	tratam5	tratam6	tratam7	tratam9	tratam10
1	6,00	4,00	1,00	4,00	4,00	7,00
2	4,00	4,00	1,00	7,00	4,00	7,00
3	1,00	3,00	1,00	4,00	4,00	4,00
4	2,00	7,00	7,00	4,00	5,00	3,00
5	1,00	7,00	7,00	4,00	4,00	7,00
6	2,00	4,00	1,00	4,00	4,00	7,00
7	7,00	7,00	7,00	5,00	3,00	7,00
8	3,00	4,00	1,00	4,00	4,00	4,00
9	6,00	3,00	6,00	4,00	4,00	4,00
10	1,00	4,00	1,00	5,00	4,00	4,00
11	1,00	4,00	1,00	3,00	4,00	7,00
12	4,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00
13	3,00	5,00	1,00	4,00	5,00	3,00
14	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00
15	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	2,00
16	6,00	7,00	7,00	7,00	3,00	4,00
17	1,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00
18	6,00	7,00	7,00	4,00	7,00	7,00
19	6,00	6,00	6,00	5,00	7,00	4,00
20	1,00	4,00	1,00	4,00	4,00	7,00
21	1,00	4,00	1,00	4,00	4,00	4,00
22	1,00	7,00	7,00	4,00	4,00	7,00
23	6,00	4,00	1,00	3,00	4,00	7,00
24	7,00	3,00	2,00	3,00	4,00	7,00
25	1,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00
26	2,00	7,00	7,00	4,00	4,00	7,00
27	6,00	7,00	7,00	4,00	6,00	6,00
28	6,00	7,00	7,00	7,00	4,00	7,00
29	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00
30	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	7,00
31	6,00	7,00	7,00	3,00	3,00	3,00
32	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00
33	3,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00
34	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	7,00
35	6,00	4,00	6,00	4,00	4,00	4,00
36	2,00	3,00	1,00	3,00	3,00	7,00
37	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	7,00
38	4,00	7,00	7,00	3,00	7,00	3,00
39	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00

	tratam11	tratam14	tratam15	tratam16	tratam17	tratam18
1	5,00	6,00	6,00	1,00	1,00	1,00
2	4,00	6,00	1,00	1,00	6,00	1,00
3	4,00	2,00	6,00	3,00	2,00	3,00
4	3,00	6,00	3,00	2,00	3,00	1,00
5	6,00	6,00	3,00	6,00	3,00	2,00
6	4,00	6,00	2,00	2,00	2,00	2,00
7	4,00	6,00	6,00	6,00	1,00	1,00
8	4,00	6,00	3,00	2,00	2,00	2,00
9	3,00	6,00	2,00	2,00	2,00	1,00
10	4,00	6,00	1,00	2,00	2,00	4,00
11	6,00	6,00	2,00	2,00	3,00	2,00
12	4,00	6,00	2,00	6,00	2,00	2,00
13	5,00	6,00	1,00	1,00	3,00	2,00
14	4,00	6,00	2,00	6,00	2,00	2,00
15	4,00	6,00	2,00	6,00	2,00	2,00
16	3,00	2,00	2,00	6,00	6,00	2,00
17	4,00	6,00	1,00	1,00	2,00	1,00
18	7,00	6,00	3,00	6,00	2,00	6,00
19	3,00	6,00	1,00	3,00	2,00	6,00
20	4,00	6,00	2,00	2,00	3,00	2,00
21	4,00	6,00	2,00	2,00	2,00	2,00
22	4,00	6,00	2,00	6,00	2,00	2,00
23	4,00	6,00	2,00	2,00	3,00	2,00
24	3,00	6,00	6,00	2,00	3,00	2,00
25	4,00	6,00	2,00	6,00	3,00	2,00
26	3,00	6,00	2,00	6,00	2,00	2,00
27	4,00	6,00	3,00	6,00	2,00	2,00
28	4,00	6,00	2,00	6,00	6,00	2,00
29	4,00	6,00	2,00	6,00	2,00	2,00
30	4,00	2,00	6,00	6,00	2,00	2,00
31	3,00	6,00	2,00	6,00	2,00	2,00
32	5,00	6,00	1,00	6,00	1,00	2,00
33	4,00	6,00	2,00	6,00	2,00	2,00
34	3,00	6,00	2,00	6,00	2,00	2,00
35	4,00	6,00	2,00	2,00	2,00	2,00
36	3,00	6,00	2,00	2,00	3,00	1,00
37	3,00	6,00	2,00	6,00	2,00	2,00
38	3,00	6,00	6,00	6,00	2,00	6,00
39	4,00	2,00	2,00	6,00	2,00	3,00

	tratam19	tratam22	conseq1	conseq2	conseq3	conseq4
1	6,00	5,00	1,00	1,00	1,00	1,00
2	6,00	4,00	1,00	3,00	1,00	1,00
3	3,00	4,00	2,00	2,00	1,00	1,00
4	1,00	3,00	1,00	5,00	4,00	2,00
5	6,00	4,00	1,00	1,00	1,00	1,00
6	6,00	4,00	1,00	1,00	1,00	1,00
7	6,00	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00
8	2,00	4,00	3,00	3,00	3,00	4,00
9	2,00	4,00	1,00	1,00	1,00	3,00
10	2,00	4,00	1,00	1,00	1,00	3,00
11	6,00	4,00	1,00	1,00	1,00	1,00
12	2,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00
13	2,00	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00
14	2,00	4,00	3,00	3,00	3,00	4,00
15	2,00	5,00	1,00	1,00	1,00	1,00
16	2,00	4,00	1,00	3,00	1,00	1,00
17	1,00	4,00	1,00	1,00	1,00	1,00
18	6,00	6,00	1,00	1,00	1,00	1,00
19	2,00	6,00	1,00	1,00	1,00	1,00
20	6,00	4,00	3,00	2,00	3,00	4,00
21	6,00	4,00	1,00	3,00	3,00	1,00
22	6,00	4,00	4,00	1,00	1,00	4,00
23	6,00	4,00	1,00	1,00	2,00	4,00
24	6,00	3,00	1,00	1,00	1,00	1,00
25	2,00	3,00	1,00	1,00	2,00	1,00
26	6,00	3,00	1,00	3,00	1,00	1,00
27	2,00	4,00	1,00	1,00	1,00	3,00
28	6,00	4,00	3,00	3,00	3,00	4,00
29	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00
30	6,00	3,00	1,00	1,00	1,00	6,00
31	2,00	3,00	4,00	6,00	6,00	1,00
32	1,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00
33	2,00	3,00	1,00	1,00	1,00	3,00
34	6,00	3,00	1,00	3,00	1,00	6,00
35	2,00	4,00	1,00	1,00	1,00	3,00
36	6,00	4,00	1,00	1,00	1,00	3,00
37	6,00	3,00	1,00	1,00	1,00	3,00
38	2,00	3,00	1,00	1,00	1,00	3,00
39	2,00	4,00	3,00	3,00	2,00	4,00

	sintom2a	sintom2b	sintom2c	sintom2d	sintom2e	sintom2f
1	,00	,00	,00	,00	,00	,00
2	,00	,00	,00	,00	,00	1,00
3	.	.	.	.	.	.
4	,00	,00	,00	,00	,00	,00
5	,00	,00	,00	,00	,00	1,00
6	,00	,00	,00	,00	,00	,00
7	.	.	.	.	.	.
8	.	.	.	.	.	.
9	,00	,00	,00	,00	,00	,00
10	,00	,00	,00	,00	,00	,00
11	,00	,00	,00	,00	,00	,00
12	.	.	.	.	.	.
13	,00	,00	,00	,00	,00	,00
14	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
15	.	.	.	.	.	.
16	,00	,00	,00	,00	,00	,00
17	.	.	.	.	.	.
18	.	.	.	.	.	.
19	.	.	.	.	.	.
20	,00	,00	,00	,00	,00	,00
21	,00	1,00	,00	1,00	,00	,00
22	,00	,00	,00	,00	,00	,00
23	,00	,00	,00	,00	,00	,00
24	,00	,00	,00	,00	,00	,00
25	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
26	,00	,00	,00	,00	,00	,00
27	.	.	.	.	.	.
28	,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00
29	,00	,00	,00	,00	,00	,00
30	,00	,00	,00	,00	,00	,00
31	,00	,00	,00	,00	,00	,00
32	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
33	,00	,00	,00	,00	,00	,00
34	,00	,00	,00	,00	,00	,00
35	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
36	,00	,00	,00	,00	,00	,00
37	,00	,00	,00	,00	,00	,00
38	,00	,00	,00	,00	,00	,00
39	,00	1,00	,00	,00	,00	,00

	sintom2g	sintom2h	sintom2i	sintom2j	sintom2k	sintom2l
1	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
2	,00	,00	,00	,00	,00	,00
3	.	.	.	.	.	.
4	,00	,00	,00	,00	,00	1,00
5	,00	,00	,00	,00	,00	,00
6	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
7	.	.	.	.	.	.
8	.	.	.	.	.	.
9	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
10	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
11	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
12	.	.	.	.	.	.
13	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
14	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
15	.	.	.	.	.	.
16	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
17	.	.	.	.	.	.
18	.	.	.	.	.	.
19	.	.	.	.	.	.
20	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
21	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
22	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
23	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
24	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
25	,00	,00	,00	,00	,00	,00
26	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
27	.	.	.	.	.	.
28	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
29	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
30	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
31	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
32	,00	,00	,00	,00	,00	,00
33	,00	,00	1,00	1,00	,00	,00
34	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
35	,00	,00	,00	,00	,00	,00
36	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
37	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
38	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
39	,00	,00	,00	1,00	,00	,00

	sintom6a	sintom6b	sintom6c	sintom6d	sintom6e	sintom6f
1	,00	,00	,00	,00	,00	,00
2	,00	,00	,00	,00	,00	,00
3	.	.	.	.	.	.
4	1,00	,00	1,00	1,00	,00	,00
5	,00	,00	,00	,00	,00	,00
6	,00	,00	,00	,00	,00	,00
7	.	.	.	.	.	.
8	.	.	.	.	.	.
9	,00	,00	,00	,00	,00	,00
10	,00	,00	,00	,00	,00	,00
11	,00	,00	,00	,00	,00	,00
12	.	.	.	.	.	.
13	,00	,00	,00	,00	,00	,00
14	,00	,00	,00	,00	,00	,00
15	.	.	.	.	.	.
16	,00	,00	,00	,00	,00	,00
17	.	.	.	.	.	.
18	.	.	.	.	.	.
19	.	.	.	.	.	.
20	,00	,00	,00	,00	,00	,00
21	,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00
22	,00	,00	,00	,00	,00	,00
23	,00	,00	,00	,00	,00	,00
24	,00	,00	,00	,00	,00	,00
25	,00	,00	,00	,00	,00	,00
26	,00	,00	,00	,00	,00	,00
27	.	.	.	.	.	.
28	,00	,00	,00	,00	,00	,00
29	,00	,00	,00	,00	,00	,00
30	,00	,00	,00	,00	,00	,00
31	,00	,00	,00	,00	,00	,00
32	,00	,00	,00	,00	,00	,00
33	,00	,00	,00	,00	,00	,00
34	,00	,00	,00	,00	,00	,00
35	,00	,00	,00	,00	,00	,00
36	,00	,00	,00	,00	,00	,00
37	,00	,00	,00	,00	,00	,00
38	,00	,00	,00	,00	,00	,00
39	,00	,00	,00	,00	,00	,00

	sintom6g	sintom6h	sintom6i	sintom6j	sintom6k	sintom6l
1	,00	,00	,00	,00	,00	,00
2	,00	,00	,00	,00	,00	,00
3	.	.	.	.	.	.
4	1,00	1,00	,00	,00	1,00	,00
5	1,00	,00	,00	1,00	,00	,00
6	,00	,00	,00	,00	,00	,00
7	.	.	.	.	.	.
8	.	.	.	.	.	.
9	,00	,00	,00	,00	,00	,00
10	,00	,00	,00	,00	,00	,00
11	,00	,00	,00	,00	,00	,00
12	.	.	.	.	.	.
13	,00	,00	,00	,00	,00	,00
14	,00	,00	,00	,00	,00	,00
15	.	.	.	.	.	.
16	,00	,00	,00	,00	,00	1,00
17	.	.	.	.	.	.
18	.	.	.	.	.	.
19	.	.	.	.	.	.
20	,00	,00	,00	,00	,00	,00
21	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
22	,00	,00	,00	,00	,00	,00
23	,00	,00	,00	,00	,00	,00
24	,00	,00	,00	,00	,00	,00
25	,00	,00	,00	,00	,00	,00
26	,00	,00	,00	,00	,00	,00
27	.	.	.	.	.	.
28	,00	,00	,00	,00	,00	,00
29	,00	,00	,00	,00	,00	,00
30	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00
31	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
32	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
33	,00	,00	,00	,00	,00	,00
34	,00	,00	,00	,00	,00	,00
35	,00	,00	,00	,00	,00	,00
36	,00	,00	,00	,00	,00	,00
37	,00	,00	,00	,00	,00	,00
38	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
39	,00	,00	,00	,00	,00	,00

	sintom6m	causas2a	causas2b	causas2c	causas2d	causas2e
1	1,00	,00	1,00	,00	1,00	,00
2	1,00	,00	,00	,00	1,00	,00
3	.	,00	1,00	,00	,00	,00
4	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
5	,00	,00	,00	,00	,00	,00
6	1,00	,00	1,00	,00	,00	,00
7	.	,00	1,00	,00	,00	,00
8	.	,00	,00	,00	1,00	,00
9	1,00	,00	,00	,00	1,00	,00
10	1,00	,00	1,00	,00	,00	,00
11	1,00	,00	,00	,00	1,00	,00
12	.	,00	1,00	,00	,00	,00
13	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
14	1,00	,00	1,00	,00	,00	,00
15	.	,00	,00	,00	1,00	,00
16	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
17	.	,00	,00	,00	,00	,00
18	.	,00	,00	,00	1,00	,00
19	.	,00	1,00	,00	,00	,00
20	1,00	,00	1,00	,00	1,00	,00
21	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
22	1,00	,00	1,00	,00	,00	,00
23	1,00	,00	,00	,00	1,00	,00
24	1,00	,00	,00	,00	1,00	,00
25	1,00	,00	1,00	,00	,00	,00
26	1,00	,00	,00	,00	1,00	,00
27	.	,00	,00	,00	1,00	,00
28	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00
29	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
30	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
31	,00	,00	1,00	,00	1,00	,00
32	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
33	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
34	1,00	,00	,00	,00	1,00	,00
35	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00
36	1,00	,00	1,00	,00	,00	,00
37	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00
38	,00	,00	,00	,00	,00	,00
39	1,00	,00	,00	,00	,00	,00

	causas2f	causas2g	causas2h	causas2i	causas2j	causas2k
1	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
2	,00	,00	,00	,00	,00	,00
3	,00	,00	,00	,00	,00	,00
4	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
5	,00	,00	,00	,00	,00	,00
6	,00	,00	,00	,00	,00	,00
7	,00	,00	,00	,00	,00	,00
8	,00	,00	,00	,00	,00	,00
9	,00	,00	,00	,00	,00	,00
10	,00	,00	,00	,00	,00	,00
11	,00	,00	,00	,00	,00	,00
12	,00	,00	,00	,00	,00	,00
13	,00	,00	,00	,00	,00	,00
14	,00	,00	,00	,00	,00	,00
15	,00	,00	,00	,00	,00	,00
16	,00	,00	,00	,00	,00	,00
17	,00	,00	,00	,00	,00	,00
18	,00	,00	,00	,00	,00	,00
19	,00	,00	,00	,00	,00	,00
20	,00	,00	,00	,00	,00	,00
21	,00	,00	,00	,00	,00	,00
22	,00	,00	,00	,00	,00	,00
23	,00	,00	,00	,00	,00	,00
24	,00	,00	,00	,00	,00	,00
25	,00	,00	,00	,00	,00	,00
26	,00	,00	,00	,00	,00	,00
27	,00	,00	,00	,00	,00	,00
28	,00	,00	,00	,00	,00	,00
29	,00	,00	,00	,00	,00	,00
30	,00	,00	,00	,00	,00	,00
31	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
32	,00	,00	1,00	,00	1,00	,00
33	,00	,00	,00	,00	,00	,00
34	,00	,00	,00	,00	,00	,00
35	,00	,00	,00	,00	,00	,00
36	,00	,00	,00	,00	,00	,00
37	,00	,00	,00	,00	,00	,00
38	,00	,00	,00	,00	,00	,00
39	,00	,00	,00	,00	,00	,00

	causas2l	causas2m	causas2n	causas2o	causas2p	causas2q
1	,00	,00	,00	,00	,00	,00
2	,00	,00	,00	,00	,00	,00
3	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
4	,00	,00	,00	,00	,00	,00
5	,00	,00	,00	,00	,00	,00
6	,00	,00	,00	,00	,00	,00
7	,00	,00	1,00	1,00	,00	,00
8	,00	,00	,00	,00	,00	,00
9	,00	,00	,00	,00	,00	,00
10	,00	,00	,00	,00	,00	,00
11	,00	,00	,00	,00	,00	,00
12	,00	,00	,00	,00	,00	,00
13	,00	,00	,00	,00	,00	,00
14	,00	,00	,00	,00	,00	,00
15	,00	,00	,00	,00	,00	,00
16	,00	,00	,00	,00	,00	,00
17	,00	,00	,00	,00	,00	,00
18	,00	,00	,00	,00	,00	,00
19	,00	,00	,00	,00	,00	,00
20	,00	,00	,00	,00	,00	,00
21	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
22	,00	,00	,00	,00	,00	,00
23	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
24	,00	,00	,00	,00	,00	,00
25	,00	,00	,00	,00	,00	,00
26	,00	,00	,00	,00	,00	,00
27	,00	,00	,00	,00	,00	,00
28	,00	,00	,00	,00	,00	,00
29	,00	,00	,00	,00	,00	,00
30	,00	,00	,00	,00	,00	,00
31	,00	,00	,00	,00	,00	,00
32	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
33	,00	,00	,00	,00	,00	,00
34	,00	,00	,00	,00	,00	,00
35	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
36	,00	,00	,00	,00	,00	,00
37	,00	,00	,00	,00	,00	,00
38	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
39	,00	,00	,00	,00	,00	,00

	causas2r	causas2s	causas4a	causas4b	causas4c	causas4d
1	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
2	,00	,00	,00	,00	,00	,00
3	,00	,00	,00	,00	,00	,00
4	,00	,00	,00	,00	,00	,00
5	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
6	,00	,00	,00	,00	,00	,00
7	,00	,00	,00	,00	,00	,00
8	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
9	,00	,00	,00	,00	,00	,00
10	,00	,00	,00	,00	,00	,00
11	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
12	,00	,00	,00	,00	,00	,00
13	,00	,00	,00	,00	,00	,00
14	,00	,00	,00	,00	,00	,00
15	,00	,00	,00	,00	,00	,00
16	,00	,00	,00	,00	,00	,00
17	,00	,00	,00	,00	,00	,00
18	,00	,00	,00	,00	,00	,00
19	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
20	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
21	,00	,00	,00	1,00	1,00	,00
22	,00	,00	,00	,00	,00	,00
23	,00	,00	,00	,00	,00	,00
24	,00	,00	,00	,00	,00	,00
25	,00	,00	,00	,00	,00	,00
26	,00	,00	,00	,00	,00	,00
27	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
28	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
29	,00	,00	,00	,00	,00	,00
30	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
31	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
32	,00	1,00	1,00	,00	,00	,00
33	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
34	,00	,00	,00	,00	,00	,00
35	,00	,00	,00	,00	,00	,00
36	,00	,00	,00	,00	,00	,00
37	,00	,00	1,00	,00	1,00	,00
38	,00	,00	,00	,00	,00	,00
39	,00	1,00	,00	,00	,00	1,00

	causas4e	causas4f	causas4g	causas4h	causas4i	evoluç3a
1	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
2	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
3	,00	,00	,00	,00	1,00	1,00
4	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
5	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
6	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
7	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
8	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
9	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
10	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
11	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
12	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
13	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
14	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
15	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
16	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
17	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
18	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
19	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
20	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
21	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
22	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
23	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
24	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
25	,00	,00	,00	1,00	,00	1,00
26	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
27	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
28	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00
29	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
30	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
31	,00	,00	,00	,00	,00	,00
32	1,00	,00	,00	,00	,00	1,00
33	,00	,00	,00	,00	,00	,00
34	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
35	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
36	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
37	,00	,00	,00	,00	,00	1,00
38	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
39	,00	1,00	1,00	,00	,00	,00

	evoluç3b	evoluç3c	evoluç3d	evoluç3e	evoluç3f	evoluç3g
1	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
2	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
3	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00
4	,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00
5	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
6	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
7	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
8	,00	1,00	,00	,00	1,00	,00
9	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
10	,00	,00	,00	,00	,00	,00
11	,00	1,00	1,00	,00	,00	,00
12	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
13	,00	,00	,00	,00	,00	,00
14	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
15	,00	1,00	,00	,00	,00	1,00
16	,00	,00	,00	,00	,00	,00
17	,00	,00	,00	,00	,00	,00
18	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
19	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
20	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
21	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
22	,00	,00	,00	,00	,00	,00
23	,00	1,00	,00	,00	1,00	,00
24	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
25	1,00	1,00	,00	,00	1,00	,00
26	,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00
27	,00	,00	,00	,00	,00	,00
28	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
29	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
30	,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00
31	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
32	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
33	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
34	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00
35	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
36	,00	,00	,00	,00	,00	,00
37	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
38	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
39	,00	1,00	,00	,00	,00	,00

	evoluç3h	evoluç3i	evoluç3j	evoluç3k	evoluç3l	evoluç3m
1	,00	,00	,00	,00	,00	,00
2	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
3	,00	,00	,00	,00	,00	,00
4	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00
5	,00	,00	,00	,00	,00	,00
6	,00	,00	,00	,00	,00	1,00
7	,00	,00	,00	,00	,00	,00
8	,00	,00	,00	,00	,00	,00
9	,00	,00	,00	,00	,00	,00
10	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00
11	,00	,00	,00	,00	,00	1,00
12	,00	1,00	1,00	,00	,00	,00
13	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
14	,00	,00	,00	,00	,00	,00
15	,00	,00	,00	,00	,00	,00
16	,00	,00	,00	,00	,00	,00
17	,00	,00	,00	,00	,00	,00
18	,00	,00	,00	,00	,00	,00
19	,00	,00	,00	,00	,00	,00
20	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
21	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
22	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
23	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
24	,00	,00	,00	,00	,00	,00
25	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
26	,00	,00	,00	,00	,00	,00
27	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
28	,00	,00	,00	,00	,00	,00
29	,00	,00	,00	,00	,00	,00
30	,00	,00	,00	,00	,00	,00
31	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
32	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
33	,00	,00	,00	,00	,00	,00
34	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
35	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
36	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
37	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
38	,00	,00	,00	,00	,00	,00
39	1,00	,00	,00	,00	,00	,00

	evoluç3n	dietatot	causas2t	causas2u	exercctot	testetot
1	,00	27,00	,00	,00	12,00	4,00
2	,00	20,00	,00	,00	6,00	4,00
3	,00	33,00	,00	,00	16,00	22,00
4	,00	32,00	,00	,00	5,00	20,00
5	,00	29,00	,00	,00	9,00	8,00
6	,00	33,00	,00	,00	9,00	6,00
7	,00	33,00	,00	,00	4,00	4,00
8	,00	33,00	,00	,00	16,00	20,00
9	,00	27,00	,00	,00	9,00	7,00
10	,00	33,00	,00	,00	7,00	20,00
11	,00	33,00	,00	,00	14,00	6,00
12	,00	33,00	,00	,00	2,00	20,00
13	,00	33,00	1,00	,00	9,00	12,00
14	,00	33,00	,00	,00	2,00	12,00
15	,00	33,00	,00	,00	2,00	6,00
16	1,00	11,00	,00	,00	9,00	19,00
17	1,00	30,00	,00	1,00	16,00	14,00
18	,00	26,00	,00	,00	2,00	,00
19	,00	35,00	,00	,00	2,00	2,00
20	,00	33,00	,00	,00	6,00	4,00
21	,00	33,00	,00	,00	4,00	6,00
22	,00	33,00	,00	,00	4,00	16,00
23	,00	32,00	,00	,00	11,00	4,00
24	,00	28,00	,00	,00	9,00	4,00
25	,00	34,00	,00	,00	5,00	20,00
26	,00	40,00	,00	,00	3,00	4,00
27	,00	33,00	,00	,00	4,00	20,00
28	,00	28,00	,00	,00	2,00	6,00
29	,00	33,00	,00	1,00	2,00	20,00
30	,00	33,00	,00	,00	3,00	16,00
31	,00	39,00	,00	,00	2,00	19,00
32	,00	35,00	,00	,00	2,00	8,00
33	,00	33,00	,00	1,00	2,00	20,00
34	,00	40,00	,00	,00	3,00	4,00
35	,00	29,00	,00	,00	9,00	8,00
36	,00	32,00	,00	,00	9,00	4,00
37	,00	33,00	,00	,00	2,00	4,00
38	,00	33,00	,00	,00	2,00	4,00
39	,00	33,00	,00	,00	2,00	20,00

	cdpéstot	medictot
1	24,00	,00
2	6,00	16,00
3	24,00	16,00
4	24,00	16,00
5	24,00	16,00
6	15,00	16,00
7	24,00	,00
8	24,00	16,00
9	24,00	16,00
10	18,00	16,00
11	24,00	16,00
12	24,00	16,00
13	18,00	16,00
14	17,00	16,00
15	17,00	16,00
16	24,00	24,00
17	17,00	16,00
18	9,00	16,00
19	24,00	16,00
20	21,00	16,00
21	20,00	16,00
22	9,00	16,00
23	24,00	16,00
24	9,00	2,00
25	17,00	16,00
26	24,00	16,00
27	18,00	16,00
28	13,00	16,00
29	24,00	16,00
30	12,00	16,00
31	24,00	16,00
32	7,00	16,00
33	24,00	16,00
34	21,00	16,00
35	24,00	16,00
36	24,00	16,00
37	9,00	16,00
38	10,00	2,00
39	17,00	24,00

	sexo	idade	escolar	estcivil	anosdiab	dieta1
40	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	8,00
41	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	8,00
42	2,00	2,00	3,00	1,00	1,00	8,00
43	2,00	2,00	4,00	1,00	2,00	8,00
44	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	8,00
45	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	7,00
46	2,00	2,00	3,00	1,00	1,00	7,00
47	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	8,00
48	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	8,00
49	2,00	2,00	2,00	2,00	4,00	8,00
50	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00
51	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	8,00
52	2,00	2,00	3,00	2,00	1,00	5,00
53	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	8,00
54	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00	8,00
55	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	8,00
56	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	5,00
57	1,00	1,00	6,00	1,00	1,00	6,00
58	1,00	1,00	2,00	1,00	3,00	8,00
59	1,00	1,00	5,00	1,00	1,00	4,00
60	1,00	1,00	2,00	1,00	3,00	8,00
61	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	8,00
62	1,00	1,00	4,00	1,00	1,00	8,00
63	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	8,00
64	1,00	1,00	4,00	1,00	1,00	6,00
65	1,00	1,00	6,00	1,00	1,00	8,00
66	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	6,00
67	1,00	1,00	4,00	1,00	1,00	7,00
68	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	8,00
69	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00
70	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	8,00
71	2,00	1,00	3,00	1,00	1,00	8,00
72	2,00	1,00	4,00	1,00	1,00	8,00
73	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	8,00
74	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	8,00
75	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	8,00

	dieta2	dieta3	dieta4	dieta5	exerc1	exerc2
40	8,00	8,00	1,00	8,00	4,00	4,00
41	8,00	8,00	1,00	8,00	8,00	1,00
42	8,00	8,00	1,00	8,00	4,00	1,00
43	8,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00
44	8,00	8,00	1,00	8,00	8,00	1,00
45	5,00	8,00	2,00	8,00	8,00	1,00
46	6,00	7,00	1,00	8,00	1,00	1,00
47	8,00	8,00	1,00	8,00	8,00	1,00
48	8,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00
49	8,00	5,00	2,00	8,00	4,00	1,00
50	5,00	8,00	5,00	1,00	2,00	1,00
51	8,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00
52	5,00	6,00	1,00	6,00	1,00	1,00
53	8,00	8,00	1,00	8,00	3,00	1,00
54	8,00	8,00	1,00	8,00	8,00	1,00
55	8,00	8,00	1,00	8,00	3,00	1,00
56	5,00	8,00	6,00	8,00	8,00	1,00
57	8,00	4,00	3,00	7,00	8,00	1,00
58	6,00	8,00	2,00	8,00	8,00	1,00
59	3,00	8,00	8,00	1,00	3,00	1,00
60	8,00	8,00	1,00	8,00	2,00	1,00
61	8,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00
62	8,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00
63	8,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00
64	7,00	8,00	6,00	8,00	4,00	2,00
65	1,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00
66	7,00	8,00	4,00	8,00	5,00	6,00
67	8,00	8,00	8,00	5,00	2,00	1,00
68	8,00	8,00	2,00	8,00	1,00	1,00
69	1,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00
70	8,00	1,00	1,00	8,00	8,00	1,00
71	8,00	8,00	2,00	8,00	8,00	8,00
72	8,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00
73	7,00	8,00	1,00	8,00	5,00	1,00
74	8,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00
75	8,00	8,00	1,00	8,00	1,00	1,00

	teste1	teste2	teste3	teste4	cdpés1	cdpés2
40	2,00	2,00	1,00	1,00	8,00	8,00
41	2,00	2,00	8,00	8,00	8,00	8,00
42	2,00	1,00	8,00	8,00	8,00	8,00
43	2,00	2,00	.	.	6,00	6,00
44	2,00	2,00	4,00	4,00	8,00	8,00
45	2,00	2,00	2,00	2,00	4,00	8,00
46	2,00	2,00	1,00	1,00	7,00	7,00
47	3,00	1,00	.	.	8,00	8,00
48	2,00	2,00	8,00	8,00	8,00	8,00
49	2,00	2,00	8,00	8,00	4,00	8,00
50	2,00	2,00	.	.	8,00	8,00
51	2,00	2,00	8,00	8,00	1,00	8,00
52	2,00	2,00	.	.	1,00	5,00
53	2,00	2,00	1,00	1,00	8,00	8,00
54	2,00	2,00	4,00	4,00	8,00	8,00
55	2,00	2,00	8,00	8,00	8,00	8,00
56	2,00	2,00	8,00	8,00	8,00	8,00
57	3,00	.	8,00	8,00	8,00	8,00
58	2,00	2,00	.	.	8,00	8,00
59	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	8,00
60	8,00	8,00	1,00	1,00	2,00	8,00
61	2,00	2,00	4,00	4,00	3,00	3,00
62	2,00	2,00	1,00	1,00	8,00	8,00
63	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
64	2,00	1,00	8,00	8,00	8,00	8,00
65	2,00	2,00	2,00	2,00	8,00	8,00
66	8,00	8,00	.	.	8,00	8,00
67	3,00	3,00	.	.	8,00	8,00
68	2,00	2,00	3,00	3,00	8,00	8,00
69	2,00	2,00	.	.	1,00	8,00
70	2,00	2,00	.	.	1,00	8,00
71	2,00	2,00	8,00	8,00	8,00	8,00
72	8,00	8,00	.	.	8,00	8,00
73	2,00	2,00	.	.	8,00	8,00
74	1,00	1,00	6,00	5,00	1,00	8,00
75	2,00	2,00	5,00	5,00	3,00	3,00

	cdpés3	medic1	medic2	medic3	sintom1	causas1
40	8,00	8,00	.	8,00	3,00	1,00
41	8,00	8,00	.	8,00	2,00	1,00
42	8,00	8,00	8,00	8,00	5,00	1,00
43	6,00	8,00	.	8,00	1,00	1,00
44	8,00	8,00	.	8,00	3,00	1,00
45	8,00	.	.	.	1,00	3,00
46	7,00	8,00	.	8,00	2,00	3,00
47	8,00	8,00	3,00	8,00	5,00	1,00
48	8,00	8,00	.	8,00	6,00	1,00
49	8,00	8,00	.	8,00	5,00	1,00
50	8,00	8,00	.	8,00	6,00	1,00
51	8,00	8,00	.	8,00	3,00	6,00
52	5,00	8,00	.	8,00	6,00	3,00
53	8,00	8,00	.	8,00	4,00	1,00
54	8,00	8,00	.	8,00	3,00	1,00
55	8,00	8,00	8,00	.	5,00	1,00
56	1,00	8,00	.	8,00	3,00	6,00
57	8,00	8,00	.	8,00	3,00	1,00
58	8,00	.	.	.	1,00	3,00
59	8,00	8,00	.	8,00	3,00	1,00
60	8,00	8,00	8,00	.	3,00	1,00
61	3,00	8,00	.	8,00	1,00	2,00
62	8,00	8,00	.	8,00	1,00	3,00
63	8,00	8,00	8,00	.	3,00	1,00
64	8,00	8,00	.	6,00	3,00	1,00
65	8,00	8,00	.	8,00	5,00	6,00
66	8,00	8,00	.	8,00	4,00	3,00
67	8,00	8,00	.	8,00	3,00	1,00
68	8,00	8,00	8,00	.	5,00	1,00
69	8,00	8,00	.	8,00	6,00	6,00
70	8,00	8,00	.	8,00	1,00	1,00
71	8,00	8,00	8,00	8,00	5,00	1,00
72	8,00	8,00	.	8,00	5,00	1,00
73	8,00	8,00	.	8,00	4,00	1,00
74	8,00	8,00	.	8,00	6,00	3,00
75	3,00	8,00	.	8,00	3,00	3,00

	causas3	evoluç1	evoluç2	tratam1	tratam2	tratam3
40	2,00	2,00	3,00	4,00	7,00	4,00
41	3,00	1,00	4,00	4,00	7,00	4,00
42	4,00	3,00	2,00	2,00	4,00	4,00
43	3,00	1,00	2,00	4,00	7,00	4,00
44	2,00	1,00	3,00	4,00	7,00	4,00
45	1,00	1,00	3,00	4,00	7,00	7,00
46	3,00	1,00	4,00	2,00	7,00	4,00
47	2,00	1,00	2,00	4,00	4,00	4,00
48	3,00	3,00	3,00	3,00	7,00	6,00
49	3,00	3,00	1,00	2,00	7,00	4,00
50	3,00	1,00	3,00	3,00	7,00	4,00
51	4,00	1,00	2,00	2,00	7,00	3,00
52	3,00	1,00	3,00	3,00	7,00	6,00
53	2,00	3,00	3,00	2,00	7,00	3,00
54	2,00	1,00	2,00	4,00	7,00	4,00
55	3,00	6,00	2,00	2,00	4,00	7,00
56	3,00	1,00	2,00	3,00	7,00	4,00
57	2,00	6,00	3,00	3,00	7,00	4,00
58	2,00	1,00	2,00	4,00	7,00	7,00
59	3,00	3,00	3,00	2,00	7,00	3,00
60	3,00	2,00	3,00	3,00	4,00	7,00
61	2,00	1,00	2,00	3,00	7,00	4,00
62	2,00	1,00	2,00	4,00	7,00	4,00
63	2,00	1,00	5,00	4,00	4,00	7,00
64	5,00	2,00	2,00	3,00	7,00	4,00
65	3,00	3,00	4,00	3,00	7,00	4,00
66	2,00	1,00	2,00	3,00	7,00	6,00
67	2,00	1,00	2,00	4,00	7,00	4,00
68	4,00	3,00	2,00	3,00	4,00	7,00
69	3,00	3,00	3,00	4,00	7,00	6,00
70	3,00	6,00	3,00	3,00	7,00	6,00
71	2,00	1,00	2,00	4,00	4,00	4,00
72	2,00	3,00	3,00	2,00	7,00	4,00
73	3,00	2,00	3,00	2,00	7,00	3,00
74	3,00	1,00	2,00	3,00	7,00	4,00
75	3,00	1,00	3,00	3,00	7,00	4,00

	tratam4	tratam5	tratam6	tratam7	tratam9	tratam10
40	6,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00
41	6,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00
42	6,00	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00
43	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00
44	6,00	4,00	1,00	4,00	4,00	4,00
45	7,00	6,00	6,00	3,00	6,00	6,00
46	2,00	7,00	7,00	4,00	4,00	7,00
47	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	7,00
48	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00
49	1,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00
50	3,00	4,00	2,00	4,00	4,00	7,00
51	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00
52	4,00	7,00	7,00	4,00	4,00	7,00
53	6,00	7,00	7,00	3,00	6,00	1,00
54	6,00	5,00	1,00	3,00	4,00	3,00
55	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00
56	1,00	4,00	1,00	6,00	3,00	3,00
57	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00
58	7,00	4,00	1,00	4,00	5,00	7,00
59	1,00	7,00	7,00	4,00	4,00	7,00
60	6,00	4,00	1,00	4,00	4,00	4,00
61	6,00	7,00	7,00	3,00	4,00	4,00
62	1,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00
63	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00
64	3,00	4,00	1,00	4,00	4,00	4,00
65	1,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00
66	6,00	6,00	6,00	4,00	4,00	7,00
67	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00
68	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00
69	6,00	7,00	7,00	6,00	4,00	7,00
70	6,00	7,00	7,00	3,00	4,00	7,00
71	1,00	4,00	1,00	4,00	4,00	4,00
72	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	7,00
73	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	7,00
74	6,00	6,00	6,00	4,00	4,00	4,00
75	6,00	7,00	7,00	4,00	4,00	4,00

	tratam11	tratam14	tratam15	tratam16	tratam17	tratam18
40	4,00	6,00	2,00	2,00	2,00	2,00
41	4,00	6,00	2,00	6,00	2,00	5,00
42	4,00	2,00	2,00	4,00	4,00	3,00
43	4,00	6,00	2,00	6,00	3,00	2,00
44	4,00	6,00	2,00	1,00	2,00	2,00
45	3,00	6,00	6,00	6,00	3,00	2,00
46	4,00	6,00	1,00	6,00	2,00	2,00
47	4,00	2,00	2,00	6,00	2,00	4,00
48	4,00	6,00	2,00	6,00	2,00	2,00
49	4,00	6,00	1,00	6,00	3,00	2,00
50	4,00	6,00	3,00	6,00	4,00	2,00
51	4,00	6,00	2,00	6,00	2,00	2,00
52	6,00	6,00	3,00	6,00	2,00	4,00
53	3,00	6,00	2,00	6,00	3,00	2,00
54	5,00	6,00	2,00	2,00	2,00	2,00
55	4,00	2,00	6,00	6,00	2,00	2,00
56	3,00	6,00	3,00	2,00	3,00	3,00
57	3,00	6,00	2,00	6,00	2,00	2,00
58	4,00	6,00	6,00	1,00	1,00	2,00
59	3,00	6,00	3,00	6,00	3,00	3,00
60	4,00	2,00	6,00	2,00	2,00	2,00
61	3,00	6,00	2,00	6,00	2,00	2,00
62	4,00	6,00	2,00	6,00	3,00	2,00
63	4,00	2,00	6,00	6,00	2,00	4,00
64	4,00	6,00	3,00	2,00	4,00	4,00
65	3,00	6,00	2,00	6,00	2,00	2,00
66	5,00	6,00	3,00	2,00	3,00	2,00
67	4,00	6,00	2,00	6,00	2,00	2,00
68	4,00	3,00	6,00	6,00	2,00	2,00
69	6,00	6,00	3,00	6,00	3,00	2,00
70	4,00	6,00	2,00	6,00	3,00	1,00
71	4,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00
72	2,00	6,00	2,00	6,00	2,00	2,00
73	4,00	6,00	2,00	6,00	3,00	1,00
74	4,00	6,00	3,00	6,00	3,00	3,00
75	3,00	6,00	2,00	6,00	2,00	2,00

	tratam19	tratam22	conseq1	conseq2	conseq3	conseq4
40	2,00	4,00	1,00	1,00	1,00	6,00
41	5,00	4,00	1,00	1,00	1,00	1,00
42	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00
43	2,00	3,00	1,00	1,00	1,00	4,00
44	2,00	4,00	1,00	1,00	1,00	4,00
45	2,00	3,00	1,00	1,00	1,00	3,00
46	6,00	4,00	1,00	1,00	1,00	1,00
47	6,00	4,00	1,00	1,00	1,00	4,00
48	2,00	4,00	2,00	2,00	1,00	3,00
49	2,00	4,00	2,00	4,00	1,00	4,00
50	6,00	4,00	1,00	1,00	1,00	1,00
51	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
52	6,00	6,00	1,00	1,00	1,00	1,00
53	3,00	3,00	1,00	1,00	1,00	6,00
54	2,00	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00
55	2,00	4,00	1,00	1,00	1,00	3,00
56	3,00	5,00	1,00	1,00	1,00	1,00
57	2,00	2,00	1,00	1,00	3,00	4,00
58	6,00	4,00	1,00	1,00	1,00	4,00
59	6,00	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00
60	6,00	4,00	2,00	1,00	6,00	6,00
61	2,00	3,00	2,00	1,00	2,00	2,00
62	2,00	4,00	1,00	1,00	1,00	3,00
63	2,00	4,00	1,00	1,00	1,00	3,00
64	4,00	3,00	3,00	2,00	3,00	3,00
65	2,00	4,00	1,00	1,00	1,00	3,00
66	6,00	4,00	3,00	2,00	1,00	1,00
67	2,00	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00
68	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
69	6,00	6,00	1,00	3,00	1,00	1,00
70	6,00	4,00	1,00	3,00	1,00	3,00
71	1,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00
72	6,00	3,00	1,00	1,00	1,00	1,00
73	6,00	5,00	1,00	1,00	1,00	4,00
74	3,00	4,00	1,00	1,00	2,00	1,00
75	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00

	sintom2a	sintom2b	sintom2c	sintom2d	sintom2e	sintom2f
40	,00	,00	,00	,00	,00	,00
41	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
42	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
43	.	.	.	.	.	.
44	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
45	.	.	.	.	.	.
46	,00	,00	,00	,00	,00	,00
47	,00	1,00	,00	,00	,00	1,00
48	.	.	.	.	.	.
49	,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00
50	.	.	.	.	.	.
51	,00	,00	,00	,00	,00	,00
52	.	.	.	.	.	.
53	,00	,00	,00	,00	,00	,00
54	,00	,00	,00	,00	,00	,00
55	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
56	,00	,00	,00	,00	,00	,00
57	,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00
58	.	.	.	.	.	.
59	,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00
60	,00	,00	,00	,00	,00	,00
61	.	.	.	.	.	.
62	.	.	.	.	.	.
63	,00	,00	,00	,00	,00	,00
64	,00	,00	,00	,00	,00	,00
65	,00	,00	1,00	1,00	,00	,00
66	,00	,00	,00	,00	,00	,00
67	,00	,00	,00	,00	,00	,00
68	,00	,00	,00	,00	,00	,00
69	.	.	.	.	.	.
70	.	.	.	.	.	.
71	,00	,00	,00	,00	,00	,00
72	,00	,00	,00	,00	,00	,00
73	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00
74	.	.	.	.	.	.
75	,00	,00	,00	,00	,00	,00

	sintom2g	sintom2h	sintom2i	sintom2j	sintom2k	sintom2l
40	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
41	,00	,00	,00	,00	,00	,00
42	,00	,00	,00	,00	,00	,00
43	.	.	.	.	.	.
44	,00	,00	,00	,00	,00	,00
45	.	.	.	.	.	.
46	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
47	,00	1,00	1,00	,00	,00	,00
48	.	.	.	.	.	.
49	,00	,00	,00	,00	,00	,00
50	.	.	.	.	.	.
51	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
52	.	.	.	.	.	.
53	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
54	,00	,00	,00	,00	,00	,00
55	,00	,00	,00	,00	,00	,00
56	,00	,00	,00	,00	,00	1,00
57	,00	,00	,00	,00	,00	,00
58	.	.	.	.	.	.
59	,00	,00	,00	,00	,00	,00
60	,00	,00	,00	,00	,00	1,00
61	.	.	.	.	.	.
62	.	.	.	.	.	.
63	,00	,00	,00	,00	,00	1,00
64	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
65	,00	,00	,00	,00	,00	,00
66	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
67	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
68	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
69	.	.	.	.	.	.
70	.	.	.	.	.	.
71	,00	,00	,00	,00	,00	1,00
72	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
73	1,00	,00	1,00	,00	,00	,00
74	.	.	.	.	.	.
75	,00	,00	,00	,00	1,00	,00

	sintom6a	sintom6b	sintom6c	sintom6d	sintom6e	sintom6f
40	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
41	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
42	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00
43	.	.	.	.	.	.
44	,00	,00	,00	,00	,00	,00
45	.	.	.	.	.	.
46	,00	,00	,00	,00	,00	,00
47	,00	,00	,00	,00	,00	,00
48	.	.	.	.	.	.
49	,00	,00	,00	,00	,00	,00
50	.	.	.	.	.	.
51	,00	,00	,00	,00	,00	,00
52	.	.	.	.	.	.
53	,00	,00	,00	,00	,00	,00
54	,00	,00	,00	,00	,00	,00
55	,00	,00	,00	,00	,00	,00
56	1,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00
57	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00
58	.	.	.	.	.	.
59	,00	,00	,00	,00	,00	,00
60	,00	,00	,00	,00	,00	,00
61	.	.	.	.	.	.
62	.	.	.	.	.	.
63	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
64	,00	,00	,00	,00	,00	,00
65	,00	,00	,00	,00	,00	,00
66	1,00	,00	,00	1,00	1,00	,00
67	,00	,00	,00	,00	,00	,00
68	,00	,00	,00	,00	,00	,00
69	.	.	.	.	.	.
70	.	.	.	.	.	.
71	,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00
72	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
73	,00	,00	,00	,00	,00	,00
74	.	.	.	.	.	.
75	,00	,00	,00	,00	,00	,00

	sintom6g	sintom6h	sintom6i	sintom6j	sintom6k	sintom6l
40	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
41	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
42	1,00	1,00	,00	1,00	,00	,00
43	.	.	.	.	.	.
44	,00	,00	,00	,00	,00	,00
45	.	.	.	.	.	.
46	,00	,00	,00	,00	,00	,00
47	,00	,00	,00	,00	,00	,00
48	.	.	.	.	.	.
49	,00	,00	,00	,00	,00	,00
50	.	.	.	.	.	.
51	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
52	.	.	.	.	.	.
53	,00	,00	,00	,00	,00	,00
54	,00	,00	,00	,00	,00	,00
55	,00	,00	,00	,00	,00	,00
56	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
57	,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00
58	.	.	.	.	.	.
59	,00	,00	,00	,00	,00	,00
60	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
61	.	.	.	.	.	.
62	.	.	.	.	.	.
63	,00	,00	,00	,00	,00	,00
64	,00	,00	,00	,00	,00	,00
65	,00	,00	,00	,00	,00	,00
66	1,00	,00	,00	,00	1,00	,00
67	,00	,00	,00	,00	,00	,00
68	,00	,00	,00	,00	,00	,00
69	.	.	.	.	.	.
70	.	.	.	.	.	.
71	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
72	,00	,00	,00	,00	,00	,00
73	,00	,00	,00	,00	,00	,00
74	.	.	.	.	.	.
75	,00	,00	,00	,00	,00	,00

	sintom6m	causas2a	causas2b	causas2c	causas2d	causas2e
40	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
41	,00	,00	,00	,00	,00	,00
42	,00	1,00	1,00	,00	,00	,00
43	.	,00	1,00	,00	,00	,00
44	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
45	.	,00	1,00	,00	1,00	,00
46	1,00	1,00	,00	,00	1,00	,00
47	1,00	,00	1,00	,00	,00	,00
48	.	,00	1,00	,00	,00	,00
49	1,00	1,00	1,00	,00	,00	,00
50	.	1,00	1,00	,00	,00	,00
51	,00	,00	,00	,00	,00	,00
52	.	,00	,00	,00	1,00	,00
53	1,00	,00	,00	,00	1,00	,00
54	1,00	,00	1,00	,00	,00	,00
55	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
56	,00	,00	,00	,00	,00	,00
57	,00	1,00	,00	,00	1,00	,00
58	.	,00	,00	,00	1,00	,00
59	1,00	,00	1,00	,00	,00	,00
60	,00	1,00	,00	,00	1,00	,00
61	.	,00	,00	,00	,00	,00
62	.	,00	1,00	,00	1,00	,00
63	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
64	1,00	1,00	1,00	,00	,00	,00
65	1,00	1,00	,00	,00	1,00	,00
66	,00	1,00	,00	,00	1,00	,00
67	1,00	,00	,00	,00	1,00	,00
68	1,00	,00	1,00	,00	,00	,00
69	.	1,00	,00	,00	,00	,00
70	.	,00	1,00	,00	,00	,00
71	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
72	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
73	1,00	,00	1,00	,00	,00	,00
74	.	1,00	,00	,00	1,00	,00
75	1,00	,00	,00	,00	1,00	,00

	causas2f	causas2g	causas2h	causas2i	causas2j	causas2k
40	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
41	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
42	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
43	,00	,00	,00	,00	,00	,00
44	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
45	,00	,00	,00	,00	,00	,00
46	,00	,00	,00	,00	,00	,00
47	,00	,00	,00	,00	,00	,00
48	,00	,00	,00	,00	,00	,00
49	,00	,00	,00	,00	,00	,00
50	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
51	,00	,00	,00	,00	,00	,00
52	,00	,00	,00	,00	,00	,00
53	,00	,00	,00	,00	,00	,00
54	,00	,00	,00	,00	,00	,00
55	,00	,00	,00	,00	,00	,00
56	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
57	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
58	,00	,00	,00	,00	,00	,00
59	,00	,00	,00	,00	,00	,00
60	,00	,00	1,00	,00	1,00	,00
61	,00	,00	,00	,00	,00	,00
62	,00	,00	,00	,00	,00	,00
63	,00	,00	,00	,00	,00	,00
64	,00	,00	,00	,00	,00	,00
65	,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00
66	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
67	,00	,00	,00	,00	,00	1,00
68	,00	,00	,00	,00	,00	,00
69	,00	,00	,00	,00	,00	,00
70	,00	,00	,00	,00	,00	,00
71	,00	,00	,00	,00	,00	,00
72	,00	,00	,00	,00	,00	1,00
73	,00	,00	,00	,00	,00	,00
74	1,00	,00	,00	,00	1,00	1,00
75	,00	,00	,00	,00	,00	,00

	causas2l	causas2m	causas2n	causas2o	causas2p	causas2q
40	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
41	,00	,00	,00	,00	,00	,00
42	1,00	,00	,00	,00	,00	1,00
43	,00	,00	,00	,00	,00	,00
44	,00	,00	,00	,00	,00	,00
45	,00	,00	,00	,00	,00	,00
46	,00	,00	,00	,00	,00	,00
47	,00	,00	,00	,00	,00	,00
48	,00	,00	,00	,00	,00	,00
49	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
50	,00	,00	,00	,00	,00	,00
51	,00	,00	,00	,00	,00	,00
52	,00	,00	,00	,00	,00	,00
53	,00	,00	,00	,00	,00	,00
54	,00	,00	,00	,00	,00	,00
55	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
56	1,00	,00	,00	,00	,00	1,00
57	,00	,00	,00	,00	,00	,00
58	,00	,00	,00	,00	,00	,00
59	,00	,00	,00	,00	,00	,00
60	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
61	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
62	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
63	,00	,00	,00	,00	,00	,00
64	,00	,00	,00	,00	,00	,00
65	1,00	,00	,00	1,00	,00	,00
66	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
67	,00	,00	,00	,00	,00	,00
68	,00	,00	,00	,00	,00	,00
69	,00	,00	,00	,00	,00	,00
70	,00	,00	,00	,00	,00	,00
71	,00	,00	,00	,00	,00	,00
72	,00	,00	,00	,00	,00	,00
73	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
74	,00	,00	,00	,00	,00	,00
75	,00	,00	,00	,00	,00	,00

	causas2r	causas2s	causas4a	causas4b	causas4c	causas4d
40	,00	,00	,00	,00	,00	,00
41	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
42	,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00
43	,00	,00	1,00	1,00	,00	,00
44	,00	,00	,00	,00	,00	,00
45	,00	,00	,00	,00	,00	,00
46	,00	,00	,00	,00	,00	,00
47	,00	,00	,00	,00	,00	,00
48	,00	,00	,00	,00	,00	,00
49	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00
50	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
51	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
52	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
53	,00	,00	,00	,00	,00	,00
54	,00	,00	,00	,00	,00	,00
55	,00	,00	,00	,00	,00	,00
56	,00	,00	1,00	,00	1,00	,00
57	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
58	,00	,00	,00	,00	,00	,00
59	,00	,00	,00	,00	,00	,00
60	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
61	,00	,00	,00	,00	,00	,00
62	,00	,00	,00	,00	,00	,00
63	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
64	,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00
65	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
66	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
67	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
68	,00	,00	,00	,00	,00	,00
69	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00
70	,00	,00	,00	,00	,00	,00
71	,00	,00	1,00	,00	1,00	,00
72	,00	,00	,00	,00	,00	,00
73	,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00
74	,00	1,00	1,00	,00	,00	,00
75	,00	,00	,00	,00	,00	,00

	causas4e	causas4f	causas4g	causas4h	causas4i	evoluç3a
40	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
41	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
42	1,00	,00	,00	,00	,00	1,00
43	,00	,00	,00	,00	,00	,00
44	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
45	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
46	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
47	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
48	,00	,00	,00	,00	1,00	1,00
49	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00
50	,00	,00	,00	,00	1,00	1,00
51	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
52	,00	,00	,00	,00	,00	,00
53	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
54	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
55	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
56	,00	1,00	,00	,00	,00	1,00
57	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
58	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
59	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
60	,00	1,00	,00	,00	,00	1,00
61	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
62	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
63	,00	,00	,00	,00	,00	,00
64	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
65	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
66	,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00
67	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
68	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
69	1,00	,00	,00	,00	,00	1,00
70	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
71	,00	,00	,00	,00	,00	,00
72	,00	,00	,00	,00	1,00	1,00
73	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00
74	,00	,00	,00	,00	,00	,00
75	,00	,00	,00	,00	,00	,00

	evoluç3b	evoluç3c	evoluç3d	evoluç3e	evoluç3f	evoluç3g
40	,00	1,00	,00	,00	1,00	,00
41	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
42	,00	1,00	,00	1,00	,00	,00
43	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
44	,00	1,00	,00	1,00	,00	,00
45	,00	,00	,00	,00	,00	,00
46	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
47	,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00
48	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00
49	,00	1,00	,00	1,00	,00	,00
50	1,00	1,00	,00	,00	1,00	,00
51	,00	,00	,00	,00	,00	,00
52	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
53	,00	,00	,00	,00	,00	1,00
54	,00	,00	,00	,00	,00	,00
55	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
56	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00
57	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
58	,00	1,00	,00	1,00	,00	,00
59	,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00
60	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
61	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
62	,00	,00	,00	,00	,00	,00
63	,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00
64	,00	1,00	1,00	,00	,00	,00
65	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
66	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
67	,00	1,00	1,00	,00	,00	,00
68	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
69	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00
70	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
71	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00
72	1,00	1,00	,00	,00	,00	1,00
73	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
74	,00	,00	,00	,00	,00	,00
75	,00	1,00	,00	,00	,00	,00

	evoluç3h	evoluç3i	evoluç3j	evoluç3k	evoluç3l	evoluç3m
40	,00	,00	,00	,00	,00	,00
41	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
42	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
43	,00	,00	,00	,00	,00	,00
44	,00	,00	,00	,00	,00	,00
45	,00	,00	,00	,00	,00	,00
46	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
47	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
48	,00	,00	,00	,00	,00	,00
49	,00	,00	,00	,00	,00	,00
50	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
51	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
52	,00	,00	,00	,00	,00	,00
53	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
54	,00	,00	1,00	,00	1,00	,00
55	,00	,00	,00	,00	,00	1,00
56	,00	1,00	1,00	,00	,00	,00
57	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00
58	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
59	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
60	1,00	1,00	,00	,00	1,00	,00
61	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
62	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
63	,00	,00	,00	,00	,00	,00
64	,00	1,00	,00	1,00	,00	,00
65	,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00
66	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
67	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
68	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
69	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00
70	,00	,00	,00	,00	,00	,00
71	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00
72	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00
73	,00	1,00	,00	,00	,00	,00
74	,00	,00	,00	,00	,00	,00
75	,00	,00	,00	,00	1,00	,00

	evoluç3n	dietatot	causas2t	causas2u	exercrtot	testetot
40	,00	33,00	,00	,00	8,00	6,00
41	,00	33,00	,00	,00	9,00	20,00
42	,00	33,00	,00	,00	5,00	19,00
43	,00	33,00	,00	,00	2,00	4,00
44	,00	33,00	,00	,00	9,00	12,00
45	1,00	30,00	,00	,00	9,00	8,00
46	,00	29,00	,00	,00	2,00	6,00
47	,00	33,00	,00	,00	9,00	4,00
48	,00	33,00	,00	,00	2,00	20,00
49	,00	31,00	,00	,00	5,00	20,00
50	,00	20,00	,00	,00	3,00	4,00
51	,00	33,00	,00	1,00	2,00	20,00
52	,00	23,00	,00	,00	2,00	4,00
53	,00	33,00	,00	,00	4,00	6,00
54	,00	33,00	,00	,00	9,00	12,00
55	,00	33,00	,00	,00	4,00	20,00
56	,00	32,00	,00	,00	9,00	20,00
57	,00	28,00	,00	,00	9,00	19,00
58	,00	32,00	,00	,00	9,00	4,00
59	,00	24,00	,00	,00	4,00	6,00
60	,00	33,00	,00	,00	3,00	18,00
61	,00	33,00	,00	,00	2,00	12,00
62	,00	33,00	,00	,00	2,00	6,00
63	,00	33,00	,00	,00	2,00	32,00
64	,00	35,00	,00	,00	6,00	19,00
65	,00	26,00	,00	,00	2,00	8,00
66	,00	33,00	,00	,00	11,00	16,00
67	,00	36,00	,00	,00	3,00	6,00
68	,00	34,00	,00	,00	2,00	10,00
69	,00	19,00	,00	,00	2,00	4,00
70	,00	26,00	,00	,00	9,00	4,00
71	,00	34,00	,00	,00	16,00	20,00
72	,00	33,00	,00	,00	2,00	16,00
73	,00	32,00	,00	,00	6,00	4,00
74	1,00	33,00	,00	,00	2,00	13,00
75	,00	33,00	,00	,00	2,00	14,00

	cdpéstot	medictot
40	24,00	16,00
41	24,00	16,00
42	24,00	24,00
43	18,00	16,00
44	24,00	16,00
45	20,00	,00
46	21,00	16,00
47	24,00	19,00
48	24,00	16,00
49	20,00	16,00
50	24,00	16,00
51	17,00	16,00
52	11,00	16,00
53	24,00	16,00
54	24,00	16,00
55	24,00	16,00
56	17,00	16,00
57	24,00	16,00
58	24,00	,00
59	17,00	16,00
60	18,00	16,00
61	9,00	16,00
62	24,00	16,00
63	24,00	16,00
64	24,00	14,00
65	24,00	16,00
66	24,00	16,00
67	24,00	16,00
68	24,00	16,00
69	17,00	16,00
70	17,00	16,00
71	24,00	24,00
72	24,00	16,00
73	24,00	16,00
74	17,00	16,00
75	9,00	16,00