



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**BEM-ESTAR ESPIRITUAL E COMPORTAMENTOS DE  
CONTROLO DA DIABETES TIPO II**

ANA FILIPA VIEIRA BRITES MARQUES

Orientadora de Dissertação:  
PROF. DOUTORA MARIA JOÃO GOUVEIA

Coordenador do Seminário de Dissertação:  
PROF. DOUTORA MARIA JOÃO GOUVEIA

Tese submetida como requisito parcial para obtenção de grau de:  
MESTRE EM PSICOLOGIA  
Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Maria João Gouveia, apresentada no ISPA - Instituto Universitário, para obtenção de grau de Mestre em Psicologia Clínica.

*Quando estamos a fazer aquilo que nos propusemos fazer – quando estamos a fazer a nossa viagem pessoal –, tentamos atingir a unidade e a harmonia entre as forças concorrentes do mythos (mitologia); logos (razão), cosmos (ordem) e chaos (desordem), forças que puxam e empurram o ser humano em muitas direcções diferentes. A força capaz de unificar e harmonizar este quarteto – por outras palavras, o seu maestro – é o espírito.*

Marinoff (2005, p. 258)

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à minha orientadora de dissertação, Professora Doutora Maria João Gouveia, pela sua total disponibilidade, exigência, compreensão, apoio no decorrer da dissertação, que fez com que corresse pelo melhor.

À minha família, principalmente aos meus pais e irmão, pelo total apoio, compreensão, paciência e por me proporcionarem chegar até aqui, à conclusão de mais uma etapa da minha vida.

Aos meus amigos, em especial à Catarina, Rita, Inês, Patrícia, Mariana, Sofia e Ana Maria, pelo apoio incondicional, pela compreensão, ajuda e incentivo nos momentos menos bons.

Ao Centro de Saúde de São João da Talha que me possibilitou a recolha da amostra, assim como a todas as pessoas que se disponibilizaram para responder aos questionários, tanto no Centro de Saúde como fora desta instituição.

Um bem-haja a todos vocês, por nunca me terem deixado desistir e por me terem transmitido a vossa força.

## RESUMO

Com o passar dos anos, tem-se assistido a um aumento do número de estudos e publicações relativas à dimensão da espiritualidade e a sua relação com a saúde e o bem-estar das pessoas. É neste sentido que nos propomos estudar a relação entre a espiritualidade com os autocuidados com a diabetes e a saúde física e mental deste doentes crónicos, tendo em conta que são as crenças de cada utente que influenciam a sua adesão terapêutica. Assim, o objetivo deste estudo passa por verificar a relação entre o bem-estar espiritual com os autocuidados com a diabetes e a saúde física e mental, numa amostra de diabéticos tipo II. Os instrumentos utilizados foram o Questionário de Avaliação das Atividades de Autocuidados com a Diabetes, o Questionário de Avaliação da Saúde MOS SF-36 e o Questionário de Avaliação do Bem-Estar Espiritual. A amostra é constituída por 72 participantes, com idades compreendidas entre os 45 e 80 anos ( $M=60,82$ ;  $DP=9.28$ ), em que 42 (58,3%) são do sexo feminino. Os resultados deste estudo indicam que as dimensões de avaliação do bem-estar espiritual (em ambas as escalas – estado ideal e estado atual) se relacionam com uma melhor saúde mental (nomeadamente com as dimensões saúde mental e vitalidade) e com maior adesão a alguns comportamentos de autocuidados com a diabetes (especificamente, alimentação geral, medicação e monitorização da glicemia). Considera-se que este estudo é uma mais-valia na área da saúde, ao nível da compreensão dos fatores que podem estar relacionados com uma melhor adesão terapêutica. Para além disso, estudos futuros devem analisar e compreender a influência do bem-estar espiritual sobre estes comportamentos de controlo da doença, de forma a constatar se efetivamente o bem-estar espiritual influencia um maior controlo da doença por parte dos utentes e, consequentemente, melhoria ao nível da saúde física e mental.

**Palavras-chave:** Diabetes; Bem-Estar Espiritual; Saúde Física e Mental; Autocuidados com a Diabetes

## ABSTRACT

Over the years, we have seen an increase in the number of studies and publications on the dimension of spirituality and its relationship to health and well-being. This is why we propose to study the relationship between spirituality with self-care with diabetes and physical and mental health of the chronically ill, taking into account that are the beliefs of each user that influence their adherence. The objective of this study involves verify the relationship between the spiritual well-being with the self-care with diabetes and physical and mental health in a sample of type II diabetics. The instruments used were the Assessment Questionnaire of Self-care activities with Diabetes, the Health Assessment Questionnaire MOS SF-36 and the Spiritual Well-Being Assessment Questionnaire. The sample consisted of 72 participants, aged between 45 and 80 years ( $M = 60.82$ ,  $SD = 9.28$ ), in which 42 (58.3%) are female. The results of this study indicate that the dimensions of evaluation of spiritual well-being (in both scales - ideal state and current state) are related to better mental health (in particular the dimensions mental health and vitality) and greater adherence to some self-care behaviors with diabetes (specifically, general nutrition, medication and monitoring of blood glucose). It is considered that this study is an added value in health care, the level of understanding of the factors that may be related to better adherence. In addition, future studies should analyze and understand the influence of spiritual well-being of these disease control behaviors in order to determine whether indeed the spiritual well-being influence greater control of the disease by the users and hence improving the level of physical and mental health.

**Key-words:** Diabetes; Spiritual Well-Being; Physical and Mental Health; Diabetes Self-care

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
REVISÃO DA LITERATURA .....	4
Diabetes Mellitus Tipo II.....	4
Tratamento da Diabetes .....	6
Espiritualidade/ Bem-estar Espiritual e Comportamentos de Controlo da Diabetes .....	8
Espiritualidade e Religiosidade .....	8
Bem-Estar Espiritual.....	11
<i>Modelo de Bem-estar Espiritual de Fisher</i> .....	12
<i>O Spiritual Health And Life Orientation Measure</i> .....	14
Espiritualidade e Saúde.....	15
<i>Espiritualidade e Saúde Física</i> .....	16
<i>Espiritualidade e Saúde Mental</i> .....	17
Espiritualidade e Comportamentos de Controlo da Diabetes .....	18
<i>Autocuidados na Diabetes</i> .....	18
Objetivos e Hipóteses de Estudo .....	21
MÉTODO .....	23
Participantes.....	23
Caraterização sociodemográfica da amostra .....	23
Caraterização das variáveis comportamentais de estilo de vida.....	25
Instrumentos.....	26
Bem-estar Espiritual .....	26
Saúde Física e Mental.....	27
Autocuidado com a Diabetes.....	28
Procedimento .....	30
Recolha de dados .....	30
Análise de dados.....	31

RESULTADOS .....	32
Resultados descritivos das variáveis psicológicas em estudo.....	32
Bem-estar Espiritual .....	32
Saúde Física e Mental.....	33
Autocuidados com a Diabetes .....	34
Análise das Hipóteses de Estudo .....	34
Bem-estar espiritual e Saúde Física e Mental.....	35
Bem-estar espiritual e Autocuidados com a Diabetes .....	36
 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	 38
Limitações do Estudo e Sugestões de Estudos Futuros .....	41
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	 42

## ANEXOS

Anexo I – Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos

Anexo II – Questionário SHALOM

Anexo III – Questionário MOS SF-36

Anexo IV – Questionário Autocuidados com a Diabetes

Anexo V – Pedido de Autorização Comissão de Ética para a Saúde e Enf<sup>ª</sup>. Chefe

Anexo VI – Consentimento Informado

Anexo VII – Resultados Análise Estatística da Normalidade

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dimensões e respectivos itens da SHALOM .....	15
Tabela 2 - Resultados descritivos das dimensões de avaliação do bem-estar espiritual, no estado atual e ideal .....	32
Tabela 3 - Resultados da comparação de grupos pelo teste <i>Wilcoxon</i> entre a escala ideal e atual da espiritualidade .....	33
Tabela 4 - Resultados descritivos das dimensões de avaliação da saúde física e mental ...	34
Tabela 5 - Resultados descritivos das dimensões de avaliação dos autocuidados com a diabetes .....	34
Tabela 6 - Resultados da correlação de Spearman Rho da análise da relação entre as dimensões do bem-estar espiritual (escala ideal) e da saúde física e mental .....	35
Tabela 7 - Resultados da correlação de Spearman Rho da análise da relação entre as dimensões do bem-estar espiritual (escala atual) e da saúde física e mental .....	36
Tabela 8 - Resultados da correlação de Spearman Rho da análise da relação entre as dimensões do bem-estar espiritual (estado ideal) e dos autocuidados com a diabetes .....	37
Tabela 9 - Resultados da correlação de Spearman Rho da análise da relação entre as dimensões do bem-estar espiritual (estado atual) e dos autocuidados com a diabetes .....	37

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Bem-estar Espiritual de Fisher (Adaptado de Fisher, 1999, p.32) ...	14
Figura 2 – Constituição da amostra, por estado civil .....	23
Figura 3 – Constituição da amostra, por habilitações literárias .....	24
Figura 4 – Constituição da amostra, por tipo de atividade física .....	25

## INTRODUÇÃO

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica de etiologia múltipla, caracterizada principalmente por hiperglicemia crónica, distúrbios de metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, consequência da resistência do organismo na utilização da insulina ou insuficiência da sua produção (Garcia, 2010; Valdez, 2009). Sendo que a diabetes apresenta várias repercussões, com consequências que muitas vezes tornam o indivíduo incapaz de realizar as suas atividades de vida diária e que, por isso, afeta o seu estado psicológico e a sua qualidade de vida, o estudo desta doença torna-se relevante na nossa área de investigação. Em função da sua etiologia a Diabetes pode ser, Tipo I ou Tipo II (Direcção Geral de Saúde, 2011; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2011; Tahrani, Piya & Barnett, 2009), sendo que no nosso estudo optamos por avaliar apenas sujeitos com diabetes tipo II, sendo este o mais frequente.

Devido à tendência de crescimento da diabetes e das suas complicações, no Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD), salienta-se a necessidade de implementar estratégias no âmbito de programas de prevenção primários, secundários e terciários (DGS, 2008). Assim, tendo em conta o que foi referido, é importante centrar-nos nas variáveis que devem ser tidas em conta nos programas de prevenção, de forma a aumentar a qualidade de vida e bem-estar destes utentes. Desde logo, quando nos centramos nessa questão, compreendemos a importância de promover a adesão à terapêutica/autocuidados com a doença e a melhoria da saúde. Contudo, a adoção de autocuidados com a diabetes e a própria melhoria da saúde são influenciadas por diversas variáveis, como o caso da espiritualidade, que será alvo do nosso estudo.

Neste sentido, os autocuidados constituem uma variável essencial para os indivíduos com diabetes tipo II pois resulta na adoção de um regime de tratamento, baseado no cumprimento de um conjunto de comportamentos de cuidado pessoal que estabilizam os níveis de açúcar no sangue, reduzindo a ocorrência e gravidade das complicações diabéticas. Como referimos anteriormente, esta adesão terapêutica resulta de um conjunto de fatores importantes como o caso, por exemplo, das crenças desenvolvidas sobre a sua efetiva capacidade de intervir e controlar o seu próprio estado de saúde (Al-Qazaz, Harsali, Shafie, Sulaiman & Sunhan, 2011; Ardena, Paz-Pacheco, Jimeno, Lang, Paterno & Juban, 2010; Negarandeh, Mahmoodi,

Noktehdan, Heshmat, & Shakibazadeh, 2012). Para além disso, são também os autocuidados com a doença que vão influenciar a perceção de saúde física e mental dos indivíduos.

No seguimento do que foi referido, na literatura científica têm-se verificado um aumento do número de investigações sobre o conceito de espiritualidade na área de saúde. É importante referirmos que, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998; WHOQOL-SRPB Group, 2006), o conceito de saúde inclui uma dimensão relacionada com a espiritualidade, não sendo meramente a ausência de doença mas sim um estado completo de bem-estar físico, mental, social e espiritual. Assim, o bem-estar espiritual pode ser tanto um indicador de saúde como um fator que contribui para outras dimensões, como a saúde física e mental (Ferriss, 2002; Kim, 2003; Miller & Kelley, 2005; Oman & Thoresen, 2005). A literatura científica tem demonstrado a importância de aspetos da espiritualidade ao nível da saúde, nomeadamente no tratamento de doenças crônicas, na melhoria de quadros clínicos graves e no restabelecimento pós-cirúrgico (Contratada et al., 2004a; Contratada et al., 2004b; Freedland, 2004). Tendo em conta que vários estudos parecem evidenciar esta associação entre a espiritualidade e a saúde, torna-se importante compreender também a associação que esta dimensão tem com os comportamentos de saúde, nomeadamente com os autocuidados com a diabetes.

Atendendo ao exposto, mostra-se pertinente estudar a relação que se estabelece entre os autocuidados com a diabetes, a saúde e o bem-estar espiritual, de forma a compreendermos se esta dimensão influencia os pacientes no aumento da adesão terapêutica e melhoria da saúde física e mental.

Esta investigação desempenha um papel importante na área da saúde, ao abordar simultaneamente os comportamentos de controlo/autocuidados com a diabetes, a saúde física e mental destes doentes e o bem-estar espiritual. Torna-se um estudo fulcral na medida em que não foram encontrados estudos que incidam especificamente sobre a relação entre o bem-estar espiritual e os comportamentos de autocuidados com a diabetes.

Assim, esta investigação tem como objetivo compreender se o bem-estar espiritual se relaciona com os comportamentos de autocuidado com a diabetes tipo II e com a saúde física e mental. Segundo a revisão da literatura, os estudos têm apontado uma associação positiva entre a espiritualidade e os comportamentos de saúde, bem como uma melhor perceção de saúde física e mental em pessoas que apresentam maior bem-estar espiritual (Contratada et al., 2004a; Contratada et al., 2004b; Freedland, 2004; Marques, 2000).

Pretende-se assim, contribuir com informação pertinente para o desenvolvimento de futuros programas de intervenção, ajustados às necessidades específicas destes utentes, tendo como foco o aumento da adesão aos comportamentos de autocuidado com a diabetes e, conseqüentemente, uma melhoria na qualidade de vida e bem-estar.

## REVISÃO DA LITERATURA

A Diabetes *Mellitus* é uma doença crônica caracterizada por hiperglicemia, sendo que as suas principais características os distúrbios de metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, consequência da resistência do organismo na utilização da insulina ou insuficiência da sua produção (Garcia, 2011; Sierra, 2010; Valdés, Delgado, Alvarez & Cadóniga, 2010). Relativamente ao tratamento desta doença, que visa um controlo e equilíbrio constantes, a literatura é unânime ao afirmar que o paciente tem papel ativo no controlo da doença, podendo influenciar de modo significativo a história natural da doença. Assim, recordando sempre que o ser humano não é apenas um ser biopsicossocial mas também espiritual, torna-se pertinente abordar a espiritualidade como uma das variáveis que pode influenciar a adesão terapêutica destes utentes, nomeadamente ao nível dos autocuidados e da saúde física e psicológica.

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, o primeiro tópico deste estudo aborda a caracterização da diabetes tipo II, tendo em conta a epidemiologia, as complicações e o tratamento desta doença. De seguida serão abordados os conceitos de espiritualidade e bem-estar espiritual e de autocuidados com a diabetes. Por fim, a revisão da literatura finaliza com a relação entre bem-estar espiritual, autocuidados com a diabetes e saúde física e mental.

### **Diabetes Mellitus Tipo II**

A Diabetes *Mellitus* é uma doença de etiologia múltipla caracterizada por hiperglicemia crônica (taxa elevada de açúcar no sangue) com distúrbios do metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas resultantes da resistência do organismo na utilização da insulina, ou de uma relativa insuficiência na sua produção (secreção compensatória de insulina inadequada). A resistência em questão refere-se à perda de sensibilidade dos tecidos relativamente à insulina, que torna menos efetiva a estimulação para captar glicose (Fowler, 2007; Gambert & Pinkstaff, 2006; Garcia, 2011; Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002; OMS, 2011; Sierra, 2010; Valdés, Delgado, Alvarez & Cadóniga, 2010).

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

processo etiopatogénico foi devidamente identificado (ADA, 2011; Deshpande et al., 2008; Silva, 2006). Dos quatro tipos apresentados, a diabetes Tipo II apresenta-se como a forma mais comum da doença, representando cerca de 90 a 95% dos casos totais de diabetes (Tahrani, 2009).

A Diabetes tipo II é clinicamente silenciosa, pois pode ser assintomática durante muitos anos na maioria dos casos, sendo diagnosticada frequentemente em exames de rotina ou no decurso duma hospitalização por outra causa. Assim, o diagnóstico é muitas vezes efetuado tardiamente, aquando do aparecimento de complicações crónicas (ADA, 2011; OMS, 2011).

A Diabetes Tipo II constitui um grave problema de saúde pública pela sua elevada prevalência, atingindo proporções de uma verdadeira pandemia na sociedade contemporânea. É uma doença progressiva, associada a uma redução da qualidade e esperança de vida e aumento dos custos de saúde. Em 2009, os custos associados à diabetes representaram 9% da despesa de saúde pública (cerca de 0,9% do PIB). Segundo as estimativas da Organização Mundial de Saúde prevê-se que em 2025 haja 300 milhões de doentes diabéticos em todo o Mundo, sendo responsável, em 2011, pela morte de 3,4 milhões de pessoas principalmente por implicar um risco significativamente aumentado de doenças cardiovasculares (ADA, 2011; Organização Mundial Saúde, 2011; Úndem et al, 2009).

A situação portuguesa revela-se igualmente preocupante, registando-se anualmente a uma subida das taxas de incidência e prevalência. Salienta-se que Portugal apresenta a mais elevada taxa de mortalidade por diabetes de vários países europeus como a Alemanha, Espanha, França, Itália, Holanda, Reino Unido e Noruega (EUROSTAT, 2011; DGS, 2011; OMS, 2011). Os dados apresentam-se preocupantes, visto que a diabetes que representava 3% das causas de morte em 2000, representava em 2009 cerca de 4,4% do total de mortes registadas em Portugal, sendo que se tem assistido cada vez mais a um aumento desta doença. (Relatório Anual de Diabetes, 2011).

No que se refere às causas desta doença, o aparecimento da diabetes tipo II está associado a fatores genéticos (e.g. marcadores genéticos; história familiar), fatores comportamentais e o estilo e hábitos de vida (e.g. obesidade; excesso de peso; sedentarismo; alimentação inadequada; tabagismo; stress). Para além disso, podem-se salientar outros fatores de risco como a hipertensão (tensão arterial elevada), a hiperlipidémia (colesterol ou triglicéridos), concentração de colesterol, diabetes gestacional, doenças do pâncreas, doenças endócrinas, história de doença vascular, síndrome do ovário poliquístico, podem aumentar a suscetibilidade à diabetes tipo II (ADA,

2011; Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2010; Bradley, 2003; Deshpande et al., 2008; DGS, 2011; Silva, 2006).

Associada à diabetes existem múltiplas complicações que podem ir desde os sintomas caraterísticos, como a poliúria (sede constante e intensa), polidipsia (sensação de fome exagerada), polifagia, visão turva, fadiga, comichão e perda de peso, a um comprometimento vascular com consequentes danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente em vasos sanguíneos (DGS, 2011; Organização Mundial de Saúde, 2011; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2011; Tahrani, 2009). Deste modo, torna-se fundamental prevenir e tratar precocemente as complicações da diabetes *mellitus* tipo II, devido aos níveis elevados de morbidade e mortalidade que lhes estão subjacentes.

### **Tratamento da Diabetes**

Quando falamos do tratamento da diabetes vamos muito além da intervenção médica, sendo o mesmo complexo. É fundamental nestes casos focarmo-nos também na psicoeducação do doente acerca da doença e ajustar o seu comportamento às exigências da intervenção, promovendo a adoção de uma série de autocuidados por parte dos mesmos.

Um dos objetivos principais do tratamento visa a manutenção dos níveis de açúcar no sangue dentro dos valores aconselhados, de modo a prevenir a descompensação aguda e evitar o aparecimento e desenvolvimento de complicações tardias, como forma de garantir a qualidade e esperança de vida do paciente (Adolfsson, Starrin, Smide & Wikblad, 2008; Clark & Hampson, 2001; Eves & Plotnikoff, 2006; Wens, Vermeire, Heaenshaw, Lindenmeyer, Biot & Van Royer, 2008). Por esta razão, é importante que o diabético seja seguido por uma equipa de saúde multidisciplinar, com médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos, incluindo o próprio paciente que deve desempenhar um papel ativo no seu tratamento (DGS, 2011).

O esquema terapêutico da diabetes deve incidir sobre um conjunto de comportamentos de autocuidado com a doença, que devem ter em conta a medicação (e.g. os antidiabéticos orais, insulina), dieta, exercício físico, automonitorização glicémica, cuidados com os pés, abstinência tabágica e redução da ingestão de álcool (Caldeira & Osório, 2002; WHO, 2012).

Para Geulayov, Goral, Muhsen, Lipsitz e Gross (2010), o tratamento da diabetes diferencia-se do tratamento de outras patologias pelas dimensões que exige, sendo condição

necessária para a sua implementação o envolvimento dos fatores anteriormente mencionados. Assim, a interação ajustada destes fatores resulta necessariamente da implementação e desenvolvimento de um plano de educação do paciente que leve o diabético a aprender a viver com a sua doença, de forma a manter a sua qualidade de vida.

O plano de tratamento deve ser individualizado, resultando dum esforço comum entre o paciente e a equipa de saúde multidisciplinar (ADA, 2011; DGS, 2011). A promoção da educação do doente diabético é uma premissa fundamental na terapêutica da diabetes, na aquisição de forma adequada de treino e informação, que facilite a compreensão dos problemas e leve o diabético a criar novos hábitos de vida. Nesse sentido, a educação permite, a curto prazo, melhorias significativas em certos parâmetros biológicos, como o valor médio das glicemias, mas principalmente da adaptação à nova situação da doença, no que diz respeito à qualidade de vida e da sua capacidade para ser ele próprio o primeiro gestor da doença como forma de obter um controlo eficaz (Adolfsson, Walker-Engsteon & Wikblad, 2007; Bastiens, Sunaert, Wens, Bernard, Jenkins, Nobels, Snanwaert & Van Royen, 2009; Clark et.al, 2001).

Os programas de educação para indivíduos com diabetes têm demonstrado efeitos benéficos nas mudanças dos diversos fatores relacionados ao tratamento, nomeadamente nos resultados a curto prazo (e.g. controlo da glicemia, sintomas de hipoglicemia, colesterol, excesso de peso, hábitos de vida) na redução e progressão das complicações crónicas. Assim, verifica-se que o desenvolvimento e implementação de programas de intervenção se apresenta como fundamental ao nível da mudança de diversos fatores relacionados ao tratamento, principalmente, da adaptação à nova condição de doença. Em suma, a educação para a doença do paciente e o início programado da terapêutica farmacológica assumem um papel estruturante e central no tratamento da Diabetes Tipo II.

Sumariando, pelo facto de a diabetes ser uma doença com múltiplas repercussões para o indivíduo, quer a nível físico quer mental, e devido ao aumento considerável do número de casos nos últimos anos, torna-se fundamental estudarmos esta doença e, sobretudo, os fatores que levem a um aumento dos autocuidados com a diabetes por parte dos pacientes. Neste sentido, e tendo em conta que a espiritualidade tem sido também um tema cada vez mais estudado na área da saúde, parece pertinente abordar a sua relação com os comportamentos de autocuidados com a

diabetes. Isto porque tem sido apontado pela literatura que o bem-estar espiritual se relaciona de forma positiva com os comportamentos de saúde, assim como com a percepção de saúde física e mental dos indivíduos com diabetes (Contratada et al., 2004a; Contratada et al., 2004b; Freedland, 2004; Marques, 2000).

## **Espiritualidade/ Bem-estar Espiritual e Comportamentos de Controlo da Diabetes**

Neste capítulo iremos focar-nos, inicialmente, em compreender os conceitos de espiritualidade, religiosidade e bem-estar espiritual, incidindo, também, sobre o modelo de bem-estar espiritual de Fisher, de forma a compreendermos aquilo que nos propomos estudar. Seguidamente será abordada a importância da espiritualidade na saúde e a relação com a saúde física e mental. Será também abordada a relação entre a espiritualidade e os comportamentos de controlo da doença, especificamente sobre os comportamentos de autocuidados com a diabetes.

### **Espiritualidade e Religiosidade**

Estudos revelam que existe uma certa dificuldade em definir o fenómeno da espiritualidade por ser multidimensional, na medida em que, existem inúmeras definições e significados deste constructo. Além disso, a definição dos conceitos de espiritualidade e religiosidade tem dividido a opinião dos cientistas. Se por um lado alguns autores afirmam que estes conceitos se diferenciam claramente (MacDonald, 2000; Moberg, 2008; Muller, Plevak & Rummans, 2001; Van Dierendonck, 2005), por outro lado alguns referem que estes se relacionam (George, Ellison & Larson, 2002; Idler, Musick, et al., 2003; Pargament & Mahoney, 2002; Vella-Brodrick & Allen, 1995).

Quando se começou a abordar o conceito de espiritualidade, este encontrava-se ligado à religiosidade tendo em conta que a religião se baseava na análise das crenças, emoções, práticas e relações dos indivíduos, ligadas a um poder divino, mas também ao modo como estas eram utilizadas para ajudar as pessoas a lidar com questões como o sentido da morte, a solidão, o sofrimento e a injustiça (Pargament, 1997).

Com o passar dos anos, apesar os autores assumirem estes constructos como iguais ou muito semelhantes, assistimos a uma mudança relativamente à definição dos mesmos. Isto porque

começamos a assistir ao surgimento de novas religiões alternativas às tradicionais e novas formas de fé e de expressão da espiritualidade (e.g. yoga, feng shui, zen, budismo) (Moberg, 2008).

Neste sentido, para Mueller, Plevak e Rummans (2001), que encaram estes dois constructos como diferentes, a espiritualidade é um conceito mais amplo que a religião (Oliveira, 2012). Pode ser definida como a procura pessoal para respostas compreensíveis, para questões existenciais, sobre significado e de objetivos da vida relacionados com o sagrado ou transcendente, que podem ou não levar ou originar o desenvolvimento de rituais religiosos e formação de uma comunidade (Koenig, et al., 2001). Ou seja, a espiritualidade pode ou não estar vinculada a uma religião, sendo que, as pessoas podem ter crenças individuais sem ser religiosas ou a crenças e atividades específicas de uma religião (APA, 2008).

No mesmo sentido, Moberg (2008) apresenta uma visão distinta dos conceitos de espiritualidade e religião, reconhecendo a primeira como a experiência pessoal, ao nível das crenças e valores, de cada indivíduo e, a segunda, como a participação em rituais e atos de fé formais. Contudo, é importante compreender que esta diferença não se trata de definirmos como melhor ou pior um ou outro conceito e que os mesmos não devem ser vistos como incompatíveis.

Focando-nos individualmente em cada um destes conceitos, para autores como Pinto e Ribeiro (2010), a espiritualidade é algo pessoal, subjetivo e enfatiza a vida. Contudo, para Hill e Pargament (2008), a espiritualidade não deve ser considerada como individual, pois esta é uma visão incompleta, que diminui a importância desta dimensão. Para além disso, a espiritualidade está relacionada com questões sobre o significado e o propósito da vida, com crenças em aspetos espirituais para justificar a sua existência e significados (Sead et al., 2001; Powell et al., 2003 cit in Guimarães & Avezum, 2007).

Autores como Pinto e Ribeiro (2010) definem espiritualidade como os sentimentos e crenças profundas, muitas vezes, incluindo um estado de paz, conexão aos outros e as suas crenças sobre significado e o propósito da vida. Para além disso, segundo Worthington, Kuru e McCullough (1996, cit in Molzahn, 2007), a pessoa espiritual é aquela que acredita, valoriza ou tem devoção a algum poder considerado superior, mas não necessariamente possui crenças religiosas ou é devoto de religião institucionalizada.

Para além disso, Netto (2002) apresenta uma definição de espiritualidade mais abrangente deste conceito, composta por três dimensões distintas: 1) espiritualidade como participação em uma instituição religiosa – comportamento objetivo, expressão formal da espiritualidade; 2)

espiritualidade individual e/ou subjetiva – movimento ou disposição interna, que se refere a uma experiência interna e pessoal em resposta a eventos da vida; 3) espiritualidade expressa como crença integrativa que dá sentido e significado à existência humana. Assim, tanto é espiritual uma pessoa devota dentro de uma religião tradicional, como alguém que tem experiência mística ou uma pessoa não religiosa que busca sentido para a vida (Oliveira, 2012).

Por sua vez, o conceito de religiosidade, assenta num conjunto de estruturas sociais e práticas que são definidas com vista à expressão da espiritualidade humana (Moberg, 2008). Ressalva-se, ainda, que a prática da religião pode ser diferente de país para país, apesar de algumas religiões serem transversais a diferentes países e culturas.

De uma forma mais específica, Okulicz-Kozaryn (2010) indica que a religiosidade se divide em dois tipos: o social, que se refere à participação em atividades religiosas em grupo e organizadas, e o individual, que se refere às crenças pessoais de cada indivíduo em relação a uma determinada entidade ou força divina e à importância que a mesma tem na sua vida.

Em Portugal, a população identifica-se na sua maioria como católica, apesar de nos últimos anos termos assistido a um ligeiro decréscimo e, ao mesmo tempo, um aumento do número de pessoas que se afirmam como praticantes de outras religiões ou sem religião (UCP, 2011).

Apesar destes constructos terem vindo a ser identificados e definidos como distintos, alguns autores defendem ainda que a separação dos mesmos poderá trazer mais prejuízos do que benefícios, uma vez que apresentam mais em comum do que de diferente (Pargament, et al., 2000). Nesta ótica, ambos os conceitos estão relacionados pela procura, pessoal ou em grupo, “pelo sagrado”, tendo em conta que o conceito de sagrado vai além do Divino e abrange também os acontecimentos de vida ou objetos que representem o sagrado (Hill & Pargment, 2003).

Além disso, em uma revisão da literatura, foram indicadas características que definem o constructo da espiritualidade, tendo em conta a saúde e que hoje parecem ser considerações consensuais entre os autores (Chiu, Emblen, VanHofwegen, Sawatzky, & Meyerhoff, 2004; Sawatzky, Ratner, & Chiu, 2005). Assim, a espiritualidade diz respeito à relação com uma entidade transcendente, definida como “Deus ou Divindade”, “força superior” e “realidade última” (Dyson et al, 1997; Thoresen, 1999); associa-se à procura pelo sentido da vida (Hill et al, 2000; Zinnbauer & Pargament, 2005); é definida por experiências de cada sujeito, não tendo, necessariamente, que ser expressas por comportamentos ou práticas formais e pré-definidas

(MacDonald, & Friedman, 2002; Vaughan, 2002) e distingue-se da religião (Moberg, 2008; Tazaki, 2005).

Em suma, na literatura científica existem múltiplas opiniões e definições sobre ambos os constructos, sendo que alguns autores assumem a sobreposição de ambos enquanto outros afirmam que são dimensões distintas. Podemos ainda acrescentar que, durante o nosso estudo, iremos assumir que estes conceitos, apesar de se apresentarem como muito próximos e, por vezes, usados como iguais/semelhantes, são distintos (Koenig, et al., 2001; Moberg, 2008; Pinto & Ribeiro 2007), sendo que a espiritualidade se apresenta como uma dimensão mais abrangente e individual e a religiosidade mais relacionada com questões institucionais e de vivência social.

### **Bem-Estar Espiritual**

Segundo a literatura científica, a espiritualidade é uma dimensão que se enquadra na saúde e, por isso, o bem-estar espiritual e a saúde espiritual tem sido mencionados como sinónimos, tal como os utilizaremos neste estudo.

Hoje em dia, quando nos referimos ao conceito de bem-estar, compreendemos que o mesmo assenta numa visão holística da pessoa, uma vez que não nos referimos apenas a uma dimensão física, mental ou social mas também a uma dimensão espiritual. Assim, segundo a própria OMS (1983, cit in Fleck & Skevington, 2007), integrou-se também a dimensão espiritual na saúde, pela importância da mesma, tendo passado o bem-estar espiritual a ser uma das componentes da definição de saúde.

Tal como os constructos anteriormente mencionados, o conceito de bem-estar espiritual não é consensual segundo os diversos autores, verificando-se diversas definições e consideradas diferentes dimensões sobre o mesmo. Apesar das múltiplas definições deste conceito, todos os autores mencionam que o bem-estar espiritual é independente da dimensão religiosa e um conceito multidimensional (Fisher, 2010a; Pargament & Mahoney, 2005).

De uma forma geral, o conceito de bem-estar espiritual pode ser definido como a expressão de uma boa saúde espiritual e um indicador de qualidade de vida na dimensão espiritual (Fehring, Miller & Shaw, 1997 cit in Fisher, 2011).

Alguns autores definem o conceito de bem-estar espiritual assente em duas dimensões: uma denominada de bem-estar religioso (eixo vertical) e outra de bem-estar existencial (eixo

horizontal) (Beck, Baker, Robbins & Dow, 2001; Ellison, 1983; Paloutzian & Ellison, 1982). Segundo os mesmos autores, o primeiro eixo refere-se à relação com Deus e o segundo à satisfação e sentido de propósito de vida.

Vários autores têm-se focado na definição do bem-estar espiritual mas, apesar disso, esta continua a ser uma componente multidimensional e sem consenso. Porém, numa revisão da literatura publicada por Westgate (1996), verificamos que, até ao momento em que foi publicada a mesma, era possível resumir as definições propostas para o conceito de bem-estar espiritual em quatro dimensões: 1ª Sentido e propósito na vida; 2ª valores intrínsecos, que são a base do comportamento individual; 3ª crenças e experiências transcendentais, embora varie a forma como cada autor a refere; 4ª comunidade de suporte e partilha de valores, que inclui noções como relacionamento com Deus ou outros, altruísmo e um desejo de ajudar os outros e amor que implica trabalho para o bem comum.

Numa revisão mais recente do conceito de bem-estar espiritual, Miller e Foster (2010) sintetizam as diferentes opiniões formadas sobre este conceito e indicam que os aspetos principais do bem-estar espiritual são a criação de valores e crenças pessoais por cada indivíduo para com o propósito de vida, de si mesmo em relação aos outros, da comunidade, natureza, universo e de um poder superior. Assim, o bem-estar espiritual é encontrado dentro de uma comunidade partilhada e existe um processo contínuo para encontrar significado e propósito de vida.

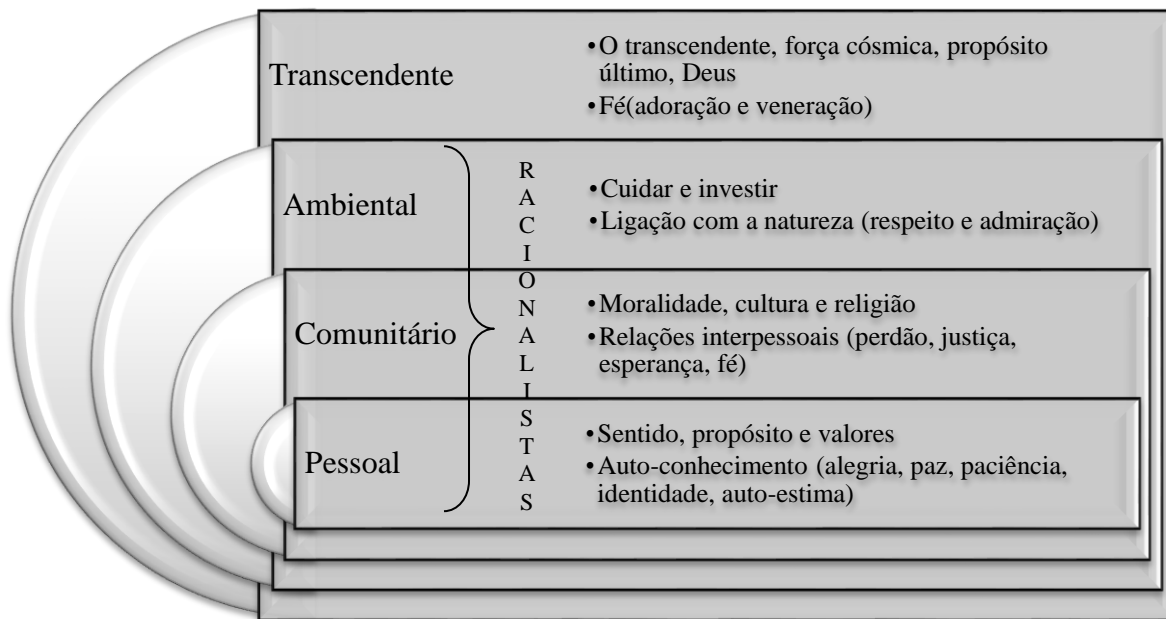
Até este ponto, todas as definições de bem-estar espiritual analisadas e apresentadas não são assentes em nenhum modelo teórico. Segundo a literatura científica, o modelo que se distingue, a esses níveis, é o de Fisher (1999, 2010a), que tendo sido fundamentado num conjunto de dados empíricos qualitativos (Fisher, 1999, 2010a) e operacionalizado e validado (Fisher et al., 2000; Gomez & Fisher, 2003, 2005a,b). Neste sentido, tendo em conta que este é o modelo que fundamenta a operacionalização de bem-estar espiritual neste estudo, no próximo tópico passámos a descrever o mesmo.

### ***Modelo de Bem-estar Espiritual de Fisher***

De forma a procurar uma definição abrangente e empiricamente sustentada de bem-estar espiritual, Fisher (1999, 2010a) reuniu os quatro sistemas de relação propostos pela definição

consensual da National Interfaith Coalition on Aging (NICA). Desta forma, realizou um estudo com uma amostra de 98 professores do ensino secundário, de forma a compreender como os mesmos definiam a saúde espiritual dos seus alunos e quais os fatores que contribuía para a mesma. Assim, da análise deste trabalho, Fisher (1999) concluiu que o bem-estar espiritual é um estado dinâmico, expresso pelo grau de harmonia e qualidade das relações que cada um estabelece consigo próprio, com os outros, com o ambiente e com o Outro transcendente. Neste sentido, esta definição engloba quatro domínios de relação, fundamentais para o bem-estar espiritual, sendo eles a) o domínio pessoal, que se refere ao modo como a pessoa se relaciona consigo própria em termos de significado, propósito e valores na vida; b) o domínio comunitário relacionado com a qualidade e profundidade das relações interpessoais entre o próprio e os outros; c) o domínio ambiental, que diz respeito à proteção e cuidado com o mundo físico e biológico; e d) o domínio transcendente, que expressa as relações do eu com algo ou alguma coisa transcendente (Figura 1). Além disso, estas mesmas dimensões podem, ainda, dar-nos um nível de bem-estar espiritual geral do indivíduo.

Neste sentido, Fisher (2010a, 2011) indica que, apesar de estas quatro dimensões se apresentarem como distintas, as mesmas são inseparáveis. Contudo, o autor do modelo constatou que nem todas as pessoas desenvolvem ou valorizam de modo igual os quatro domínios (Fisher, 1999; 2007; Fisher et al., 2000). Muitas pessoas priorizam ou centram-se exclusivamente num dos domínios relacionados, o que, a partir desta informação, possibilitou a definição de cinco perfis ou tipos de bem-estar espiritual, tendo em conta as características das pessoas que definem o bem-estar espiritual centrado num domínio (Fisher, 1999, 2010a), sendo eles a) personalistas (pessoas que adotam o domínio pessoal como bem-estar espiritual); b) comunitários (são pessoas que adotam o domínio comunitário como bem-estar espiritual); c) ambientalistas (são pessoas que adotam o domínio ambiental como bem-estar espiritual); d) globalistas (são pessoas que adotam o domínio transcendental como bem-estar espiritual); e e) racionalistas (são pessoas que adotam os aspetos do conhecimento inerentes aos três primeiros domínios).



Figural – Modelo de Bem-estar Espiritual de Fisher (Adaptado de Fisher, 1999, p.32)

Este modelo conceitual deu lugar ao desenvolvimento de instrumentos que permitem a mensuração das dimensões abordadas (Fisher et al., 2000; Fisher, Francis, & Johnson, 2002; Gomez & Fisher, 2003). Para além dos instrumentos que surgiram do modelo de Fisher, muitos outros se propõe a avaliar a espiritualidade e bem-estar espiritual. Porém, na revisão das medidas de mensuração destes constructos iremos apenas focar-nos na que utilizamos no nosso estudo, *Spiritual Health And Life Orientation Mesure* (SHALOM).

### ***O Spiritual Health And Life Orientation Mesure***

Este instrumento é uma versão mais recente do *Spiritual Well-Being Questionnaire* (SWBQ) (Fisher, 2006, 2007, 2008). O instrumento foi desenvolvido pelo mesmo autor, com uma amostra de 850 estudantes, sendo uma amostra diversificada, com adolescentes e adultos até aos 37 anos e de diferentes culturas e religiões.

Do mesmo modo que a SWBQ, a SHALOM assenta nos 4 domínios conceptuais que dizem respeito aos domínios propostos por Fisher. O domínio Pessoal inclui itens que abordam o modo como a pessoa se relaciona consigo própria em termos do significado, propósito e valores na vida; o Comunitário, com indicadores que expressam a qualidade e profundidade das relações

interpessoais e a disponibilidade face aos outros; o Ambiental que lida com a proteção e cuidado com o mundo físico e biológico, incluindo um sentimento de respeito, admiração e de união com a natureza; e o Transcendental refere-se às relações do eu com algo ou alguma coisa para além do nível humano, como uma força cósmica, uma realidade transcendente ou Deus, e envolve sentimentos de fé, adoração e culto ou veneração, relativamente à fonte de mistério do universo (Tabela 1).

Para além disso, este instrumento vem introduzir a avaliação não apenas da experiência atual mas também a importância que ele atribui a cada indicador e domínio, tendo em conta um estado de saúde espiritual ideal. Deste modo, este instrumento permite-nos obter uma medida de comparação intra-individual (Fisher 2010a).

Tabela 1

*Dimensões e respetivos itens da SHALOM*

Dimensão	Itens
Dimensão Pessoal	Sentido de identidade Autoconhecimento Alegria na vida Paz interior Significado na vida
Dimensão Comunitária	Amor para com os outros Perdão face aos outros Confiança nos outros Respeito pelos demais Bondade para com as outras pessoas
Dimensão Ambiental	Ligação com a Natureza Maravilha perante uma vista deslumbrante Harmonia com o ambiente Sentido de magia no ambiente
Dimensão Transcendental	Relação pessoal com o Divino/ Deus Adoração do Criador Unidade com Deus Paz com Deus Vida de oração

## **Espiritualidade e Saúde**

Atualmente temos assistido, no mundo ocidental, a uma crescente preocupação por parte das pessoas em conseguirem controlar a sua própria saúde, através de manuais de autoajuda, de

procura de estratégias e técnicas para um melhor bem-estar e felicidade, na busca de significado para a sua vida (Fisher, 2010a; Van Dierendonck & Mohan, 2006). Além disso, deparamo-nos também, nos últimos anos, a um aumento considerável do número de estudo sobre a espiritualidade e a saúde (McCullough et al., 2000; Powell et al., 2003; Sawatzky et al., 2005).

Tal como já foi referido quando abordamos o conceito de bem-estar espiritual, a espiritualidade vem sendo proposta como um componente fundamental para a mensuração adequada da qualidade de vida relacionada com a saúde (O'Connell & Skevington, 2007; WHOQOL-SRPB Group, 2006). Além disso, a própria OMS integrou já o conceito de espiritualidade na definição de saúde, assumindo que esta é uma dimensão importante e fundamental (WHOQOL-SRPB Group, 2006).

Tendo em conta a revisão já elaborada sobre os conceitos de espiritualidade, religiosidade e bem-estar espiritual, bem como toda a complexidade que a definição dos mesmos abarca, neste tópico iremos centrar-nos na revisão dos estudos que abordam o impacto da espiritualidade na saúde física e na saúde mental. Em ambas as relações entre as variáveis é importante termos em consideração que a maioria dos estudos são de natureza correlacional e, por isso, estão sujeitos a variáveis de interferência que possivelmente não são controladas.

### ***Espiritualidade e Saúde Física***

Vários são os estudos que tem comprovado uma associação positiva entre a espiritualidade e a saúde física (Miller & Kelley, 2005; Miller & Thoresen, 2003; Oman & Thoresen, 2005). Efetivamente, têm sido usados vários indicadores de saúde física, como as taxas de mortalidade, morbidade e recuperação de doenças de forma a compreender esta associação (Oman & Thoresen, 2005).

Segundo uma revisão elaborada por Powell e colaboradores (2003) é clara a associação positiva entre a espiritualidade e os indicadores de longevidade, tendo em conta que foram controladas as possíveis variáveis de interferência.

Num outro estudo de McCullough e colaboradores (2000), evidenciou-se uma redução de 25% nas taxas de mortalidade associada à frequência nos serviços religiosos. Na mesma ótica, Hummer, Rogers, Nam e Ellison (1999) apresentaram, no seu estudo, resultados semelhantes aos

anteriores no que diz respeito às doenças cardiovasculares, com uma taxa de 40% de redução da mortalidade, apesar de não terem verificado a mesma situação relativamente ao cancro.

Relativamente à relação entre espiritualidade e morbidade, os estudos sugerem uma associação negativa entre estas variáveis, no que concerne a doenças cardíacas, imunitárias, cancro, hipertensão e dor (Koenig et al., 2001). Também Powell e colaboradores (2003) verificaram que a espiritualidade parece ser um protetor de doenças mais do que ajudar no processo de recuperação das mesmas.

### *Espiritualidade e Saúde Mental*

No século XX, os cientistas atribuíam à religiosidade um efeito negativo para o funcionamento psicológico, sem fundamentação e investigações epidemiológicas que sustentassem essas crenças, fundadas apenas em teorias e crenças pessoais (George, Ellison & Larson, 2002).

A relação entre a espiritualidade e a saúde mental incide sobretudo em investigações qualitativas. De um modo geral, os estudos têm demonstrado uma associação positiva entre a espiritualidade e o bem-estar psicológico, satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado (Koenig et al., 2001). Por sua vez, tende a apresentar uma correlação negativa entre espiritualidade e variáveis ao longo do ciclo de vida (Ingersoll-Dayton, Krause, & Morgan, 2002), com a depressão (Schnittker, 2001), a ansiedade geral (Koenig, Ford, George, Blazer, & Meador, 1993), a ansiedade de morte (Pressman, Lyons, Larson, & Gartner, 1992) e o “distress” (Ross, 1990).

Se por um lado os estudos tendem a identificar os “crentes” como relacionados com níveis mais elevados de saúde mental, por outro, Miller e Kelley (2005) demonstraram que nos extremos relativamente à religião, ou seja, os “crentes” e os “não crentes”, são os que apresentam piores indicadores de saúde mental.

Para além disso, alguns inquéritos epidemiológicos também têm demonstrado que a espiritualidade/ religiosidade poderão ser um indicador de saúde mental (Levin & Chatters, 1998).

Estudos relatam também uma associação entre a saúde física e mental, sendo que benefício na saúde física relativamente à espiritualidade estão, normalmente, relacionados com

ganhos na saúde mental, nomeadamente melhores relações sociais, aquisição de estratégias de coping e comportamentos de saúde mais adequados (George, Ellison & Larson, 2002; Paloutzian & Park, 2005; Pargament & Mahoney, 2002).

É tendo em conta esta relação entre a espiritualidade com a saúde, nomeadamente ao nível da aquisição de comportamentos de saúde que nos vamos focar no próximo tópico.

## **Espiritualidade e Comportamentos de Controlo da Diabetes**

A literatura apresenta-se escassa no que concerne a associação entre a espiritualidade com os comportamentos de controlo das doenças.

Antes de falarmos sobre os comportamentos de controlo da doença, em específico os autocuidados com a diabetes, é importante fazermos uma pequena abordagem aos comportamentos de saúde.

Segundo Carter e colaboradores (2007) refere que os comportamentos de saúde se referem aos comportamentos que podem promover a saúde de um indivíduo. Porém, estes comportamentos têm merecido menos atenção por parte da investigação científica comparados com os comportamentos de risco. Alguns dos comportamentos de saúde podem ser por exemplo a prática de exercício físico, o uso de equipamentos de segurança, a alimentação cuidada e equilibrada, entre outros. Deste modo, compreendemos que os autocuidados com a diabetes podem ser considerados comportamentos de saúde, na medida em que a pessoa têm que adotar um conjunto cuidados para a sua saúde.

Assim, consideramos fundamental estudar e analisar a relação que se estabelece entre a espiritualidade e os comportamentos de autocuidados com a diabetes. Seguidamente será feito um enquadramento do que são os autocuidados com a diabetes para posteriormente passarmos à definição dos objetivos e hipóteses de estudo.

### ***Autocuidados na Diabetes***

O conceito de autocuidado é definido como o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam para seu benefício de modo a manter a vida, a saúde e o bem-estar (Milhomen, Mantelli, Lima, Bachion & Muman, 2008). A ação do autocuidado é a capacidade do

indivíduo de conseguir incorporar e executar as práticas de autocuidado prescritas, para a condição diagnosticada, de forma a controlar-se ou manter-se dentro dos limites aconselhados (Orem, 1993 cit in Fick, 2006). Quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento do indivíduo.

Quando falamos da diabetes tipo II espera-se que o paciente tenha a capacidade de adotar um regime de tratamento, que tem como objetivo principal a aquisição e cumprimento de um conjunto de comportamentos de autocuidado, de modo a que os valores de açúcar no sangue se mantenham dentro dos parâmetros normais aconselhados, controlando, assim, a sua doença.

O modelo teórico que permite explicar a medida em que o comportamento do paciente (e.g. seguir a dieta; fazer exercício físico e tomar a medicação) coincide com as recomendações médicas é o Modelo Desenvolvimental de Adesão ao Tratamento de Kristeller e Rodin, (1984). Segundo este modelo podemos considerar três estádios: o primeiro estágio representa a fase inicial e é designado de “compliance”, em que a pessoa concorda com o tratamento; o segundo estágio diz respeito à fase em que o paciente prossegue com o tratamento que aceitou na fase inicial, mas com uma supervisão mais reduzida, ou seja, pode ser encarado como uma transição para o autocuidado, em que o paciente tem de lidar com os obstáculos que possam surgir e ameaçar o cumprimento do tratamento; e por fim, o terceiro estágio correspondente à manutenção ou persistência do comportamento de autocuidado, em que a pessoa tem a capacidade de manter o tratamento integrando-o nos seus hábitos e estilo de vida. Assim, este modelo pressupõe que a adesão consiste num *continuum*, cuja meta é o cumprimento do tratamento de forma autónoma por parte do paciente, sendo o objetivo primordial que o mesmo consiga adotar e manter os comportamentos de autocuidado (Pais-Ribeiro, 1998).

Os autocuidados na diabetes requerem a colaboração ativa do paciente na adaptação à doença e englobam um conjunto de comportamentos para gerir a própria doença, que envolve o uso de fármaco, bem como a mudança dos hábitos alimentares e de estilo de vida (automonitorização da glicose, cuidado com os pés, a dieta, o exercício físico, a medicação e controlo do consumo de álcool e abstinência tabágica) (ADA, 2011; Hill- Briggs, Gary, Bone, Hill, Levine & Bracarti, 2005; Hu & Tuomilehto, 2007; Maun, Ponieman, Leventhal & Halm, 2009; Ogden, 2004).

Sendo a literatura científica os indivíduos que aderem às recomendações terapêuticas de autocuidado têm um papel ativo e colaborante na implementação do regime terapêutico, o que permite manterem-se controlados e dentro dos parâmetros estabelecidos (ADA, 2011; Davies & Srinivasen, 2006; DGS, 2011; Gazmararia, Ziemer & Barnes, 2009; Hill-Briggset et al, 2005; Minet, Moller, Vach, Wagner & Henriksen, 2010; Raunet et al, 2012; Smith et al, 2012; Tonstad, 2009). Por outro lado, os diabéticos que não aderem aos comportamentos de controlo da doença não conseguem gerir de forma eficaz o regime terapêutico proposto, facto que os torna mais propensos ao aparecimento de complicações relacionadas com a diabetes, traduzindo-se no conseqüente agravamento do estado de saúde (Hartz, Kent, James, Xu, Kelly & Daly, 2006; Jordan & Jordan, 2010; Raun et al, 2012; Smith et al, 2012; Song & Lipmant, 2008)

A revisão da literatura permite constatar que, à semelhança do que sucede com as doenças crónicas em geral, os diabéticos tendem a uma baixa adesão dos diferentes componentes de tratamento, ou seja, um número considerável de pacientes diabéticos não se envolve em comportamentos de autocuidados de modo a otimizar o seu controlo glicémico (Hartz et.al, 2006; Jordan et.al, 2010; Song et.al, 2008). Neste sentido, verifica-se que existe um conjunto de fatores que têm vindo a ser associados à não adesão terapêutica, como as características dos pacientes, tais como o nível educacional, a idade, o género, apoio familiar, as crenças do paciente face à doença e respetivo tratamento, a perceção de autoeficácia na realização dos autocuidados; as características da doença e fatores de tratamento, como a gravidade e sintomatologia percebida e a perceção de autoeficácia na realização dos autocuidados (Bonds et al., 2004; Gatt & Sammut, 2008; Hartz et al., 2006; Jordan et al. 2010; Raun et al., 2012; Silva, 2006; Smith et al, 2012). É neste sentido que surge a importância de avaliarmos a relação da espiritualidade com os comportamentos de autocuidados com a diabetes, de forma a compreendermos se os mesmos são influenciados ou não por esta dimensão.

O controlo glicémico só pode ser alcançado quando os pacientes diabéticos se envolvem com maior frequência em comportamentos de autocuidados recomendados pelos profissionais de saúde. A não adesão aparece associada a uma menor realização de comportamentos de autocuidado, menor controlo da doença, ao risco do desenvolvimento das complicações inerentes à doença, refletindo-se no aumento dos níveis de Hemoglobina Glicosilada (A1C). Assim, torna-se fulcral analisarmos e compreendermos as variáveis que podem estar associadas ao aumento da

adesão terapêutica por parte dos pacientes, para que estes pacientes possam ter uma maior qualidade de vida e bem-estar.

## **Objetivos e Hipóteses de Estudo**

Esta investigação desempenha um papel importante na área da saúde, uma vez que se pretende descrever a relação existente entre o bem-estar espiritual com os comportamentos de autocuidados e com a saúde física e mental. Além disso, revela-se um estudo inovador na medida em que não existem estudos que incidam sobre a associação entre o bem-estar espiritual e os autocuidados com a diabetes.

Tendo por base a revisão da literatura efetuada acerca dos processos de autogestão da Diabetes Tipo II, esta investigação tem como objetivo compreender se o bem-estar espiritual se relaciona com os comportamentos de autocuidado com a diabetes tipo II e com a saúde física e mental.

Tal como verificamos na revisão da literatura, as investigações têm incidido cada vez mais sobre o estudo da relação entre a espiritualidade e a saúde. Além disso, verificamos que a maioria das meta-análises e revisões sistemáticas sobre o papel da espiritualidade na saúde física, apontam para uma associação positiva entre a espiritualidade e a longevidade e uma associação negativa com a mortalidade e a morbilidade (Koenig et al., 2001; McCullough et al., 2000; Powell et al., 2003; Rogers, Nam & Ellison, 1999). Além disso, têm ainda apresentado, no que concerne à relação entre a espiritualidade e a saúde mental, uma associação positiva com a satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado (Koenig et al., 2001) e uma associação negativa com a depressão (Schnittker, 2001), a ansiedade geral (Koenig, Ford, George, Blazer, & Meador, 1993), a ansiedade de morte (Pressman, Lyons, Larson, & Gartner, 1992) e o “distress” (Ross, 1990). Verificou-se ainda que a espiritualidade apresenta uma associação positiva com os comportamentos de saúde adequados (George, Ellison & Larson, 2002; Paloutzian & Park, 2005; Pargament & Mahoney, 2002), apesar de existirem poucos estudos que se foquem especificamente sobre esta associação. Acrescenta-se que não foram encontrados estudos que se foquem na relação entre estes constructos na diabetes. Deste modo, propomos estudar especificamente a associação desta dimensão com os comportamentos de autocuidados com a diabetes, assim como com a saúde física e mental destes doentes crónicos.

Tendo em conta toda a revisão da literatura efetuada, bem como a definição dos objetivos de estudo, são apresentadas as seguintes hipóteses de estudo:

H1 – O bem-estar espiritual está associado positivamente a todas as dimensões de avaliação da saúde física e mental.

H2 – O bem-estar espiritual está positivamente associado à todas as dimensões de avaliação dos comportamentos de autocuidados com a diabetes.

## MÉTODO

No que se refere ao *design* do estudo, este assenta numa abordagem quantitativa de natureza observacional, de carácter descritivo e correlacional. É um estudo transversal, dado que a avaliação foi recolhida num único momento, permitindo fazer a associação entre variáveis.

O tipo de amostragem é não aleatório por conveniência, uma vez que a amostra não é representativa da população em estudo.

### Participantes

#### Caraterização sociodemográfica da amostra

A amostra é constituída por 72 sujeitos, com idades compreendidas entre os 43 e 80 anos ( $M=60,82$ ;  $DP=9.28$ ). Destes, 42 participantes são do sexo feminino (58,3%) e 30 do sexo masculino (41,7%). O peso varia entre 50 e 114 kg ( $M=77,65$ ;  $DP=12.26$ ) e a altura entre 1,47 e 1,80 m ( $M=1,64$ ;  $DP=.08$ ). Além disso, 42 (58,3%) são do meio urbano em comparação com 29 (40,3%) do meio rural. A maioria dos participantes são casados ( $n=53$ ; 73,6%), 14 (19,4%) são viúvos, três (4,2%) são divorciados, um (1,4%) é solteiro e outro (1,4%) vive em união de facto.

Relativamente ao agregado familiar, o número de elementos varia entre 1 a 5 ( $M=2,47$ ;  $DP=.99$ ). Além disso, a maioria dos participantes residem com o marido/mulher ( $n=28$ ; 38,8%) ou com marido/mulher e os filhos ( $n=20$ ; 27,8%). A Figura 2 apresenta os dados detalhados da constituição do agregado familiar.

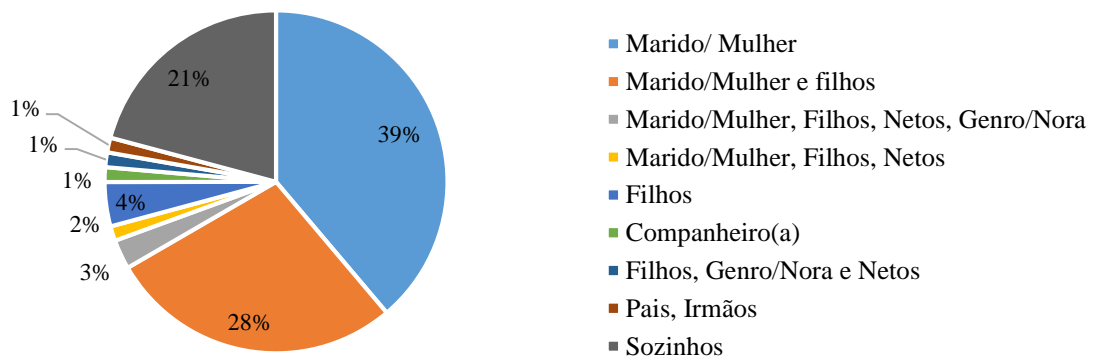
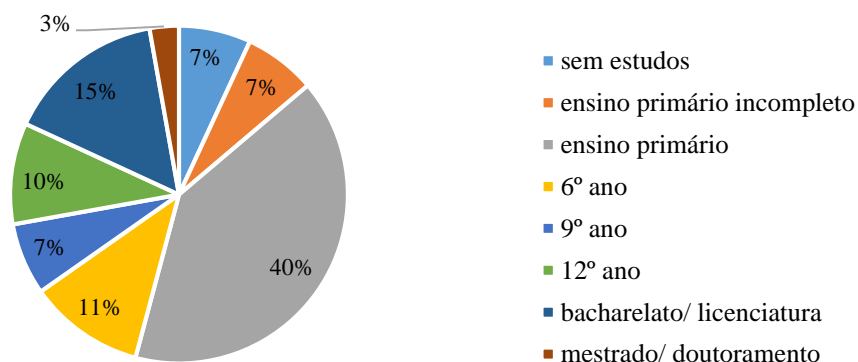


Figura2 – Constituição da amostra, por estado civil.

Acrescenta-se que 64 utentes (88,9%) têm filhos, sendo o mínimo 1 e o máximo 14 ( $M=2,25$ ;  $DP=1.85$ ). Relativamente às habilitações literárias, a maioria dos participantes têm o ensino primário completo ( $n=29$ ; 40,3%). A Figura 3 apresenta em detalhe as habilitações literárias da amostra em estudo.



*Figura3* – Constituição da amostra, por habilitações literárias.

No que diz respeito à ocupação, 34 estão ainda profissionalmente ativos (47,2%), 34 são reformados (47,2%), apenas dois estão desempregados (2,8%), um não ativo (1,4%) e um em outra situação não identificada (1,4%). Ao nível das ocupações dos participantes, o maior grupo diz respeito à profissão de doméstica ( $n=17$ ; 23,6%) seguida de comerciante ( $n=6$ ; 8,3%). Acrescenta-se que dos trabalhadores ativos, os mesmos indicam que trabalham entre 35 a 60 horas semanais ( $M=41,29\%$ ;  $DP=4.08$ ).

Relativamente ao motivo da consulta, a maioria dos participantes referem ter sido por marcação pelo médico de família ( $n=67$ ; 93,1%) e apenas cinco indicam que foi por iniciativa própria ( $n=5$ ; 6,9%). Todos os utentes relatam tomar medicação (100%), mas destes apenas 17 (23,6%) são dependentes de insulina.

Além disso, 43 (59,7%) participantes referem ter familiares diretos com diabetes.

No que concerne às complicações que advém da doença, 46 (63,9%) inquiridos relatam ter outras doenças ou problemas de saúde. Salienta-se que a grande maioria dos participantes apresenta mais do que uma complicação ao nível da saúde.

No que diz respeito aos critérios de exclusão foram considerados: idade inferior a 18 anos e superior a 80; não apresentar patologia oncológica associada ou outra doença em fase aguda e não apresentar problemas cognitivos que impeçam a compreensão dos objetivos do estudo e do

preenchimento dos questionários, sendo fundamental a perfeita compreensão das questões dos instrumentos bem como dos objetivos do estudo.

Assim, tendo em conta os critérios de exclusão considerados nesta investigação, não foram incluídos na análise dos dados 8 utentes que apresentavam idade superior a 80 anos.

### Caraterização das variáveis comportamentais de estilo de vida

Relativamente às variáveis comportamentais de estilo de vida com repercussões para a saúde, verificamos que no que concerne à alimentação, 67 (93,1%) participantes tomam o pequeno-almoço e 52 (72,2%) não comem *snacks* entre as refeições.

No que diz respeito ao consumo tabágico, apenas 10 (13,9%) inquiridos fumam, sendo o mínimo de cigarros por dia 6 e o máximo 20 ( $M=12$ ;  $DP=5.17$ ). Além disso, o tempo de início de consumo varia entre 10 a 40 anos ( $M=23,89$ ;  $DP=9.98$ ). Ainda relativamente a consumos, a maioria dos participantes refere não beber mais do que duas bebidas alcoólicas por dia ( $n=54$ ; 75%).

No que concerne ao sono, 55 (76,4%) participantes relatam que dormem de 7 a 8 horas por dia. Além disso, 32 (44,4%) indicam que praticam exercício físico, ao contrário de 55,6% não praticam. Destes, a atividade mais praticada pelos participantes é caminhar ( $n=29$ ; 40,3%). A Figura 4 apresenta em detalhe as atividades praticadas pelos diabéticos que relatam fazer exercício. Acrescenta-se que 59 indivíduos (81,9%) gostariam de fazer mais exercício do que fazem atualmente.

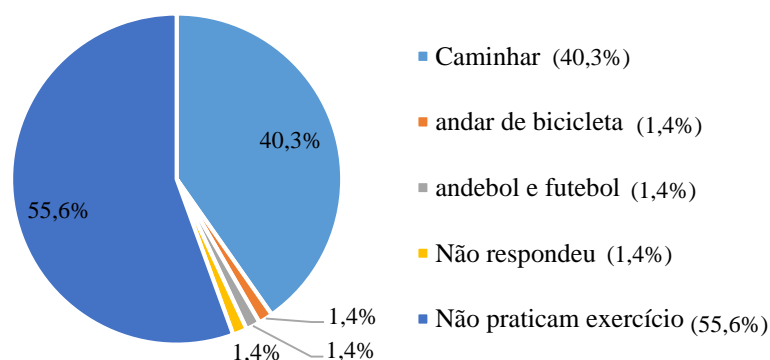


Figura 4 – Constituição da amostra, por tipo de atividade física.

Relativamente aos sintomas de fadiga, 42 utentes (58,3%) referem que sentem fadiga e 29 (40,3%) não apresentam sintomas. Tendo em conta os que responderam afirmativamente, 34 (47,2%) afirmam que já sentem há anos, 4 (5,6%) há meses e 3 (4,2%) há semanas. Além disso, 33 (45,8%) referem que a fadiga levou a uma redução das suas atividades diárias anteriores mas que, apesar disso, melhora com o repouso ( $n=34$ ; 47,2%).

## **Instrumentos**

Atendendo aos objetivos do estudo e às características da amostra em questão, foram selecionadas as versões portuguesas de instrumentos de avaliação de forma a medirem os autocuidados com a diabetes, a saúde física e mental e a bem-estar espiritual. Para além disso, foi desenvolvido um questionário de dados sociodemográficos e clínicos com vista a caracterizar a amostra (Anexo I).

De seguida são descritos os instrumentos utilizados, bem como a consistência interna dos mesmos nesta investigação.

### **Bem-estar Espiritual**

De forma a avaliar o bem-estar espiritual, no nosso estudo utilizamos o questionário SHALOM (Fisher, 2006, 2007, 2008) (Anexo II), já apresentado na revisão da literatura deste estudo. Este é um instrumento de autopreenchimento, constituído por 20 itens, em que o participante deve dar duas respostas para cada item: uma correspondente ao que entende como ideal para a saúde espiritual e outra sobre em que medida se sente a desenvolver a sua saúde espiritual (Gouveia, Pais-Ribeiro & Marques, 2009). Neste estudo, serão analisadas ambas as escalas. Para além disso, podemos dividir o número de itens por quatro dimensões, correspondendo igual número (5 itens) a cada uma delas: pessoal, comunitária, ambiental e transcendental. Os itens são avaliados numa escala 5 pontos (variando de 1=muito pouco a 5=muitíssimo, para o estado atual, e 1=muito pouco importante a 5=muitíssimo importante, para o estado ideal). Todos os itens são formulados positivamente e o resultado é obtido pela média das respostas atribuídas aos itens de cada subescala. É possível igualmente obter uma medida global de bem-estar espiritual resultante da adição dos diferentes domínios.

Os resultados da consistência interna da validação portuguesa demonstram bons resultados ao nível global ( $\alpha=.89$ ), assim como das diferentes dimensões (oscilando entre  $\alpha=.72$  (dimensão pessoal) e  $\alpha=.88$  (dimensão transcendental)) (Gouveia, Pais-Ribeiro & Marques, 2009).

Na avaliação das qualidades psicométricas no nosso estudo, verificamos que este questionário apresenta uma boa consistência interna, sendo o valor de alfa total da escala de avaliação do ideal de espiritualidade de .93 e da escala de avaliação de quanto a pessoa se sente a desenvolver a sua espiritualidade de .94. Para além disso, tendo em conta as dimensões, os valores de alfa, na primeira escala, variam entre .80 (dimensão comunitária) e .94 (dimensão transcendente) e, na segunda escala, entre .82 (dimensão comunitária) e .95 (dimensão ambiental).

### **Saúde Física e Mental**

Para a avaliação da saúde física e mental, no nosso estudo utilizamos o *Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey* (MOS SF-36) (Anexo III), que é um questionário construído por Ware & Sherbourne (1992), sendo a versão portuguesa denominada Questionário de Avaliação do Estado de Saúde (SF-36,v2), traduzida e validada pelo Centro de Estudo e Investigação em Saúde (Ferreira, & Rosete, 1995) e reconhecida pelo *Medical Outcome Trust*.

Trata-se de um instrumento de avaliação da saúde com 36 itens, que engloba a saúde tal como OMS a define, tendo em conta o bem-estar físico, mental e social. O SF-36, v2 divide-se em duas grandes componentes. A componente mental representada pelos itens de avaliação dos aspetos sociais, vitalidade, aspetos emocionais e saúde mental, e a componente física, composta pelos itens de avaliação funcional, aspetos físicos, dor e estado geral de saúde.

Estas componentes subdividem-se em oito subescalas, que avaliam as dimensões do estado de saúde, quer em termos positivos quer em termos negativos. As dimensões de avaliação desta escala são: nomeadamente, Funcionamento físico, (FF) mede as limitações de papéis decorrentes de problemas físicos (itens, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i e 3j); Desempenho Físico (DF), avalia as limitações físicas, em termos do tipo e qualidade de trabalho executado (itens, 4a, 4b, 4c, e 4d); Dor Física (DF), mede a intensidade e o desconforto causado pela dor e forma que esta

interfere nas atividades normais (itens, 7e 8); Saúde Mental (SM), analisa questões ligado à perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais bem como ao bem-estar psicológico (itens, 9b, 9c, 9d, 9f e 9h); Desempenho Emocional (DE), examina as limitações emocionais, e, termos do tipo e qualidade de trabalho executado (itens, 5a, 5b e 5c); Funcionamento Social (FS), avalia a qualidade e a quantidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nessas atividades (itens, 6 e 10); Vitalidade (VT), analisa os níveis de anergia e de fadiga, permitindo captar as diferenças de bem-estar (itens 9a, 9e, 9g, e 9i); Saúde Geral (SG), mede a percepção da saúde global, incluindo saúde atual, resistência à doença e a aparência saudável (itens 1, 11a, 11b, 11c, e 11d); e Transição da Saúde (TS) não constitui por si só uma dimensão. A resposta do individuo a este item informa acerca da percepção da mudança da sua saúde, tendo como referencia o que acontecia mais ou menos, há um ano atrás (item 2).

Os itens e dimensões desse instrumento são cotados de forma que à nota mais elevada equivalha uma melhor percepção do estado de saúde. Para além disso, os itens são somados, por dimensões, formando o resultados bruto e, a partir de uma fórmula, transformados numa escala de 0 a 100, com exceção do item Transição da Saúde.

As respostas são dadas segundo escalas tipo *Likert* com um número de opções, dependendo da questão. É considerado como um instrumento de medição facilmente aplicável aos vários grupos etários com ou sem doença em diferentes contextos, nomeadamente, prática clínica, investigação, estudos da população em geral e avaliações de políticas de saúde.

A versão portuguesa do MOS SF-36 apresenta uma consistência interna que varia entre o aceitável e bom, nomeadamente de .60 na dimensão função social e .87 na dimensão função física e saúde geral. Assim, este questionário tem sido utilizado em diversas investigações nesta área.

No nosso estudo, este questionário revela uma boa consistência interna, com valores de alfa que variam entre .76 (Saúde Mental) e .98 (Desempenho Físico).

### **Autocuidado com a Diabetes**

Para a avaliação das atividades de autocuidado com a diabetes foi utilizado o Questionário de Avaliação das Atividades de Autocuidado com a Diabetes (Anexo IV), traduzido e validado para português por Bastos, Severo & Lopes (2007). A escolha deste instrumento deve-se ao facto

de ser um dos instrumentos de medida mais utilizados na avaliação das atividades de autocuidado com a diabetes, em adultos, em que a adesão é medida indiretamente através dos níveis de autocuidado. Vários estudos referem que esta é uma escala de medida multidimensional de autogestão da diabetes, que comporta uma adequada fiabilidade teste-reteste, e evidência de validade e sensibilidade à mudança, (Toobert et al, 2000, Bastos, 2004). A versão do *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* – SDSCA é composta por 6 dimensões: alimentação, exercício físico, medicação, monitorização da glicemia, cuidados aos pés e hábitos tabágicos. A avaliação é parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7, sendo que os sujeitos devem indicar o número de dias que cumpriram os cuidados com a saúde durante a semana.

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

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

O estudo das qualidades psicométricas deste questionário no nosso estudo, revela uma boa consistência interna em todas as dimensões com exceção da Alimentação Específica ( $\alpha=.42$ ). Da análise mais detalhada dos resultados nesta dimensão, percebemos que a eliminação de itens não faz variar o valor de alfa. Neste sentido, esta dimensão não será utilizada nos resultados deste estudo. Para além disso, o valor de alfa nas restantes dimensões varia entre .78 (alimentação geral) e .94 (atividade física).

## **Procedimento**

### **Recolha de dados**

Previamente à implementação do estudo no Centro de Saúde São João da Talha, em Sacavém, foi solicitada autorização à Comissão de Ética para a Saúde, bem como à enfermeira chefe (Anexo V). Obtida a autorização pela Comissão de Ética ARS Norte, foi também solicitada uma reunião com a Diretora de Serviço do Centro de Saúde São João da Talha para a apresentação do estudo. Estes utentes foram referenciados pelos enfermeiros do centro de saúde São João da Talha que os abordavam sobre a investigação e em caso de os utentes mostrarem interesse eram encaminhados. Após serem selecionados e encaminhados para participar na investigação, a investigadora forneceu os consentimentos informados (Anexo VI) com informação pormenorizada acerca do âmbito e finalidade do estudo em questão, acerca da confidencialidade dos dados e do carácter voluntário da participação, segundo os requisitos éticos para uma investigação. Este processo decorreu em contexto clínico, num ambiente com gabinete específico para reuniões, sendo que os questionários foram distribuídos e recolhidos pelo autor da investigação, entre Maio e Setembro de 2014, com utentes Diabéticos Tipo II do Centro de Saúde São João da Talha.

Tendo em conta a baixa adesão à participação no estudo por parte dos utentes, surgiu a necessidade de recolher mais amostra para o nosso estudo. Neste sentido, para além dos participantes do centro de saúde, foram também selecionados, pela própria investigadora, diabéticos na população em geral, especificamente no conselho de Leiria, pelo facto de serem familiares, amigos ou conhecidos da investigadora. Porém, salientamos que, por este facto, os resultados podem estar sujeitos a questões de enviesamento. Estes participantes foram abordados diretamente pela investigadora relativamente à participação na investigação. Os consentimentos informados foram entregues juntamente com os questionários a quem aceitasse a participação e, posteriormente ao seu preenchimento, eram entregues em mão ou enviados por correio para investigadora.

É importante referir que foi também solicitada autorização para a utilização dos instrumentos de avaliação, contactando os autores das versões portuguesas das escalas. Pretendeu-se não só formalizar os pedidos de permissão para aplicação, como também, para nos

contextualizar acerca dos principais resultados e publicações no âmbito da problemática na área da Diabetes Tipo II.

### **Análise de dados**

Relativamente aos procedimentos de análise estatística dos dados, inicialmente, foram elaborados testes de normalidade (*Kolmogorov-Smirnov*), homogeneidade da variância (*Levene*) e foi, ainda, analisados os coeficientes de assimetria e de curtose. Constatamos que não estão cumpridos os pressupostos para estatística paramétrica (Anexo VII)

Na análise das variáveis em estudo, foram utilizados testes de estatística descritiva, análise de distribuições e frequência.

Na apresentação dos resultados, são inicialmente apresentados os resultados descritivos de cada uma das variáveis em estudo (bem-estar espiritual, autocuidados com a diabetes e saúde), sendo apresentadas a análise da média, desvio padrão (DP), mínimo e máximo. Relativamente às hipóteses em estudo, em ambas foram elaboradas correlações de *Spearman Rho*, uma vez que não estão reunidos os requisitos para estatística paramétrica, de forma a estudarmos a associação entre as variáveis.

Este estudo assumiu um  $p \leq 0.5$  como valor de significância dos resultados.

O tratamento estatístico dos dados recolhidos foi realizado através do *software* IBM® SPSS® (IBM - Statistical Package for the Social Sciences, versão 20.0).

## RESULTADOS

### Resultados descritivos das variáveis psicológicas em estudo

Na apresentação dos resultados inicialmente começaremos por incidir na análise descritiva dos constructos em estudo, de forma a compreendermos os valores médios, desvio padrão, mínimo e máximo de cada uma das variáveis na nossa amostra. De forma a uma leitura mais clara, os resultados serão apresentados pela ordem com que foram abordados no enquadramento teórico desta investigação.

#### Bem-estar Espiritual

A tabela 2 apresenta os resultados da análise descritiva, nomeadamente os valores médios, desvio padrão, máximo e mínimo, dos resultados dos participantes em relação à avaliação do estado ideal de espiritualidade e do estado atual. Da análise da tabela 2 constatamos, no que refere à escala de avaliação do ideal de espiritualidade, que os sujeitos apresentam resultados mais elevados na escala comunitária ( $M=22.49$ ;  $DP=2.74$ ) e pessoal ( $M=21.26$ ;  $DP=3.42$ ). Relativamente à escala de avaliação do estado atual de bem-estar espiritual, os valores são semelhantes aos anteriores, sendo as respostas mais elevadas, as que se referem às dimensões comunitária ( $M=21.07$ ;  $DP=3.07$ ) e pessoal ( $M=20.00$ ;  $DP=3.69$ ).

Tabela 2

*Resultados descritivos das dimensões de avaliação do bem-estar espiritual, no estado atual e ideal*

	Média	Desvio Padrão	Min.	Max.
Pessoal (estado ideal)	21.26	3.42	8	25
Comunitária (estado ideal)	22.49	2.74	14	25
Ambiental (estado ideal)	19.87	4.51	5	25
Transcendente (estado ideal)	20.97	5.30	5	25
Pessoal (estado atual)	20.00	3.69	9	25
Comunitária (estado atual)	21.07	3.07	13	25
Ambiental (estado atual)	19.10	4.87	5	25
Transcendente (estado atual)	19.60	5.34	5	25

Verificamos, ainda, que as respostas se apresentam mais elevadas na escala de avaliação do ideal de espiritualidade. Neste sentido, foi realizada uma análise comparativa entre as duas escalas, recorrendo a uma análise de comparação de grupos para amostras emparelhadas, através do teste estatístico Wilcoxon. Os resultados, apresentados na tabela 3, evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação do estado ideal e do estado atual, em todas as dimensões, nomeadamente na pessoal ( $z=-4.48$ ;  $p=.00$ ), comunitária ( $z=-4.64$ ;  $p=.00$ ), ambiental ( $z=-3.41$ ;  $p=.00$ ) e transcendental ( $z=-5.00$ ;  $p=.00$ ), sendo que os valores são mais elevados em todas as dimensões da escala ideal de bem-estar espiritual.

Tabela 3

*Resultados da comparação de grupos pelo teste Wilcoxon entre a escala ideal e atual da espiritualidade*

	Escala Ideal		Escala Atual		Z	p
	M	DP	M	DP		
Pessoal	21.26	3.42	20.00	3.69	-4.48	.00
Comunitária	22.49	2.74	21.07	3.07	-4.64	.00
Ambiental	19.87	4.51	19.10	4.87	-3.41	.00
Transcendental	20.97	5.30	19.60	5.34	-5.00	.00

### **Saúde Física e Mental**

A tabela 4 apresenta os resultados descritivos da avaliação das dimensões da saúde física e mental. Da análise da mesma constatamos que a dimensão em que os participantes apresentam maior saúde diz respeito ao funcionamento social ( $M=3.76$ ;  $DP=1.40$ ), seguida da saúde mental ( $M=3.55$ ;  $DP=1.10$ ). Por sua vez, a dimensão indicadora de uma menor saúde é o funcionamento físico ( $M=2.14$ ;  $DP=.80$ ), seguida da saúde no geral ( $M=2.29$ ;  $DP=.78$ ).

Tabela 4

*Resultados descritivos das dimensões de avaliação da saúde física e mental*

	Média	Desvio Padrão	Min.	Max.
Funcionamento Físico	2.14	.80	1	3
Desempenho Físico	3.24	1.56	1	5
Saúde Mental	3.55	1.10	1	5
Desempenho Emocional	3.33	1.38	1	5
Funcionamento Social	3.76	1.40	1	5
Vitalidade	3.21	1.31	1	5
Saúde Geral	2.29	.78	1	4

### **Autocuidados com a Diabetes**

Na tabela 5 são apresentados os resultados descritivos dos autocuidados com a diabetes. A análise dos dados permite-nos constatar que os participantes têm cuidados com a alimentação geral em média 5 dias por semana ( $M=5.21$ ;  $DP=2.00$ ), praticam exercício físico duas vezes por semana ( $M=2.11$ ;  $DP=2.52$ ), fazem a monitorização da glicemia 4 dias por semana ( $M=4.21$ ;  $DP=2.51$ ), têm cuidados com os pés seis dias por semana ( $M=5.56$ ;  $DP=1.91$ ) e tomam a medicação todos os dias ( $M=7.97$ ;  $DP=.24$ ). Verificamos, assim, que os inquiridos apresentam maior cuidado com a medicação.

Tabela 5

*Resultados descritivos das dimensões de avaliação dos autocuidados com a diabetes*

	Média	Desvio Padrão	Min.	Max.
Alimentação Geral	5.21	2.00	0	7
Atividade Física	2.11	2.52	0	7
Monitorização Glicemia	4.21	2.51	0	7
Cuidado Pés	5.56	1.91	0	7
Medicação	6.97	.24	5	7

### **Análise das Hipóteses de Estudo**

De seguida serão apresentadas as correlações para o estudo das hipóteses formuladas. A apresentação dos resultados das hipóteses segue a ordem apresentada na apresentação dos objetivos e hipóteses de estudo.

## Bem-estar espiritual e Saúde Física e Mental

A tabela 6 representa os resultados da associação entre o bem-estar espiritual e a saúde física e mental.

Os resultados evidenciam correlações estatisticamente significativas, positivas, entre as seguintes dimensões: domínio pessoal do bem-estar espiritual com a saúde mental ( $r=.29$ ;  $p=.02$ ) e vitalidade ( $r=.31$ ;  $p=.01$ ); domínio comunitário e saúde mental ( $r=.29$ ;  $p=.02$ ) e entre domínio ambiental e vitalidade ( $r=.35$ ;  $p=.00$ ).

Tabela 6

*Resultados da correlação de Spearman Rho da análise da relação entre as dimensões do bem-estar espiritual (escala ideal) e da saúde física e mental*

	Pessoal (escala ideal)	Comunitária (escala ideal)	Ambiental (escala ideal)	Transcendente (escala ideal)
Funcionamento Físico	.15	.04	.14	-.06
Desempenho Físico	.10	-.09	.08	-.23
Saúde Mental	.29*	.29*	.20	-.06
Desempenho Emocional	.14	.02	.03	-.21
Funcionamento Social	.05	-.03	.03	-.14
Vitalidade	.31**	.21	.35**	.04
Saúde Geral	.23	.19	.14	-.02

\* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$

A tabela 7 indica os valores das associações entre a escala do estado atual de espiritualidade com as dimensões de avaliação da saúde física e mental.

Os resultados demonstram que existem associações estatisticamente significativa, positivas, entre as seguintes dimensões: o domínio pessoal da espiritualidade com a saúde mental ( $r=.35$ ;  $p=.00$ ) e vitalidade ( $r=.36$ ;  $p=.00$ ); domínio comunitário com a saúde mental ( $r=.31$ ;  $p=.01$ ) e vitalidade ( $r=.37$ ;  $p=.00$ ) e o domínio ambiental e a vitalidade ( $r=.37$ ;  $p=.00$ ).

Tabela 7

*Resultados da correlação de Spearman Rho da análise da relação entre as dimensões do bem-estar espiritual (escala atual) e da saúde física e mental*

	Pessoal (estado atual)	Comunitária (estado atual)	Ambiental (estado atual)	Transcendente (estado atual)
Funcionamento Físico	.04	-.04	.04	-.08
Desempenho Físico	.11	-.02	.04	-.21
Saúde Mental	.35**	.31**	.20	.05
Desempenho Emocional	.10	-.03	-.04	-.17
Funcionamento Social	.12	.04	.03	-.16
Vitalidade	.36**	.37**	.37**	.06
Saúde Geral	.01	-.02	.06	-.12

\*\*p<.01

### **Bem-estar espiritual e Autocuidados com a Diabetes**

A tabela 8 representa os resultados da associação entre o bem-estar espiritual, ao nível do estado ideal de espiritualidade, e as dimensões de avaliação dos autocuidados com a saúde.

Os resultados evidenciam correlações estatisticamente significativas, positivas, entre as seguintes dimensões: domínio pessoal do bem-estar espiritual com a alimentação geral ( $r=.40$ ;  $p=.00$ ) e medicação ( $r=.38$ ;  $p=.00$ ); domínio comunitário e alimentação geral ( $r=.28$ ;  $p=.02$ ); domínio ambiental e alimentação geral ( $r=.28$ ;  $p=.02$ ), monitorização da glicemia ( $r=.38$ ;  $p=.00$ ) e medicação ( $r=.29$ ;  $p=.02$ ) e entre o domínio transcendente com a alimentação geral ( $r=.45$ ;  $p=.00$ ) e medicação ( $r=.37$ ;  $p=.00$ ). Para além disso, constatamos associações estatisticamente significativas, negativas, entre: a atividade física dos autocuidados com as dimensões comunitária ( $r=-.25$ ;  $p=.04$ ) e transcendental ( $r=-.28$ ;  $p=.02$ ).

Tabela 8

*Resultados da correlação de Spearman Rho da análise da relação entre as dimensões do bem-estar espiritual (estado ideal) e dos autocuidados com a diabetes*

	Pessoal (escala ideal)	Comunitária (escala ideal)	Ambiental (escala ideal)	Transcendente (escala ideal)
Alimentação Geral	.40**	.28*	.28*	.45**
Atividade Física	-.07	-.25*	-.12	-.28*
Monitorização Glicemia	.22	.18	.38**	.21
Cuidado Pés	-.23	.06	-.10	-.02
Medicação	.38**	.04	.29*	.37**

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

A tabela 9 apresenta os resultados das correlações entre o bem-estar espiritual, ao nível do estado atual de espiritualidade, e as dimensões de avaliação dos autocuidados com a saúde.

Os resultados evidenciam correlações estatisticamente significativas, positivas, entre as seguintes dimensões: domínio pessoal do bem-estar espiritual com a alimentação geral ( $r=.53$ ;  $p=.00$ ), e medicação ( $r=.52$ ;  $p=.00$ ); domínio comunitário com alimentação geral ( $r=.50$ ;  $p=.00$ ), monitorização da glicemia ( $r=.26$ ;  $p=.03$ ) e medicação ( $r=.27$ ;  $p=.02$ ); domínio ambiental com alimentação geral ( $r=.33$ ;  $p=.01$ ), monitorização da glicemia ( $r=.38$ ;  $p=.00$ ) e medicação ( $r=.32$ ;  $p=.01$ ) e entre o domínio transcendente com a alimentação geral ( $r=.56$ ;  $p=.00$ ), monitorização da glicemia ( $r=.28$ ;  $p=.02$ ) e medicação ( $r=.39$ ;  $p=.00$ ). Para além disso, constatamos apenas uma associações estatisticamente significativas, negativa, entre o domínio transcendente e o exercício físico ( $r=-.29$ ;  $p=.02$ ).

Tabela 9

*Resultados da correlação de Spearman Rho da análise da relação entre as dimensões do bem-estar espiritual (estado atual) e dos autocuidados com a diabetes*

	Pessoal (estado atual)	Comunitária (estado atual)	Ambiental (estado atual)	Transcendente (estado atual)
Alimentação Geral	.53**	.50**	.33**	.56**
Atividade Física	.07	-.05	-.05	-.29*
Monitorização Glicemia	.24	.26*	.35**	.28*
Cuidado Pés	-.22	-.05	-.11	-.14
Medicação	.52**	.27*	.32*	.39**

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo incidiu sobre a análise da relação entre o bem-estar espiritual e a saúde física e mental e os autocuidados com a diabetes. Neste sentido, o objetivo passou por compreender se, tal como verificado na revisão da literatura, o bem estar-espiritual se associava com resultados positivos de saúde física e mental. Para além disso, tendo em conta que a diabetes é uma doença em expansão, com muitas repercussões para o indivíduo, torna-se pertinente abordar possíveis variáveis que possam influenciar a uma maior adesão de comportamentos de saúde, neste caso de autocuidados com a diabetes. Desta forma, tentou-se compreender se estas dimensões se associavam de forma a verificar se a espiritualidade se pode apresentar como uma variável relacionada com um maior comprometimento com os autocuidados com a diabetes.

De um modo geral, considera-se terem sido cumpridos os objetivos deste estudo, tendo sido constatado que os resultados, no geral, vão ao encontro da literatura consultada e analisada. De seguida passa-se a analisar de forma crítica os resultados obtidos neste estudo.

Inicialmente foram analisadas as variáveis psicológicas na amostra em estudo. Constatou-se que os participantes na generalidade apresentam resultados elevados de espiritualidade (sendo o máximo resultado de cada domínio 25, os mesmos apresentam valores superiores à média da pontuação total). Para além disso, os resultados mais elevados no que diz respeito ao bem-estar, quer na escala de avaliação do ideal de espiritualidade quer na escala que avalia como o participante se sente em relação à sua espiritualidade no momento atual, os participantes apresentam valores mais elevados nos domínios comunitário e pessoal, o que evidencia que os mesmos apresentam por um lado amor pelos outros, sentimento de perdão, desconfiança, respeito e bondade para com as outras pessoas e, por outro, elevado sentido de identidade, autoconceito, alegria na vida, paz interior e procuram o significado na vida. Importante referir que os participantes tanto acreditam que estes são os valores ideais de bem-estar espiritual como se sentem também a desenvolver-los, apesar de ter sido verificado que a escala referente ao ideal de espiritualidade apresenta valores médios um pouco superiores.

Relativamente à avaliação da saúde física e mental dos sujeitos da amostra, verificou-se que os mesmos apresentam valores de saúde física um pouco inferiores aos de saúde mental. Os mesmos relatam valores de saúde geral um pouco abaixo da média da escala, bem como de

funcionamento físico. Apesar disso, apresentam resultados superiores à média da escala em todas as restantes dimensões de avaliação da saúde física e mental, com a exceção das duas mencionadas. Estes resultados podem também estar relacionados com o facto de se estar a analisar participantes de uma faixa etária onde se começam a verificar as limitações físicas, decorrentes da idade e, possivelmente, também dos próprios problemas de saúde.

No que diz respeito aos autocuidados com a diabetes, verificou-se que os inquiridos se preocupam sobretudo com a medicação, sendo a dimensão na qual se verifica que os mesmos têm esse cuidado todos os dias. A dimensão na qual se verificou que os participantes apresentam menos cuidado é com o exercício físico, sendo a média de prática semanal de duas vezes. Porém, é necessário ter em conta que a prática de exercício semanal duas vezes por semana é razoável e aceitável nesta faixa etária. Importante também referir que outros autocuidados, como a alimentação geral e o cuidado com os pés, que deveria merecer o cuidado dos mesmos todos os dias, não apresenta esses resultados esperados. Contudo, os participantes da nossa amostra parecem apresentar determinados autocuidados com a diabetes que são fundamentais.

Passando à análise dos resultados das hipóteses em estudo, constatou-se, de facto, associações significativas positivas entre a espiritualidade (nas duas escalas de avaliação) e a saúde física e mental. De uma forma mais específica, na escala de espiritualidade ideal, encontraram-se associações entre o domínio pessoal com a saúde mental e vitalidade; domínio comunitário com a saúde mental e entre o domínio ambiental e vitalidade. Na escala atual de bem-estar espiritual encontraram-se associações positivas entre o domínio pessoal com a saúde mental e vitalidade; domínio comunitário com a saúde mental e vitalidade e o domínio ambiental com a vitalidade. Assim, verificou-se que a nossa primeira hipótese de estudo se confirma, parcialmente, uma vez que verificou-se que alguns dos domínios do bem-estar espiritual se associam de forma positiva com alguns domínios apenas da saúde mental, demonstrando que quanto mais elevada a espiritualidade ao nível pessoal, comunitário e ambiental mais elevada a saúde mental dos participantes. Estes resultados vão de encontro a alguns estudos, como os de Levin e Chatters (1998) e de Koenig e colaboradores (2001) que demonstram uma associação positiva entre a espiritualidade e o bem-estar psicológico, satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado.

Relativamente à análise dos resultados da associação entre as dimensões do bem-estar espiritual, no estado ideal, com os autocuidados com a diabetes, constataram-se associações

significativas positivas entre o domínio comunitário e a alimentação geral; o domínio ambiental e a alimentação geral, monitorização da glicemia e medicação e entre o domínio transcendente com a alimentação geral e medicação. Para além disso, verificaram-se associações estatisticamente significativas, negativas, entre a atividade física dos autocuidados com as dimensões comunitária e transcendental. Estes resultados indicam que quanto mais elevado o bem-estar espiritual, nos domínios comunitário, ambiental e transcendente mais elevados alguns dos comportamentos de autocuidados com a diabetes (alimentação geral, monitorização da glicemia e medicação). Pelo contrário, quanto mais elevado o bem-estar espiritual menores os comportamentos de exercício físico. Ao nível da escala de estado atual do bem-estar espiritual, apuraram-se associações positivas entre o domínio pessoal com a alimentação geral e medicação; o domínio comunitário com alimentação geral, monitorização da glicemia e medicação; o domínio ambiental com alimentação geral, monitorização da glicemia e medicação e entre o domínio transcendente com a alimentação geral, monitorização da glicemia e medicação. Para além disso, tal como na escala anterior, constatou-se apenas uma associação estatisticamente significativa, negativa, entre o domínio transcendente e o exercício físico. Estes resultados apresentam-se semelhantes com a escala ideal do bem-estar espiritual, apesar de nesta se verificar que todas as dimensões da espiritualidade se relacionam com algumas das dimensões dos autocuidados com a diabetes. Neste sentido, a segunda hipótese do nosso estudo também se confirma parcialmente. Não se encontraram estudos na literatura científica que evidenciem o estudo da relação entre estas duas variáveis.

Em ambas as análises dos resultados das hipóteses de estudo é necessário ter-se em consideração que, tal como os estudos apresentados na literatura científica sobre esta temática, apenas foi possível analisar as correlações entre estas variáveis, não sendo possível atribuir um valor de causalidade à espiritualidade enquanto promotora de melhor saúde física e mental e de adesão aos comportamentos de autocuidados com a diabetes. Além disso, é necessário ter em consideração que possíveis variáveis contaminadoras não foram controladas. Porém, é importante ressaltar que ficou comprovado neste estudo haver uma associação significativa entre o bem-estar espiritual com a saúde mental e alguns dos comportamentos de autocuidados com a diabetes.

## **Limitações do Estudo e Sugestões de Estudos Futuros**

Ao nível das limitações deste estudo, tal como mencionado anteriormente, uma das limitações prendeu-se com o facto de apenas poderem ser utilizadas análises de correlação entre as variáveis, não sendo possível a análise da causalidade entre as mesmas, ou seja, análises multivariadas. Outras das limitações deste estudo dizem respeito ao baixo número de amostra e ao facto de não se ter apurado normalidade e homogeneidade das variáveis na amostra em estudo, o que não nos permitiu o uso de testes paramétricos. Ainda em relação à amostra, é importante referir possível enviesamento dos dados tendo em conta que alguns dos questionários foram recolhidos a pessoas conhecidas da investigadora. Para além disso, é também importante mencionar que algumas dimensões de avaliação da saúde e dos autocuidados (devido às baixas qualidades psicométricas) não foram incluídas na análise dos resultados.

Estudos posteriores devem incidir sobre o estudo das variáveis que contribuem de forma significativa para um aumento da adesão terapêutica. Isto porque realmente é importante questionar sobre o que realmente está a influenciar a uma maior ou menor adesão à terapêutica, nestes doentes. Além disso, é importante desenvolver estudos que analisem a influência da espiritualidade na adoção de comportamentos de autocuidado com a diabetes. Estes estudos mostram-se relevantes na área da saúde como forma de compreender as variáveis que devem incidir sobre os programas de intervenção e prevenção, para se proporcionar cada vez mais uma melhor qualidade de vida e bem-estar a estes doentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adolfsson, E., Starrin, B., Smide, B., & Wikblad, K. (2008). Type 2 diabetes patients experiences of two different educational approaches- A qualitative study. *Internacional Journal of Nursing*, 45, 986-994.
- Adolfson, E., Walker-Engsteon, S., Smide, B., & Wikblad, K. (2007). Patient education in type 2 diabetes- A randomized controlled 1- year follow-up. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 76, 341-350.
- Al-Qazaz, H. K., Sulaiman, S. A., Hassali, M. A., Shafie, A. A., Sundram, S., Al-Nuri, R., & Saleem, F. (2011). Diabetes knowledge, medication adherence and glycemc control among patients with type 2 diabetes. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 33 (6), 1028-1035. Doi: 10.1007/s11096-011-9582-2.
- American Diabetes Association (2011). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 34, 11- 61. doi:10.2337/dc11-S011
- Ardeña, G. J, Paz-Pacheco, E., Jimeno, C. A., Lantion-Ang, F. L., Paterno, E., & Juban, N. (2010). Knowledge, attitudes and practices of persons with type 2 diabetes in a rural community: phase I of the community-based Diabetes Self-Management Education (DSME) Program in San Juan, Batangas, Philippines. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 90 (2), 160-166. Doi: 10.1016/j.diabres.2010.08.003.
- Bastien, A., Sunaert, P., Bernard, S., Nobels, L., Snanwaert, F. & Van Royen, P. (2009). Supporting diabetes self-management in primary care: Pilot-Study of a group-based programme focusing on diet and exercise. *Primary Care Diabetes*, 3, 103-109.
- Beck, R., Baker, L., Robbins, M., & Dow, S. (2001) A second look at Quest motivation: Is Quest multidimensional or unidimensional? *Journal of Psychology and Theology*, 29, 148-157
- Bonds, D. E., Camacho, F., Bell, R. A., Duren-Winfield, V. T., Anderson, R. T., & Goff, D. C. (2004). The association of patient trust and self-care among patients with diabetes mellitus. *BioMed Central Family Practice*, 5 (26). doi:10.1186/1471-2296-5-26
- Caldeira, J., & Osório, I. (2002). Alimentação: Noções práticas. In R. Duarte, *Diabetologia*
- Campuzano-Maya G., & Latorre-Sierra G. (2010) La HbA1c en el diagnóstico y en el manejo de a diabetes. *Medicina & Laboratorio*, 16, 211-241.

- Carter, M., McGee, R., Taylor, B., & Williams, S. (2007). Health outcomes in adolescence: Association with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, *30*, 51-62.
- Chiu, L., Emblen, J. D., Van Hofwegen, L., Sawatzky, R., & Meyerhoff, H. (2004). An Integrative Review of the Concept of Spirituality in the Health Sciences *Western Journal of Nursing Research*, *26*, 405–428. doi: 10.1177/0193945904263411
- Clark, M., & Hampson, S. (2001). Implementing a psychological intervention to improve lifestyle self-management in patients with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, *42*, 247-256.
- Contratada, R.J., Goyal, T.M., Cather, C., Rafalson, L., Idler, E.L., & Krause, T. (2004a). Psychosocial factors in outcomes of heart surgery: The impact of religious involvement and depressive symptoms. *Health Psychology*, *23* (3), 227-238.
- Contratada, R.J., Goyal, T.M., Cather, C., Rafalson, L., Idler, E.L., & Krause, T. (2004b). Why not find out whether religious beliefs Predict Surgical outcomes? If they do, why not find out why? *Health Psychology*, *23* (3), 243-246.
- Deshpande, A. D., Harris-Hayes, M., & Schootman, M. (2008). Epidemiology of diabetes and diabetes-related complications. *Physical Therapy*, *88*, 1254-1264. Doi: 10.2522/ptj.20080020
- Direcção-Geral da Saúde (2008). *Insulinoterapia na Diabetes Mellitus tipo 2*. Norma da Direcção Geral de Saúde N°21/2008, de 02/12/2008.
- Direcção-Geral da Saúde (2011). *Diagnóstico e Classificação da Diabetes mellitus*. Norma da Direcção Geral de Saúde N°002/2011, de 14/01/2011.
- Dyson, J., Cobb, M., & Forman, D. (1997). The meaning of spirituality: A literature review. *Journal of Advances in Nursing*, *26*, 1183-1188.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, *11* (4), 330-340.
- Eves, N. D., & Plotnikoff, R. C. (2006). Resistance training and type 2 diabetes. Considerations for implementation at the population level. *Diabetes Care*, *29* (8), 1933-1941. doi:10.2337/dc05-1981
- Ferriss, A. L. (2002). Religion and quality of life. *Journal of Happiness Studies*, *3*, 199-215.

- Fisher, J. W. (1999). Helps to fostering students' spiritual health. *International Journal of Children's Spirituality*, 4 (1), 29-49.
- Fisher, J. W. (2001) Comparing levels of spiritual well-being in state, catholic and independent schools in Victoria, Australia. *Journal of Beliefs and Values*, 22 (1), 113-119.
- Fisher, J. W. (2006). Using secondary students' views about influences on their spiritual wellbeing to inform pastoral care. *International Journal of Children's Spirituality*, 11 (3), 347–356. doi: 10.1080/13644360601014098
- Fisher, J.W. (2007). It's time to wake up and stem the decline in spiritual well-being in Victorian schools. *International Journal of Children's Spirituality*, 12 (2), 165–77. doi: 10.1080/13644360701467469
- Fisher, J. W. (2008). Impacting teachers' and students' spiritual well-being. *Journal of Beliefs & Values*, 29 (3), 253–261. doi: 10.1080/13617670802465789
- Fisher, J. W. (2010a). *Spiritual health: Its nature, and place in the school*. Melbourne, Victoria: Melbourne University Custom Book Centre.
- Fisher, J. W. (2010b). *Reaching the heart. Assessing and nurturing spiritual well-being via education*. Melbourne, Victoria: Melbourne University Custom Book Centre.
- Fisher, J. W., Francis, L. J., & Johnson, P. (2000). Assessing spiritual health via four domains of well-being: the SH4DI. *Pastoral Psychology*, 49 (2), 133–145.
- Fisher, J. W., Francis, L. J., & Johnson, P. (2002). The personal and social correlates of spiritual well-being among primary school teachers. *Pastoral Psychology*, 51 (1), 3–11.
- Fowler, M. J. (2007). Diabetes: Magnitude and mechanisms. *Clinical Diabetes*, 25 (1), 25–28.
- Freedland, K. E. (2004). Religious Beliefs Shorten Hospital Stays? Psychology works in Mysterious Ways. *Health Psychology*, 23 (3), 239-242.
- Gambert, S. R., & Pinkstaff, S. (2006). Emerging epidemic: Diabetes in older adults: demography, economic impact, and pathophysiology. *Diabetes Spectrum*, 19 (4), 221-228.
- García, E. (2010). HBA1C, standarización y expression de resultados. *Endocrinología y Nutrición*, 57, 177-181.
- Gatt, S., & Sammut, R. (2008). An exploratory study of predictors of self-care behaviour in persons with type 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1525-1533.

- Gazmararian, J. A., Ziemer, D. C., & Barnes, C. (2009). Perception of barriers to self care management among diabetic patients. *The Diabetes Educator*, 35 (5), 778-788.
- George, L.K Ellison, C.G., & Larson, D.B (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, 13 (3), 190–200.
- Geulayov, G., Goral, A., Muhsen, K., Lipsitz, J., & Gross, R. (2010). Physical inactivity among adults with diabetes mellitus and depressive symptoms: Results from two independent nationalhealth surveys. *General Hospital Psychiatry*, 32, 570–576. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.09.004
- Gomez, R., & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, 1975–1991. doi:10.1016/S0191-8869(03)00045-X
- Gomez, R., & Fisher, J. W. (2005a). Item response theory analysis of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 39, 1383–1393. doi:10.1016/j.paid.2004.07.009
- Gomez, R., & Fisher, J. W. (2005b). The spiritual well-being questionnaire: Testing for model applicability, measurement and structural equivalencies, and latent mean differences across gender. *Personality and Individual Differences*, 39 (8), 1383-1393. doi:10.1016/j.paid.2005.03.023
- Gonder-Frederick, L., Cox, J. & Ritterband, M. (2002). Diabetes and behavior medicine: The second decade. *Journal of Consult Clinic Psychology*, 70, 611-625.
- Guimarães, H. P., & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física: *Revista de Psiquiatria Clinica*. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/88.html>. Acedido: 22/08/2014.
- Hartz, A., Kent, S., James, P., Xu, J., & Daly, J. (2006). Factores that influence improvement for patients with poorly controlled type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 74, 227-232.
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58 (1), 64-74. doi: 10.1037/0003-066X.58.1.64

- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Psychology of Religion and Spirituality, 1*, 3-17.
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R.W., McCullough, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour, 30* (1), 51-77.
- Hill-Briggs, F., Gary, T. L., Bone, L. R., Hill, M. N., Levine, D. M., & Brancati, F L. (2005). Medication adherence and diabetes control in urban African Americans with type 2 diabetes. *Health Psychology, 24* (4), 349–357. doi:10.1037/0278-6133.24.4.349
- Hummer, R. A., Rogers, R. G., Nam, C. B., & Ellison, C. G. (1999). Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography, 36*, 273–285.
- Idler, E. L., Musick, M. A., Ellison, C. G., George, L. K., Krause, N., Ory, M., et al. (2003). Measuring Multiple Dimensions of Religion and Spirituality for Health Research. Conceptual Background and Findings From the 1998 General Social Survey. *Research on Aging, 25* (4), 327-365. doi:10.1177/0164027503252749
- Jordan, D., & Jordan, J. (2010). Self-care behaviours of Filipino-American adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications, 24*, 250-258.
- Kim, A. E. (2003). Religious influences on personal and societal well-being. *Social Indicators Research, 62-63*(1-3), 149–170.
- Koenig, H. G., Ford, S. M., George, L. K., Blazer, D. G., & Meador, K. G. (1993). Religion and anxiety disorder: An examination and comparison of associations in young, middle-aged, and elderly adults. *Journal of Anxiety Disorders, 7*, 321–42.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Kristeller, J. L., & Rodin, J. (1984). A three-stage model of treatment continuity: compliance, adherence, and maintenance. In A. Baum, S. Taylor & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 85-112). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc, Publishers.
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology, 19*, 211–222.

- Levin, J.S., & Chatters, L.M. (1998). Religion, health, and psychological well-being in older adults: Findings from three national surveys. *Journal of Aging and Health, 10*, 504- 531,
- MacDonald, D. A. (2000). Spirituality: Description, measurement, and relation to the five factor model of personality. *Journal of Personality, 68* (1), 155-197.
- MacDonald, D., and Friedman, H. (2002). Assessment of humanistic, transpersonal, and spiritual constructs: State of the science. *Journal of Humanistic Psychology, 42* (4), 102-125.
- Mann DM, Ponieman D, Leventhal H, et al. (2009). Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *Journal of Behavioral Medicine, 32*, 278–284. doi: 10.1007/s10865-009-9202-y.
- Marinoff, Lou. (2005). *As Grandes Questões da Vida: como a filosofia pode mudar o nosso dia-a-dia*. Ed. Presença. Lisboa
- Marques, L. F. (2000). *A saúde e o bem-estar espiritual em adultos Porto-Alegrenses*. Tese de Doutorado Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Miller, G., & Foster, L.T. (2010). *Critical syntesis of wellness literature*. Disponível em <http://www.geog.uvic.ca/wellness> (Acedido em 22/08/2014).
- Miller, W. R., & Kelley, B. S. (2005). Relationships of religiosity and spirituality with mental health and psychopathology. In R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Eds.). *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp.460-478). New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist, 58*, 24-35. doi: 10.1037/0003-066X.58.1.24
- Milhomem, A.C., Mantelli, F.F., Lima, G.A.V., Bachion, M.M., Munari, D.B. (2008). Diagnósticos de enfermagem identificados em pessoas com diabetes tipo 2 mediante abordagem baseada no Modelo de Orem. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 10* (2), 321-36.
- Minet, L., Moller, S., Vach, W., Wagner, L., Henriksen, J.E. (2010). Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: a meta-analysis of 47 randomised controlled trials. *Patient Education and Counseling, 80*, 29–41
- Moberg, D. O. (2008). Spirituality and aging: Research and implications. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 20*, 95-134. doi: 10.1080/15528030801922038

- Molzahn, A.E. (2007). Spirituality in Later Life: Effect on Quality of Life. *Journal Gerontological Nursing*, 33 (1), 32-39. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer> (Acedido em 22/08/2014).
- Negarandeh, R., Mahmoodi, H., Noktehdan, H., Heshmat, R., & Shakibazadeh, E. (2012). Teach back and pictorial image educational strategies on knowledge about diabetes and medication/dietary adherence among low health literate patients with type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes*, 7 (2), 111-118. Doi: 10.1016/j.pcd.2012.11.001.
- Netto, M.P. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Ateneu.
- Observatório Nacional da Diabetes (2011). *Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: OND.
- O'Connell, K. A., & Skevington, S. M. (2007). To measure or not to measure? Reviewing the assessment of spirituality and religion in health-related quality of life. *Chronic Illness*, 3, 77-87. doi: 10.1177/1742395307079195
- Ogden, J. (2004). *Health Psychology: a textbook*. United Kingdom: Open University Press.
- Okulicz-Kozaryn, A. (2010). Religiosity and life satisfaction across nations. *Mental Health, Religion & Culture*, 13 (2), 155-169.
- Oliveira, J.H.B. (2012). *Psicologia do Idoso: Temas Complementares*. (2ª Ed.). Livpsic, Edições de a Psicologia.
- Oman, D., & Thoresen, C. E. (2005). Do religion and spirituality influence health? In R. F. Pais-Ribeiro, J.L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy* (pp. 224-237). New York: John Wiley.
- Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (2005). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.

- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 519–543.
- Pargament, K.I., & Mahoney, A. (2002). Spirituality: Discovering and conserving the sacred. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 646- 659). New York: Oxford University Press.
- Pargament, K.I., & Mahoney, A. (2005). Sacred matters. Sanctification as a vital topic for the psychology of religion. *The International Journal for the Psychology of Religion, 15* (3), 179–198.
- Pinto, C., & Ribeiro, J. L. P. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 28* (1), pp. 49-56.
- Powell, L. H., Shahabi, L., & Thoresen, C. (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American Psychologist, 58*, 36-52. doi: 10.1037/0003-066X.58.1.36
- Pressman, P., Lyons, J. S., Larson, D. B., & Gartner, J. J. (1992). Religion, anxiety, and the fear of death. In J. F. Schumaker (Ed.), *Religion and mental health* (pp. 98-109). New York: Oxford University Press.
- Ross, C. E. (1990). Religion and psychological distress. *Journal for the Scientific Study of Religion, 29* (2), 236-245.
- Sawatzky, R., Ratner, P. A., & Chiu, L. (2005). A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research, 72*, 153–188.
- Schnittker, J. (2001). When is faith enough? The effects of religious involvement on depression. *Journal for the Scientific Study of Religion, 40*(3), 393-411.
- Valdés, S., Botas, P., Delgado, E., Álvarez, F., & Cadórniga, F. D. (2007). Population-Based Incidence of Type 2 Diabetes in Northern Spain The Asturias Study. *Diabetes Care*. doi:10.2337/dc06-2461
- Silva, I. L. (2006). *Psicologia da Diabetes*. Coimbra: Quarteto.
- Smith, K., Pagé, V., Gariépy, G., Béland, M., Badawi, G., & Schmitz, N. (2012). Self-rated diabetes control in a Canadian population with type 2 diabetes: Associations with health behaviours and outcomes. *Diabetes Research and Clinical Practice, 95*, 162-168.

- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2010). *Estudo de monitorização da implementação regional e nacional do rastreio sistemático e tratamento da retinopatia e nefropatia diabéticas e os cuidados do pé diabético*. Lisboa: DGE.
- Song, M., & Lipman, T. (2008). Concept analysis: Self-monitoring in type 2 diabetes mellitus. *Internacional Journal of Nursing Studies*, 45, 1700-1710.
- Tahrani, A., Piya, M., & Barnett, A. (2009). Saxagliptin: a new DPP- 4 inhibitor for the treatment of type 2 diabetes mellitus. *Advanced Therapeutics*, 26 (3), pp. 249-262.
- Tazaki, M. (2005, March). *Expression of spirituality among the Japanese based on qualitative and quantitative researches in Japan*. Paper presented at the 19th World Congress of the International Association for the History of Religions, Tokyo.
- Thoresen, C. E. (1999). Spirituality and health: Is there a relationship? *Journal of Health Psychology*, 4, 291–300.
- Tonstad, S. (2009). Cigarette smoking, smoking cessation, and diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 85, 4-13.
- Universidade Católica Portuguesa (2011). Identidades religiosas em Portugal: Representações, valores e práticas – 2011. Resumo do relatório apresentado na assembleia plenária da conferência episcopal portuguesa, Fátima 16 a 19 de Abril de 2012.
- Valdez, R. (2009). Detecting undiagnosed type 2 diabetes: Family history as a risk factor and screening tool. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 3 (4), 722-726.
- Van Dierendonck, D., & Mohan, K. (2006). Some thoughts on spirituality and eudaimonic well-being. *Mental Health, Religion and Culture*, 9 (3), 227-238.
- Vaughan, F. (2002). What is spiritual intelligence. *Journal of Humanistic Psychology*, 42 (2), 16-33.
- Vella-Brodrick, D. A., & Allen, F. C. L. (1995). Development and psychometric validation of the mental, physical, and spiritual well-being scale. *Psychological Reports*, 77, 659-674.
- Wens, J., Vermeire, E., Hearnshaw, H., Lindenmyer, A., Biot, Y., & Van Royen, P. (2008). Educational interventions aiming at improving adherence to treatment recommendations in type 2 diabetes. A Sub-analysis of a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 79, 377-388
- Westgate, C. E. (1996). Spiritual wellness and depression. *Journal of Counseling and Development*, 75, 26–35.

- World Health Organization (1998). WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)- report on WHO Consultation. Geneva: 1998. (WHO/MSA/MHP/98.2, 2-23).
- WHOQOL SRPB Group (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, *62*, 1486–1497. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.001
- Zinnbauer, B., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. In R. Paloutzian, & C. Parks (Eds.), *Handbook of psychology and religion* (pp. 21– 42). New York: Guilford Press.

# **Anexos**

## Anexo I – Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos

### Questionário de dados Sociodemográficos e Clínicos



Código: \_\_\_\_\_

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

Género: ~~Masculino~~

~~Feminino~~

Idade: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Área de Residência: ~~Rural~~

~~Urbana~~

Estado Civil: Solteiro(a)

Casado(a)

União de Facto

Divorciado(a), Separado(a)

Viúvo(a)

Número de elementos do agregado familiar: \_\_\_\_\_

Grau de parentes com os elementos do agregado familiar:

\_\_\_\_\_

Tem apoio familiar? Sim

Não

Se sim, de quem? \_\_\_\_\_

Tem filhos? Sim

Não

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_ Idades: \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias: Sem estudos   
 Ensino primário incompleto   
 Ensino primário   
 6.ºano   
 9.ºano12.ºano   
 Bacharelato/ Licenciatura   
 Mestrado/Doutoramento

Estatuto Profissional: Profissionalmente ativo   
 Estudante   
 Não ativo   
 Desempregado   
 Reformado   
 Outro

Profissão: \_\_\_\_\_ Nº de horas de trabalho semanal: \_\_\_\_\_

Motivo(s) da consulta/ procura de cuidados de saúde:

Iniciativa própria   
 Consulta marca da pelo médico de família   
 Aconselhado por alguém \_\_\_\_\_

Toma medicação? Sim   
 Não

Toma insulina? Sim   
 Não

Tem familiares diretos com diabetes? Sim   
 Não

Para além da diabetes, tem outras doenças ou problemas de saúde? Sim   
 Não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

Toma o pequeno-almoço diariamente? Sim   
 Não

Entre as refeições toma snacks (salgados ou doces)? Sim   
 Não

Fuma? Sim   
Não  N° de Cigarros: \_\_\_\_\_  
Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Dorme 7 a 8 horas por cada 24 horas? Sim   
Não

Bebe mais do que duas bebidas alcoólicas por dia? Sim   
Não

Faz Exercício Físico? (*Exercício Físico, inclui atividades como marcha, andar de bicicleta, nadar, atividades de ginásio, jogar futebol ou qualquer outra atividade que exija um nível de esforço, pelo menos idêntico, ao destas atividades*).

Não  Porque motivos: \_\_\_\_\_

*Se atualmente não pratica exercício físico, avance para a próxima questão*

Sim  Porque motivos: \_\_\_\_\_

Se atualmente pratica exercício físico, considere uma semana do último mês que melhor represente os seus níveis atuais de exercício físico e preencha o seguinte quadro:

Atividades Praticadas (e.g. Natação):	Dias por semana:	Duração por dia:	Há quanto tempo pratica esta atividade sem interrupções:
1 -			
2 -			
3 -			

Como se sente em relação ao seu nível atual de prática de atividade física?

Eu gostava de: fazer mais  manter o mesmo nível  fazer menos

Presentemente, tem sintomas de fadiga? Sim   
Não

*SE SIM*

a) Há quanto tempo tem estes sintomas de fadiga? \_\_\_\_\_ semanas  meses  anos

b) A fadiga sentida levou a uma redução significativa das suas atividades diárias anteriores?

Sim  Não

c) A fadiga sentida melhora com o repouso? Sim  Não

## Anexo II – Questionário SHALOM

A **espiritualidade** pode descrever-se como algo que reside no íntimo do ser humano.

A **saúde espiritual** pode ser vista como um indicador do quão bem nos sentimos connosco próprios e com os aspectos que valorizamos no mundo que nos rodeia.

Para cada uma das afirmações que se seguem **dê duas respostas**, assinalando com uma cruz os números, de cada coluna, que melhor indiquem:

- em que medida pensa que cada afirmação é importante para um estado **ideal** de **saúde espiritual**. **E**
- em que medida sente que cada afirmação **reflete a sua experiência actual**

Responda utilizando a seguinte escala:

1= muito pouco 2=pouco 3=moderadamente 4=muito 5=muitíssimo

Se lhe parecer mais adequado, pode substituir a palavra “Deus” por “Força Cósmica”, “Universo” ou outra expressão idêntica, cujo significado seja mais relevante para si.

Não perca muito tempo em cada afirmação. A **primeira resposta** é provavelmente a mais adequada para si.

Afirmações	a. É <b>ideal</b> p <sup>a</sup> a Saúde Espiritual desenvolver:	b. Em que medida você <b>se sente</b> a desenvolver:
1. afecto pelas outras pessoas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2. uma relação pessoal com o Divino ou Deus	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3. generosidade em relação aos outros	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4. uma ligação com a natureza	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5. um sentimento de identidade pessoal	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6. admiração e respeito pela Criação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7. espanto e admiração perante uma paisagem deslumbrante	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8. a confiança entre as pessoas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9. auto-conhecimento	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10. um sentimento de união com a natureza	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11. o sentimento de união com Deus	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12. uma relação de harmonia com o ambiente	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13. um sentimento de paz com Deus	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
14. alegria na vida	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
15. uma vida de meditação e/ou oração	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
16. paz interior	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
17. respeito pelas outras pessoas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
18. um sentido para a vida	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
19. bondade para com os outros	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
20. uma sensação de deslumbramento pela natureza	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Obrigada por participar no inquérito!

## Anexo III – Questionário MOS SF-36

### Questões sobre a sua saúde geral:

Instruções: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais. Para cada questão, coloque um círculo à volta do número que melhor representa a sua situação.

1. Em geral, como diria que a sua saúde é:					
Optima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca	
1	2	3	4	5	
2. As perguntas que se seguem são sobre as actividades que pode fazer num dia habitual. A sua saúde actual limita-o(a) nessas actividades?					
	Sim, muito limitado(a)	Sim, um pouco limitado(a)	Não, nada limitado(a)		
a. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.	1	2	3		
b. Subir vários lances de escadas.	1	2	3		
3. Durante as últimas quatro semanas, quanto tempo teve cada um dos seguintes problemas com o seu trabalho ou actividades diárias, devido ao seu estado de saúde física?					
	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Fez menos do que queria.	1	2	3	4	5
b. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.	1	2	3	4	5
4. Durante as últimas quatro semanas, quanto tempo teve cada um dos seguintes problemas com o seu trabalho ou actividades diárias, devido a quaisquer problemas emocionais (ex: sentir-se deprimido(a) ou ansioso(a))?					
	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Fez menos do que queria.	1	2	3	4	5
b. Fez o seu trabalho ou outras actividades com menos cuidado que o habitual.	1	2	3	4	5
5. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?					
Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso	
1	2	3	4	5	
6. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas actividades sociais (exemplos: visitar família, amigos, etc.)?					
Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca	
1	2	3	4	5	

7. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo a volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Nas últimas quatro semanas, durante quanto tempo...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu calmo(a) e em paz?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu cheio/a de energia?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu em baixo e deprimido(a)?	1	2	3	4	5

# Anexo IV – Questionário de Autocuidados com a Diabetes

## ESCALA DE ACTIVIDADES DE AUT Fit one full page to window

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

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

1 ALIMENTAÇÃO GERAL	Nº de dias								
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0 1 2 3 4 5 6 7								
1.2 Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0 1 2 3 4 5 6 7								
1.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0 1 2 3 4 5 6 7								
2 ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	Nº de dias								
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0 1 2 3 4 5 6 7								
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	0 1 2 3 4 5 6 7								
2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0 1 2 3 4 5 6 7								
2.4 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7								
2.5 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7								
2.6 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0 1 2 3 4 5 6 7								
2.7 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7								
3 ACTIVIDADE FÍSICA	Nº de dias								
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade contínua, inclusive andar)	0 1 2 3 4 5 6 7								
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0 1 2 3 4 5 6 7								
4 MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA	Nº de dias								
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0 1 2 3 4 5 6 7								
4.2 Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	0 1 2 3 4 5 6 7								
5 CUIDADOS COM OS PÉS	Nº de dias								
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7								
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7								
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	0 1 2 3 4 5 6 7								
6 MEDICAMENTOS	Nº de dias								
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes? OU (se insulina e comprimidos):	0 1 2 3 4 5 6 7								
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0 1 2 3 4 5 6 7								
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0 1 2 3 4 5 6 7								
7 HÁBITOS TABÁGICOS									
7.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma pitada, durante os últimos SETE DIAS?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>								
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros:	_____								
7.3 Quando fumou o seu último cigarro?	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 20px; height: 100px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>								
Nunca fumou									
Há mais de dois anos atrás									
Um a dois anos atrás									
Quatro a doze meses atrás									
Um a três meses atrás									
No último mês									
Hoje									

## **Anexo V – Pedidos de Autorização**

### **Comissão de Ética para a Saúde**

Lisboa, 8 de Abril de 2014

Exma. Comissão de Ética para a Saúde

**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de dados no Centro de Saúde São João da Talha, Sacavém.

Ana Filipa Marques, aluna do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, do Núcleo de Saúde e Doença e estagiária curricular na Unidade de Psicologia do Centro de Saúde de São João da Talha, solicita o seguinte.

No âmbito do tema de dissertação de Mestrado, bem-estar espiritual e comportamentos de controlo da diabetes tipo II, solicito a autorização para recolha de dados no Centro de Saúde São João da Talha, Sacavém.

A investigação que se pretende realizar desempenha um papel importante na área da saúde, ao abordar simultaneamente os comportamentos de autocuidados com a diabetes e qualidade de vida destes doentes e o bem-estar espiritual dos mesmos. Neste sentido, a população alvo deste estudo são utentes com diabetes tipo II, com idades compreendidas entre os 45 e 65, de ambos os géneros.

O objetivo geral desta investigação é compreender a relação entre o bem-estar espiritualidade e os comportamentos de controlo da diabetes, com diabetes tipo II. Para além disso, os objetivos específicos são os seguintes: a) analisar os dados sociodemográficos e clínicos da amostra em estudo; b) avaliar a espiritualidade dos participantes; c) avaliar os comportamentos de controlo da diabetes/ autocuidados com a doença; d) compreender a relação entre a espiritualidade e os comportamentos de controlo da diabetes e f) compreender a variação das variáveis psicossociais em estudo em função das sociodemográficas e clínicas.

Os instrumentos que irão ser utilizados no estudo são:

- Questionário de dados sociodemográficos e clínicos
- SF
- Spiritual weel-being
- Escala de atividades de auto-cuidados com a diabetes

Os questionários foram revistos e aprovados pela coordenada de estágio, Dr.<sup>a</sup> Isabel Trindade (Coordenadora da instituição), e pela orientadora, Dr.<sup>a</sup> Isabel Matos (Psicóloga na Instituição).

A aplicação dos questionários deverá começar a 14 de Abril de 2014 e terminar a 16 de Maio de 2014, para que possa realizar a investigação a tempo da mesma ser entregue dentro dos prazos fornecidos pela faculdade.

Seguem-se os questionários em anexo.

Grata pela atenção dispensada e com os melhores cumprimentos,

Estagiária da Unidade de Psicologia do Centro de Saúde de São João da Talha, Sacavém,

Ana Marques

## **Chefe de Enfermagem**

Lisboa, 17 de Junho de 2014

Exma. Enf<sup>a</sup> Angélica Rosa

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados no Centro de Saúde São João da Talha, Sacavém.

Ana Filipa Marques, aluna do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, do ISPA- Instituto universitário e estagiária curricular na Unidade de Psicologia do Centro de Saúde de São João da Talha, solicita o seguinte.

No âmbito do tema de dissertação de Mestrado, bem-estar espiritual e comportamentos de controlo da diabetes tipo II, solicito a autorização para recolha de dados no Centro de Saúde São João da Talha, Sacavém.

A investigação que se pretende realizar desempenha um papel importante na área da saúde, ao abordar simultaneamente os comportamentos de autocuidados com a diabetes e qualidade de vida destes doentes e o bem-estar espiritual dos mesmos. Neste sentido, a população alvo deste estudo são utentes com diabetes tipo II, com idades compreendidas entre os 45 e 70, de ambos os géneros.

O objetivo geral desta investigação é compreender a relação entre o bem-estar espiritualidade e os comportamentos de controlo da diabetes, com diabetes tipo II. Para além disso, os objetivos específicos são os seguintes: a) analisar os dados sociodemográficos e clínicos da amostra em estudo; b) avaliar a espiritualidade dos participantes; c) avaliar os comportamentos de controlo da diabetes/ autocuidados com a doença; d) compreender a relação entre a espiritualidade e os comportamentos de controlo da diabetes e f) compreender a variação das variáveis psicossociais em estudo em função das sociodemográficas e clínicas.

Os instrumentos que irão ser utilizados no estudo são:

- Questionário de dados sociodemográficos e clínicos
- SF-36
- Spiritual well-being (SHALOM)
- Escala de atividades de auto-cuidados com a diabetes

Os questionários foram revistos e aprovados pela coordenadora de tese, Professora Doutora Maria João Gouveia.

Grata pela atenção dispensada e com os melhores cumprimentos,

Ana Marques



## Anexo VII – Análise Estatística da Normalidade

### Resultados do estudo da normalidade (Kolmogorov-Smirnov)

	<i>KS</i>	<i>p.</i>
Pessoal (estado ideal)	.16	.00
Comunitária (estado ideal)	.18	.00
Ambiental (estado ideal)	.16	.00
Transcendental (estado ideal)	.24	.00
Pessoal (estado atual)	.11	.04
Comunitária (estado atual)	.14	.00
Ambiental (estado atual)	.11	.04
Transcendental (estado atual)	.17	.00

	<i>KS</i>	<i>p.</i>
Funcionamento físico	.22	.00
Desempenho Físico	.18	.00
Saúde Mental	.16	.00
Desempenho Emocional	.15	.00
Funcionamento Social	.25	.00
Vitalidade	.18	.00
Saúde Geral	.30	.00

	<i>KS</i>	<i>p.</i>
Alimentação geral	.21	.00
Alimentação específica	.12	.02
Atividade física	.26	.00
Monitorização glicemia	.21	.00
Cuidado pés	.28	.00

Pela análise dos valores de significância do teste de normalidade realizado com as três variáveis, verifica-se que não existe normalidade em nenhuma das dimensões de avaliação do bem-estar espiritual, da saúde física e mental e dos autocuidados com a diabetes. Neste sentido, quebrado um dos pressupostos para estatística paramétrica, este estudo irá recorrer à análise das hipóteses através de testes não paramétricos.