



# LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

ADAPTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE UM  
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE FATORES  
ASSOCIADOS AO ACONSELHAMENTO NA  
DIABETES TIPO 2

CAROLINA CORREIA NEVES TOMÁS SILVA

Orientador de Dissertação:  
PROFESSORA DOUTORA MARTA MARQUES

Coordenador de Seminário de Dissertação:  
PROFESSORA DOUTORA MARIA JOÃO GOUVEIA

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:  
MESTRE EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

2016

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Marta Marques, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde.

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Marta Marques, minha Orientadora, pelos conhecimentos partilhados, paciência e encorajamento ao longo deste ano.

À Professora Doutora Maria João Gouveia, minha Supervisora, pelo seu apoio, orientação e conhecimentos partilhados – não só este ano, mas ao longo de todo o percurso académico.

À Rita, pela grande amizade ao longo destes 5 anos.

Ao João, pelo carinho e suporte incondicional ao longo deste percurso, pela confiança depositada em mim, mesmo quando eu não a tinha.

E, por fim, um especial agradecimento aos meus pais, por tudo o que sempre fizeram por mim e que permitiu chegar aqui.

## RESUMO

A Diabetes do Tipo 2 é uma doença crónica cuja prevalência continua a aumentar e que representa uma importante causa de mortalidade evitável. A adoção e manutenção de comportamentos de saúde é uma das principais formas de gestão da Diabetes do Tipo 2, nomeadamente a prática de atividade física e alimentação saudável. Para tal, os profissionais de saúde têm um papel crucial em prestar o aconselhamento necessário. A investigação em mudança comportamental na área da saúde tem identificado diversos fatores psicológicos envolvidos neste processo para os utentes (e.g. autoeficácia). Existem, no entanto, poucos estudos sobre a mudança comportamental nos profissionais de saúde e não existe nenhum instrumento em Português para avaliar estes fatores. O objetivo deste estudo é o de contribuir para a validação e desenvolvimento de instrumento de Avaliação dos Fatores Psicossociais Associados ao Aconselhamento Nutricional, da Atividade Física, e de Educação Continuada. Foi utilizada uma metodologia mista, com recurso a questionário e entrevistas individuais. Foram feitas análises às estatísticas descritivas, sensibilidade e fiabilidade do instrumento numa amostra de 74 profissionais de saúde envolvidos na consulta de Diabetes do Tipo 2 (médicos e enfermeiros); posteriormente, foi feita uma análise facial do instrumento através de entrevistas individuais numa amostra de 17 participantes. A versão Portuguesa deste instrumento, apresenta qualidades psicométricas aceitáveis para quase todas as escalas, e, de um modo geral, foi bem aceite e interpretado pelos entrevistados. No final são discutidas as melhorias ao instrumento, limitações e sugestões para investigações futuras.

**Palavras-Chave:** Diabetes do Tipo 2, Profissionais de Saúde, Aconselhamento, Mudança Comportamental, Metodologia Mista, Fatores Psicológicos, Características Psicométricas.

## ABSTRACT

Type 2 diabetes is an increasingly prevalent chronic illness and an important cause of preventable mortality. Adopting and maintaining healthy behaviors is crucial in the management of type 2 diabetes, more specifically the practice of regular physical activity and a balanced diet. As such, healthcare professionals play a key role in providing the necessary advice. Behavior change research applied to healthcare has identified several psychological factors involved in this process in patients (e.g. self-efficacy). However, there are very few studies regarding behavior change factors in healthcare professionals, and currently there isn't a Portuguese measure available that assesses these factors. The aim of this study is to contribute to the validation of a measure to evaluate the psychosocial factors associated with the provision of nutritional advice, physical activity advice, and on-going education. A mixed methods approach was used, using a questionnaire data collection and interviews with healthcare professionals. First, we analyzed the descriptive statistics, the sensitivity, and reliability of the measure in a sample of 74 healthcare professionals directly involved in type 2 diabetes consultations (medical doctors and nurses); afterwards, we examined the face validity of the instrument through the analysis of 17 individual interviews. The Portuguese version shows acceptable psychometric properties on almost all scales, and it was generally accepted and well-received by the interviewees. Finally, we discuss potential improvements to the instrument, limitations, and suggestions for future research.

**Key-words:** Type 2 Diabetes, Health Care Professionals, Advice, Behavior Change, Mixed Methods, Psychological Factors, Psychometric Properties.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
DIABETES .....	1
QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE .....	3
AVALIAÇÃO DOS FATORES PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS AO ACONSELHAMENTO NA DM2..3	
MODELO REFLETIVO-IMPULSIVO .....	4
TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEADO .....	5
TEORIA SÓCIO-COGNITIVA .....	5
PROCESSOS PÓS-INTENCIONAIS VOLITIVOS.....	6
COMPORTAMENTOS ORIENTADOS A OBJETIVOS .....	6
<i>ENGAGEMENT</i> .....	7
MOTIVAÇÃO.....	8
SATISFAÇÃO NO TRABALHO .....	9
OBJETIVO DO ESTUDO .....	10
<b>MÉTODO</b> .....	<b>12</b>
DESENHO DA INVESTIGAÇÃO.....	12
PARTICIPANTES .....	12
MATERIAL.....	12
PROCEDIMENTO.....	16
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>19</b>
ESTATÍSTICA DESCRITIVA, SENSIBILIDADE E FIABILIDADE .....	19
VALIDADE FACIAL E ACEITAÇÃO DO INSTRUMENTO .....	32
<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>40</b>
RECOMENDAÇÕES DE MELHORIAS DO INSTRUMENTO .....	42
LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES .....	43
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>44</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>48</b>
ANEXO A – QUESTIONÁRIO APLICADO.....	48
ANEXO B – GUIÃO DE ENTREVISTA .....	62
ANEXO C – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA .....	64
ANEXO D – QUESTIONÁRIO MELHORADO .....	66

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características psicométricas da escala de Planeamento da Ação, para os comportamentos AN, AF e EC (n=74) .....	19
Tabela 2. Características psicométricas da escala de Autoeficácia, para os comportamentos AN, AF e EC (n=74) .....	20
Tabela 3. Características psicométricas da escala de Automaticidade, para os comportamentos AN, AF e EC (n=74) .....	21
Tabela 4. Características psicométricas das escalas de Atitude para os comportamentos AN, AF e EC (n=74) .....	22
Tabela 5. Características psicométricas das escalas de Norma Subjetiva para os comportamentos AN, AF e EC (n=74) .....	23
Tabela 6. Características psicométricas das escalas de Intenção para os comportamentos AN, AF e EC (n=74) .....	24
Tabela 7. Características psicométricas da escala de Perceção de Facilitação de Objetivos, para os comportamentos AN, AF e EC (n=74) .....	25
Tabela 8. Características psicométricas da escala de Planeamento de Estratégias de Coping, para os comportamentos AN, AF e EC (n=74) .....	26
Tabela 9. Características psicométricas da escala de Motivação, para os comportamentos AN, AF e EC (n=74) .....	27
Tabela 10. Características psicométricas da escala de Importância Atribuída, para os comportamentos AN, AF e EC (n=74) .....	29
Tabela 11. Características psicométricas do Questionário de Bem-Estar no Trabalho (n=74) .....	30
Tabela 12. Características psicométricas da Escala de Motivação no Trabalho (n=74) .....	30

## INTRODUÇÃO

### Diabetes

A Diabetes *Mellitus* é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade, atingindo ambos os sexos e todas as idades. Várias complicações podem decorrer da diabetes (e.g., doenças cardíacas, lesões renais, oculares e/ou neurológicas, etc.), contudo esses danos podem ser reduzidos através de um controlo rigoroso de vários indicadores (e.g., hiperglicemia, hipertensão arterial e dislipidémia), bem como de uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis (e.g., retina, nervos, rins e coração) (Observatório da Diabetes, 2015; World Health Organization, 2016).

Os dois principais tipos de diabetes são: **(1) Diabetes Tipo 1 ou Diabetes Insulino-Dependente** – Neste tipo de diabetes é necessária uma terapêutica com insulina para toda a vida e atinge maioritariamente crianças ou jovens (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2016); **(2) Diabetes *Mellitus* do Tipo 2 (DM2)** – É causada por um desequilíbrio no metabolismo da insulina, i.e., existe um défice de insulina e resistência à mesma, sendo necessária uma maior quantidade de insulina para a mesma quantidade de glicose no sangue.

A DM2 tem como principais fatores de risco a predisposição genética, o sedentarismo e o excesso de peso ou obesidade. Embora tenha uma forte componente hereditária, este tipo de diabetes pode ser prevenido e, após o diagnóstico, pode ser controlada, através da modificação de fatores de risco (e.g., alimentação equilibrada, atividade física regular) (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, s.d.). Relativamente ao seu tratamento, é essencial que haja uma adaptação ao nível da alimentação (de um modo geral recomenda-se a redução de ingestão de gordura e de sal e o aumento da ingestão de fibra para, assim, obter um bom controlo da glicemia, colesterol, triglicéridos, pressão arterial e, atingir e manter um peso saudável) e da atividade física (recomenda-se prática regular de atividade física, como caminhadas diárias de 30 minutos ou outros exercícios aeróbicos de intensidade moderada, dado que o exercício estimula a produção de insulina e facilita o seu transporte para as células, além de melhorar a condição cardiovascular geral). Com a adoção e manutenção destes comportamentos de saúde, é, muitas vezes, possível controlar a DM2, uma vez que se torna mais fácil controlar o nível de glicose no sangue, prevenindo complicações a longo prazo (Observatório da Diabetes, 2015; Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2016). Quando tal não se verifica, é necessário

tratamento farmacológico (e.g. medicação oral e insulina) e, em certos casos, pode haver necessidade de medicação complementar para controlar o colesterol e a pressão arterial (Observatório da Diabetes, 2015).

A prevalência de Diabetes tem aumentado significativamente a nível global nas últimas décadas (e.g., a prevalência de diabetes na Europa em 1980 era de 5,3% e em 2014 de 7,3%, passando de 33 milhões de casos para 64 milhões) (World Health Organization, 2016). Em Portugal a prevalência estimada da Diabetes no ano de 2014, em sujeitos com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, foi de 13,1%, o que corresponde a mais de 1 milhão de portugueses nesta faixa etária (Observatório da Diabetes, 2015) – uma vez que a distinção entre diabetes do tipo 1 e do tipo 2 nem sempre é possível aquando da realização de estatísticas, não existem estimativas globais distintas para a prevalência destes dois tipos (World Health Organization, 2016), contudo é consensual que a DM2 é o tipo de Diabetes mais frequente e que a sua prevalência continua a aumentar (International Diabetes Federation, 2015; World Health Organization, 2016). Este aumento está associado a vários fatores, sendo os principais as rápidas mudanças culturais e sociais, o envelhecimento da população, a crescente urbanização, alterações alimentares, redução da atividade física e adoção de estilos de vida não saudáveis (Observatório da Diabetes, 2015; World Health Organization, 2016).

Portanto, a DM2 representa, atualmente, uma importante causa de mortalidade evitável, visto que sujeitos com este tipo de diabetes estão em maior risco de sofrer múltiplas outras condições de saúde (Blackburn, Swidrovich, & Lemstra, 2013; Observatório da Diabetes, 2015; World Health Organization, 2016). Para atrasar a progressão desta doença, e reduzir os seus riscos, é fundamental que haja uma boa adesão aos seus tratamentos (World Health Organization, 2003, 2016). No caso específico da gestão da DM2, é necessário a aquisição e manutenção de comportamentos de saúde saudáveis, em particular, seguir uma dieta alimentar saudável, praticar atividade física regular, fazer o controlo da glicémia, e fazer a terapêutica tal como prescrita (Steed, Cooke, & Newman, 2003; Lerman, 2005; World Health Organization, 2003, 2016). Contudo a adesão aos tratamentos em doenças crónicas, nomeadamente na DM2, é um problema de grandes proporções (World Health Organization, 2003), sendo que a não adesão à medicação leva a resultados de saúde precários (e.g., complicações médicas, menor qualidade de vida) e,

consequentemente, a um maior uso dos serviços de saúde e a custos acrescidos do mesmo (Iuga & McGuire, 2014; World Health Organization, 2003).

### **Qualidade dos Cuidados de Saúde**

Relativamente à prestação de cuidados na DM2, estão definidas recomendações de tratamento estandardizadas de como estes devem ser realizados, contudo existem evidências de que a qualidade destes serviços é inferior ao desejado em algumas áreas (Eccles, et al., 2011; Presseau, et al., 2014; Nam, Chesla, Stotts, Kroon, & Janson, 2011). A variabilidade na prestação de cuidados pode dever-se a variações na fisiologia e comportamento dos pacientes (Eccles, et al., 2011; Nam, Chesla, Stotts, Kroon, & Janson, 2011), sendo que a maioria dos estudos relativos à auto-gestão da DM2 foca-se exclusivamente nos pacientes (e.g., (não-)adesão ao regime de tratamento, atitudes, crenças e conhecimentos que têm acerca da diabetes, recursos financeiros, existência de co-morbilidades) (Nam, Chesla, Stotts, Kroon, & Janson, 2011). No entanto, as diferenças na gestão clínica dos médicos e/ou das suas organizações pode, também, desempenhar um papel importante na qualidade dos cuidados de saúde (Eccles, et al., 2011; Nam, Chesla, Stotts, Kroon, & Janson, 2011; Brundisini, Vanstone, Hulan, DeJean, & Giacomini, 2015), pelo que para melhorar a auto-gestão da doença é importante compreender a qualidade do aconselhamento prestado pelos profissionais de saúde – quer ao nível de fatores individuais dos profissionais de saúde (e.g., crenças, atitudes e conhecimentos sobre a gestão da doença), como das suas interações com os pacientes, e, ainda, do ponto de vista organizacional das instituições e do próprio sistema de saúde (Nam, Chesla, Stotts, Kroon, & Janson, 2011).

### **Avaliação dos Fatores Psicossociais Associados ao Aconselhamento na DM2**

Para compreender melhor os fatores envolvidos na prestação de cuidados e aconselhamento na DM2, Eccles et al. (2011) desenvolveram um instrumento, que sofreu posteriormente alterações (Presseau, et al., 2014), com o objetivo de identificar as cognições (perceções e crenças) dos profissionais de saúde relativas à realização de 6 comportamentos clínicos que refletem a prática recomendada na gestão da DM2 – prestação de aconselhamento nutricional personalizado, fornecimento de educação continuada acerca da diabetes tipo 2, fornecimento de aconselhamento de atividade física personalizado, prescrição adicional de medicamentos anti-hipertensivos, exame

da circulação e sensibilidade do pé, e prescrição de terapia adicional para controlo glicémico. Este instrumento foi desenvolvido tendo por base Teorias de Mudança Comportamental (e.g., Teoria do Comportamento Planeado, Teoria Social Cognitiva) (Eccles, et al., 2011; Presseau, et al., 2014), muito usadas no contexto de saúde, teorias essas que permitem identificar e testar que determinantes devem ser alterados para que ocorra mudança (Marques & Teixeira, 2014). Para o desenvolvimento e refinamento do instrumento, Presseau et al. (2014) realizou entrevistas com uma amostra de profissionais de saúde, de forma a garantir a sua adequação. No que diz respeito às qualidades psicométricas, não estão ainda disponíveis os dados para este instrumento – contudo, a versão preliminar do instrumento (Eccles, et al., 2011) apresentou valores de consistência interna satisfatórios. Estes estudos providenciaram informação ímpar acerca das cognições dos profissionais de saúde relativamente à realização de comportamentos clínicos envolvidos na gestão da DM2. Seguidamente serão abordados os constructos avaliados no instrumento de Presseau et al. (2014), assim como as suas teorias de apoio.

### **Modelo Refletivo-Impulsivo**

De acordo com a terminologia proposta por Strack e Deutsch (2004), o comportamento é o resultado de dois processos cognitivos interativos e paralelos: o Processo Refletivo e o Processo Impulsivo.

O **processo refletivo** requer um esforço ativo no qual o indivíduo está consciente e em controlo, agindo após deliberação consciente. Este processo é tipicamente moroso e requer capacidade cognitiva para tomada de decisões, permitindo ponderar diferentes opções e resolver criativamente tarefas exigentes (Strack & Deutsch, 2004; Presseau, et al., 2014).

Por outro lado, o **processo impulsivo**, promove o comportamento através de ligações associativas e orientações motivacionais (Strack & Deutsch, 2004). Este processo funciona de forma rápida e automática, requerendo pouco esforço (Presseau, et al., 2014). Além disso, este modo de funcionamento ocorre por defeito a não ser que haja necessidade e capacidade para uma tomada de decisão consciente (Strack & Deutsch, 2004). Presseau et al. (2014) propõem que este modo de funcionamento, caracterizado pela rápida ativação de associações cognitivas sem que se tenha essa consciência, seja avaliado através de medidas de **automaticidade comportamental** – um comportamento pode tornar-se automático através de repetição satisfatória,

manifestando uma resposta específica e automática perante um determinado estímulo (Verplanken & Orbell, 2003).

### **Teoria do Comportamento Planeado**

Um fator central na Teoria do Comportamento Planeado é a **intenção** do indivíduo em realizar um determinado comportamento. Segundo Ajzen (1991), intenções são indicadores do quanto um sujeito está disposto a tentar, i.e., do esforço que planeia exercer para realizar um determinado comportamento. De um modo geral, quanto maior a intenção de iniciar um comportamento, maior a probabilidade da sua realização.

De acordo com a presente teoria, existem três determinantes independentes da intenção: (1) **atitude** – grau em que um sujeito tem uma avaliação favorável ou negativa relativa ao comportamento em causa; (2) **norma subjetiva** – pressão social percebida relativa à realização (ou não) de um determinado comportamento; e (3) **controle comportamental percebido** – percepção da facilidade ou dificuldade de realizar um comportamento (o conceito de controle comportamental percebido aproxima-se ao de autoeficácia percebida, desenvolvido por Bandura, 1977). Assim, quanto mais favorável for a atitude e a norma subjetiva, e maior o controle comportamental percebido relativos a um comportamento, maior será a intenção do indivíduo para o realizar (Ajzen, 1991).

### **Teoria Sócio-Cognitiva**

Na Teoria Social Cognitiva as crenças relativas à eficácia pessoal ocupam um papel regulador principal na sua estrutura para a realização de um comportamento. De acordo com esta teoria são diferenciados dois conceitos, o de expectativa de eficácia e o de expectativa de resultados (Bandura, 1977, 1998).

O conceito de **autoeficácia** refere-se às crenças relativas à capacidade de organizar e realizar as ações necessárias para produzir determinados resultados, i.e., convicção de ser capaz de realizar eficazmente um comportamento necessário para alcançar um determinado fim. Estas crenças podem ser desenvolvidas através de quatro fontes principais: resultados do desempenho pessoal, experiências vicariantes, persuasão social, e estados somáticos e emocionais (Bandura, 1977, 1998).

Por seu lado, a **expectativa de resultados** consiste na estimativa de que um comportamento irá levar a um determinado resultado (Bandura, 1977, 1998).

A distinção entre os dois constructos é feita uma vez que mesmo que um sujeito acredite que um determinado curso de ação irá produzir um determinado resultado, poderá não realizar devido a dúvidas relativas à sua capacidade de realizar as atividades necessárias (Bandura, 1977).

### **Processos Pós-Intencionais Volitivos**

Apesar da importância dada ao papel da intenção para a realização (ou não) de um determinado comportamento, intenções nem sempre se traduzem em ações – *intention-behavior gap*. Para colmatar a lacuna existente na implementação de intenções pode se recorrer ao **planeamento**, uma estratégia prospetiva de autorregulação que consiste na simulação mental de associar respostas concretas a situações futuras (Sniehotta, Schwarzer, Scholz, & Schuz, 2005). O conceito de planeamento pode ser dividido em 2 subconstructos: (1) **planeamento da ação** – especificação de onde, quando e como agir perante determinadas situações; (2) **planeamento de estratégias de coping** – simulação mental de possíveis obstáculos à ação e de como os superar, i.e., ligação mental entre riscos antecipados e respostas de *coping* adequadas (Sniehotta, Schwarzer, Scholz, & Schuz, 2005).

### **Comportamentos Orientados a Objetivos**

O foco num único comportamento orientado a um objetivo não é realista no contexto de consultas clínicas, onde se procuram alcançar múltiplos objetivos (Presseau, Francis, Campbell, & Sniehotta, 2011). Assim, esta multiplicidade de comportamentos orientados a objetivos pode ter um impacto facilitador ou inibitório num determinado comportamento, i.e., podem haver conflitos entre objetivos (e.g., devido ao limite de tempo durante a consulta) ou, pelo contrário, o realizar de um comportamento para atingir um determinado objetivo pode facilitar a realização de outro (quer instrumentalmente como por sobreposição de recursos) (Presseau, Sniehotta, Jillian, & Campbell, 2009; Presseau, Francis, Campbell, & Sniehotta, 2011). Assim, a perceção que o sujeito tem da facilitação de objetivos (**conflito de objetivos versus facilitação de objetivos**) poderá influenciar os comportamentos que irá realizar (Presseau, Sniehotta, Jillian, & Campbell, 2009; Presseau, Francis, Campbell, & Sniehotta, 2011).

Além dos conceitos propostos por Presseau et al. (2014), outras variáveis podem ter impacto sobre a qualidade dos cuidados de saúde prestados, nomeadamente variáveis relacionadas com a forma como os profissionais de saúde se sentem em relação ao seu trabalho – tais como o *Engagement* (Bem-Estar no Trabalho), Motivação no Trabalho e Satisfação no Trabalho.

### ***Engagement***

O conceito de *engagement* tem sido alvo de várias definições (Macey & Schneider, 2008; Saks, 2006). Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) consideram que o *engagement* representa o oposto de *burnout* – i.e., enquanto que o *burnout* é caracterizado pela exaustão, cinismo e baixa eficácia profissional, o *engagement* é definido por energia, envolvimento e eficácia. Contudo, Schaufeli e Bakker (2001, cit. por Schaufeli & Bakker, 2004) distinguem os dois conceitos e consideram que devem ser avaliados de forma diferente, definindo *engagement* como um estado positivo da mente, realizador e relacionado com o trabalho que é caracterizado pelo (1) vigor (o sujeito apresenta elevados níveis de energia, resistência mental, esforço e persistência no trabalho face às dificuldades laborais), (2) dedicação (o indivíduo está fortemente envolvido no trabalho, experienciando sensações de entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio) e (3) absorção (o trabalhador está, de tal modo, concentrado no seu trabalho, que o horário laboral passa de forma veloz, sendo complicado abstrair-se do mesmo).

O *engagement* está relacionado com os comportamentos, intenções e atitudes dos trabalhadores (Saks, 2006), podendo manifestar-se a **nível individual** (e.g., qualidade do trabalho das pessoas e das suas próprias experiências) ou **organizacional** (e.g., crescimento e produtividade de determinada organização) (Kahn, 1992, cit. por Saks, 2006).

Relativamente às suas consequências, o *engagement* já foi associado a maior satisfação no trabalho (Fiabane, Giorgi, Sguazzin, & Argentero, 2013; Lowe, 2012; Saks, 2006), melhor desempenho no trabalho/tarefas e maior produtividade (Bakker, Schaufeli, Leiter, & Taris, 2008; Lowe, 2012; West, Dawson, Admasachew, & Topakas, 2011), menor intenção de deixar a empresa (Lowe, 2012; Saks, 2006; Schaufeli & Bakker, 2004; West, Dawson, Admasachew, & Topakas, 2011), maior *commitment* organizacional (Lowe, 2012; Saks, 2006) e *attachment* (Lowe, 2012; Schaufeli & Bakker, 2004), melhor qualidade de trabalho (Lowe, 2012; West,

Dawson, Admasachew, & Topakas, 2011) e melhores resultados financeiros (Bakker, Schaufeli, Leiter, & Taris, 2008; West, Dawson, Admasachew, & Topakas, 2011).

No contexto Hospitalar quanto mais envolvidos estão os trabalhadores melhores os resultados para os pacientes e para a organização, sendo que o *engagement* está associado a melhorias nos desempenhos de cuidados de saúde (Boaz, Hanney, Jones, & Soper, 2015; Lowe, 2012; West, Dawson, Admasachew, & Topakas, 2011), manifestando-se em níveis maiores de satisfação dos pacientes, menores taxas de mortalidade dos pacientes, menores taxas de infecções e menor absentismo laboral (West, Dawson, Admasachew, & Topakas, 2011).

### **Motivação**

A motivação pode ser definida como a intensidade, direção e persistência do esforço para a obtenção de um objetivo – a intensidade descreve o quanto uma pessoa tenta alcançar um objetivo, contudo o esforço realizado só é favorável ao desempenho do trabalho se for direcionado de forma coerente com os objetivos da organização; a persistência mede o quanto a pessoa consegue manter o esforço (Robbins & Judge, 2013). Existem várias teorias que estudam a motivação (e.g., Teoria da Expectativa de Vroom, Teoria Social Cognitiva de Bandura), contudo neste estudo optámos pela Teoria da Autodeterminação por se tratar de uma teoria muito utilizada no contexto de saúde (Gagné & Deci, 2005).

Seguindo a Teoria da Autodeterminação (SDT) podemos distinguir **amotivação** como a ausência de motivação, **motivação extrínseca** como requerendo uma instrumentalidade entre a atividade e possíveis consequências, e **motivação intrínseca** como a realização de atividades por serem consideradas interessantes e gerarem por si uma satisfação espontânea (Gagné & Deci, 2005). Contrariamente à motivação intrínseca que é autónoma, na motivação extrínseca pode variar o grau de autonomia e controlo na realização de uma tarefa consoante a internalização da regulação externa para o comportamento: (1) **regulação externa** – forma de motivação menos autónoma, a satisfação deriva de consequências extrínsecas e não da atividade em si; (2) **regulação introjetada** – a regulação de comportamento é adotada pela pessoa mas não aceita como sua, é feita em função de pressões internas como culpa e ansiedade; (3) **regulação identificada** – já existe alguma interiorização mesmo que a razão para fazer algo seja de origem externa; e (4) **regulação integrada**

– forma de motivação mais autónoma, há coerência entre o comportamento e os objetivos e valores da pessoa (Gagné & Deci, 2005).

Gagné e Deci (2005) concluíram, através de uma análise de diversos estudos, que um ambiente de trabalho que promova a autonomia contribui para o desenvolvimento de motivação intrínseca e internalização de motivação extrínseca, que por sua vez leva a que os trabalhadores sejam mais persistentes, tenham um desempenho mais significativo, maior satisfação no trabalho, atitudes positivas relativamente ao trabalho, maior *commitment* organizacional e bem-estar psicológico.

A investigação demonstra que tanto a motivação intrínseca (baseada no interesse) como a motivação extrínseca autónoma (baseada na importância) estão relacionadas com o desempenho, satisfação, confiança e bem-estar no local de trabalho (Gagné & Deci, 2005). Contudo, recompensas extrínsecas para motivar os trabalhadores podem ser prejudiciais para a motivação intrínseca, podendo levar a dificuldades de ajustamento psicológico e no desempenho de atividades interessantes e importantes para o próprio (Gagné & Deci, 2005).

No contexto hospitalar motivadores intrínsecos (e.g., desempenhar um trabalho significativo, estabelecimento de fortes relações interpessoais) mostraram ter um efeito positivo na qualidade dos serviços (Lambrou, Kontodimopoulos, & Niakas, 2010).

### **Satisfação no Trabalho**

Robbins e Judge (2013) definem a satisfação no trabalho como um estado emocional agradável ou positivo resultante do prazer do trabalho em si ou das experiências do trabalho – pode ser considerado como um sentimento global relativamente ao trabalho ou como uma série de atitudes relativas a vários aspetos ou facetas do trabalho (Bhatnagar & Srivastava, 2012).

A satisfação no trabalho distingue-se da motivação na medida em que a satisfação no trabalho é a resposta emocional da pessoa à sua condição de trabalho, enquanto que a motivação se refere à força que leva a procurar e satisfazer necessidades (Lambrou, Kontodimopoulos, & Niakas, 2010). Contudo as duas trabalham conjuntamente para aumentar o desempenho no trabalho (Lambrou, Kontodimopoulos, & Niakas, 2010).

A satisfação com o trabalho nos profissionais de saúde tem várias implicações (1) **no próprio** – e.g., relações positivas no local de trabalho e níveis elevados de

desempenho individual laboral (Bhatnagar & Srivastava, 2012), podendo ser considerado como um indicador de saúde e bem-estar emocional (Bhatnagar & Srivastava, 2012; Faragher, Cass, & Cooper, 2005); (2) **nos outros** – e.g., qualidade do cuidado e da relação com os pacientes (Williams & Skinner, 2003); e (3) **na organização** – e.g., trabalhadores têm menos intenções de deixar o atual local de trabalho (Williams & Skinner, 2003; West, Dawson, Admasachew, & Topakas, 2011).

### **Objetivo do Estudo**

Dado que as complicações mais severas da DM2 podem ser prevenidas através de mudanças no estilo de vida, nomeadamente ao nível da alimentação e da atividade física, é essencial que os profissionais de saúde que acompanham os doentes regularmente prestem o aconselhamento adequado, de modo a potenciar a mudança comportamental. Havendo indicadores de que a sua qualidade é inferior ao desejável para alguns comportamentos clínicos, torna-se relevante examinar quais os fatores psicológicos, baseados nas teorias de mudança comportamental, que podem explicar o processo de aconselhamento por parte destes profissionais. Esta é uma área de investigação recente, pelo que existe, ainda, uma escassez de trabalhos focados na mudança comportamental dos profissionais de saúde. Além disso, não existe um instrumento de avaliação destes fatores em Português, que possa responder às adaptações culturais do contexto de saúde em Portugal.

Assim, o principal objetivo deste estudo é o de contribuir para a adaptação e desenvolvimento um instrumento que avalie os fatores envolvidos no aconselhamento nutricional, de atividade física e de educação continuada na DM2, para identificar e compreender as dificuldades e barreiras dos profissionais de saúde na realização destes comportamentos – tendo por base o instrumento de Presseau et al. (2014). Para tal, as características psicométricas do instrumento são avaliadas através da aplicação do questionário a uma amostra de profissionais de saúde envolvidos na consulta de DM2 e, posteriormente, realizadas entrevistas individuais para avaliar a validade facial do instrumento e garantir a sua adaptação cultural à realidade portuguesa no aconselhamento da DM2.

Neste estudo irão ser analisados apenas três dos seis comportamentos clínicos do instrumento original (Presseau, et al., 2014) – aconselhamento nutricional, aconselhamento de atividade física e educação continuada – por se tratarem de fatores

de risco modificáveis com um impacto muito significativo na gestão da DM2 e, para os quais existem menos recomendações de como e quando fazer o aconselhamento por parte das agências nacionais de saúde, em comparação, por exemplo, com o exame do pé ou do controlo glicémico. Além disso, serão avaliadas questões relacionadas com o trabalho, nomeadamente o *engagement*, a motivação no trabalho e a satisfação no trabalho, o que permitirá observar se estas variáveis têm impacto no aconselhamento da DM2.

## MÉTODO

### Desenho da Investigação

Este é um estudo transversal, de metodologia mista, com o objetivo de adaptar e validar o instrumento de Avaliação dos Fatores Psicossociais Associados ao Aconselhamento na Diabetes do Tipo 2. Através do questionário procurou-se avaliar a fiabilidade e validade das medidas de avaliação, enquanto que as entrevistas tiveram como propósito a avaliação da validade facial e da aceitação do instrumento.

### Participantes

A amostra do estudo foi recolhida em território nacional e é composta por 74 profissionais de saúde (59 do sexo feminino e 15 do sexo masculino), envolvidos na consulta de Diabetes do Tipo 2, dos quais 60 são médicos/as e 14 são enfermeiros/as. Os participantes têm idades compreendidas entre os 26 e os 65 anos (M= 41,03; DP= 11,60).

Relativamente ao local de trabalho, 40 participantes trabalham em Centros de Saúde, 36 em Centros Hospitalares e 1 em Clínica Privada. O tempo de exercício de profissão varia entre 1 e 38 anos (M= 15,43; DP= 11,59) e o número de consultas realizadas por semana a utentes com Diabetes do Tipo 2 varia entre 1 e 100 (M= 14,39; DP=14,93).

Os critérios de inclusão para participar no estudo foram serem médicos ou enfermeiros envolvidos na consulta de diabetes do tipo 2.

### Material

Foram utilizados dois tipos de materiais para a recolha de dados – Questionário (composto por questões sociodemográficas, instrumento de avaliação de fatores psicossociais associados ao aconselhamento na DM2, questionário de bem-estar no trabalho, escala de motivação no trabalho e item global de satisfação no trabalho; Anexo A) e Guião de Entrevista (Anexo B).

**Questões Sociodemográficas.** Inclui itens relativos ao sexo, idade e profissão dos participantes (médico/a ou enfermeiro/a), tipo de instituição de saúde (centro de saúde, centro hospitalar, e/ou outra instituição prestadora de cuidados de saúde), número de anos de exercício da profissão, e número de consultas realizadas por semana a utentes com Diabetes do Tipo 2.

**Avaliação dos Fatores Psicossociais Associados ao Aconselhamento na Diabetes do Tipo 2.** Eccles et al. (2011) desenvolveram um instrumento para avaliar os fatores cognitivos associados a 6 comportamentos clínicos, que refletem a prática recomendada na gestão da Diabetes de tipo 2: (i) aconselhamento para gestão de peso, (ii) prescrição adicional de medicamentos anti-hipertensivos, (iii) exame da circulação e sensibilidade do pé, (iv) aconselhamento para o autocuidado, (v) prescrição de terapia adicional para controlo glicémico e, (vi) educação continuada. Posteriormente, este instrumento sofreu alterações (Presseau, et al., 2014), nomeadamente nos comportamentos clínicos abordados: (i) prestação de aconselhamento nutricional personalizado, (ii) fornecimento de educação continuada acerca da diabetes de tipo 2, (iii) fornecimento de aconselhamento para a prática de atividade física, (iv) prescrição adicional de medicamentos anti-hipertensivos, (v) exame da circulação e sensibilidade do pé e, (vi) prescrição de terapia adicional para controlo glicémico. Para este estudo, por razões previamente mencionadas, foram selecionados 3 dos 6 comportamentos clínicos: (i) Prestação de Aconselhamento Nutricional Personalizado; (ii) Fornecimento de Aconselhamento de Atividade Física Personalizado; e (iii) Fornecimento de Educação Continuada Acerca da Diabetes de Tipo 2.

Este instrumento avalia, para cada um destes 3 comportamentos clínicos, a influência das principais variáveis cognitivas que têm sido associadas à mudança comportamental em saúde, estas são: 1) **planeamento da ação** (3 itens – e.g., “Tenho um plano detalhado em relação a como irei fornecer aconselhamento de atividade física personalizado”); 2) **autoeficácia** (3 itens – e.g., “Estou confiante de que sou capaz de fornecer aconselhamento nutricional personalizado a utentes com diabetes do tipo 2 e IMC superior a 30kg/m<sup>2</sup>, mesmo quando o utente apresenta tentativas anteriores de perda do peso que não foram bem-sucedidas”); 3) **automaticidade** (4 itens – e.g., “Fornecer aconselhamento nutricional personalizado a utentes com diabetes do tipo 2 e IMC superior a 30kg/m<sup>2</sup>, é algo que faço automaticamente”); 4) **atitude** (3 itens – e.g., “Na minha gestão de utentes com diabetes do tipo 2 considero que é benéfico para a sua saúde fornecer-lhes aconselhamento de atividade física personalizado”); 5) **norma subjetiva** (1 item – e.g., “Presto aconselhamento de atividade física a estes utentes porque é esperado que eu o faça”); 6) **intenção** (3 itens – e.g., “Na minha gestão de utentes com diabetes do tipo 2 tenciono fornecer aconselhamento de atividade física personalizado), 7) **perceção de facilitação de**

**objetivos** (3 itens – e.g., “Durante a consulta de diabetes, outras coisas que faz têm uma prioridade superior a fornecer aconselhamento nutricional personalizado”); e 8) **planeamento de estratégias de coping** (3 itens – e.g., “Eu tenho um plano detalhado para conseguir fazer aconselhamento nutricional personalizado a utentes com diabetes do tipo 2 e IMC superior a 30kg/m<sup>2</sup>, se o doente apresentar tentativas anteriores de perda do peso que não tenham sido bem-sucedidas”). Além disso, é feita uma avaliação relativamente à **gestão do tempo** de consulta (1 item – e.g., “Numa consulta habitual com um utente com diabetes do tipo 2, aproximadamente quantos minutos utiliza para fornecer educação continuada acerca da diabetes?”), assim como do **comportamento passado** (1 item – e.g., “Do que se recorda, aproximadamente a quantos dos seus 10 últimos doentes com estas características, providenciou aconselhamento nutricional personalizado?”).

Ao instrumento foram acrescentados dois grupos de questões, um relativo à **motivação** que leva à realização dos comportamentos (6 itens – e.g., “Presto aconselhamento nutricional a estes utentes porque me proporciona satisfação prestar o melhor aconselhamento possível”), composto pelas subescalas de motivação autónoma, motivação controlada e amotivação, e outro referente à **importância atribuída** aos comportamentos clínicos (1 item – e.g., “De 1 a 7 qual é a importância que considera que o aconselhamento nutricional tem na gestão da diabetes do tipo 2?”).

A ação e contexto alvo de cada comportamento clínico encontra-se descrito no início de cada secção (e.g., “Todas as questões nesta área clínica referem-se à prestação de aconselhamento nutricional a utentes com diabetes do tipo 2 cujo Índice de Massa Corporal (IMC) seja superior a 30kg/m<sup>2</sup>”). Relativamente à escala de resposta, ela varia entre 1 (“discordo fortemente”) e 7 (“concordo fortemente”), para todos os grupos exceto para os referentes à gestão do tempo (grupo VII) e ao comportamento passado (grupo VIII). A avaliação das escalas é feita calculando a média dos *scores* de cada constructo de forma isolada, e para cada comportamento clínico, sendo que quanto maior forem os resultados obtidos melhor (e.g., maior a intenção de fornecer aconselhamento nutricional), exceto para a perceção de facilitação de objetivos, no qual quanto menor forem os resultados obtidos menos obstáculos existem à prestação, e nas subescalas de Motivação Controlada e na de Amotivação.

**Questionário de Bem-Estar no Trabalho (UWES).** A UWES é uma escala de autorresposta, composta por 17 itens, que pretende avaliar o *engagement* no trabalho (Schaufeli & Bakker, 2004). A versão reduzida da escala é composta por 9 itens que avaliam 3 dimensões de *engagement*: vigor (itens 1, 2 e 5 – e.g., “quando estou a trabalhar, sinto-me cheio/a de energia”), dedicação (itens 3, 4 e 7 – e.g., “estou entusiasmado/a com o meu trabalho”) e absorção (itens 6, 8 e 10 – e.g., “quando estou envolvido/a no meu trabalho, sinto-me feliz”) (Schaufeli, Bakker, & Salanova, 2006). As respostas são dadas através de uma escala ordinal de 7 pontos, que varia entre 1 (“nunca”) e 7 (“sempre”). Filipe (2013) utilizou uma adaptação da escala de bem-estar para a língua portuguesa, tendo obtido valores de consistência interna total muito elevados ( $\alpha = 0,949$ ). Contudo, no que diz respeito à estrutura fatorial, os resultados não vão de encontro aos da escala original (três dimensões), tendo sido apuradas apenas duas dimensões.

**Escala de Motivação no Trabalho (MAWS).** A MAWS é uma escala que pretende avaliar a motivação no trabalho, tendo sido construída com base na teoria da autodeterminação, tem 12 itens e é composta por 4 subescalas: regulação intrínseca (itens 1, 5 e 9 – e.g., “porque gosto muito deste trabalho”), regulação identificada (itens 2, 6, e 10 – e.g., “escolhi este trabalho porque ele me permite alcançar os meus objetivos de vida”), regulação introjetada (itens 3, 7 e 11 – e.g., “porque tenho de ser um dos melhores na minha profissão”) e regulação externa (itens 4, 8 e 12 – e.g., “porque este trabalho me permite ter um certo nível de vida”) (Gagné, et al., 2010). As respostas são dadas através de uma escala ordinal de 7 pontos, que varia entre 1 (“nada”) e 7 (“exatamente”). Esta escala foi adaptada para a língua portuguesa por Silva et al. (2017), tendo sido acrescentada a subescala de amotivação. Relativamente à sua fiabilidade, a versão portuguesa apresenta bons valores de consistência interna para todas as subescalas (entre  $\alpha = 0,767$  e  $\alpha = 0,872$ ), exceto para a de regulação introjetada ( $\alpha = 0,624$ ). A adaptação portuguesa apresenta, ainda, uma estrutura fatorial semelhante à escala original.

**Satisfação do Trabalho.** Optámos por avaliar a satisfação do trabalho através de um item global numa escala ordinal de 7 pontos, que varia entre 1 (“nenhum”) e 7 (“total”), em vez de discriminar as diferentes facetas do trabalho, uma vez que o

primeiro método é mais rápido e foi identificado como sendo um procedimento válido (Robbins & Judge, 2013).

**Guião de Entrevista.** Foi desenvolvido um guião de entrevista (Anexo B), com categorias pré-estabelecidas, com o propósito de verificar a validade facial do questionário através de entrevistas individuais semiestruturadas. O guião está dividido em questões mais gerais para obter a apreciação dos participantes sobre o questionário – Organização/*flow* do questionário, Tamanho do questionário, Modo de preenchimento, Terminologia/ linguagem –, e outras mais específicas sobre os instrumentos – Bem-estar no trabalho, Motivação no trabalho, Satisfação no trabalho, Comportamentos clínicos – para verificar se os sujeitos identificam o que se pretendia avaliar, se consideram relevante a sua avaliação, se há dúvidas relativamente às instruções, escala de medida e/ou itens de resposta. Além disso, no final, são feitas questões sobre a existência de obstáculos à prestação de aconselhamento, sobre a adequação da avaliação e é deixado um espaço para reflexões e comentários.

## **Procedimento**

**a) Procedimento de adaptação do questionário da Avaliação dos Fatores Associados ao Aconselhamento da Diabetes do Tipo.** O questionário foi adaptado para a língua portuguesa através do processo de tradução-retroversão. A tradução de inglês para português foi realizada por dois psicólogos com conhecimentos sólidos da língua inglesa, tendo sido feita uma retroversão posteriormente.

A escala original de Penseau et al. (2014) avaliava as cognições dos profissionais de saúde para seis comportamentos clínicos, neste estudo foram seleccionados apenas três dos comportamentos clínicos – aconselhamento nutricional, aconselhamento de atividade física e educação continuada.

Além disso, foram acrescentados dois grupos de questões ao instrumento, um relativo à motivação que leva à realização dos comportamentos e outro referente à importância atribuída aos comportamentos clínicos.

**b) Procedimento para Recolha de Dados.** Através de uma amostragem não probabilística por conveniência estabeleceu-se contacto com os participantes em Novembro de 2016. A amostra foi recolhida sobretudo através de conhecimentos

personais (contacto telefónico e via e-mail) e por referenciação dos próprios participantes (amostragem *snow-ball*).

Os participantes foram contactados diretamente via telefónica ou e-mail, tendo sido explicado o procedimento e os objetivos principais da investigação.

Elaborou-se uma versão online dos instrumentos (Anexo A) com recurso ao Qualtrics. O questionário apresentava, inicialmente, uma breve explicação dos objetivos principais do estudo e garantia de confidencialidade dos dados, questões sociodemográficas, e os questionários envolvidos no projeto. Foi indicado aos participantes que poderiam desistir do preenchimento em qualquer altura, ou fazer pausas e retomar a partir do sítio onde tinham ficado.

No final do questionário, era pedido aos participantes para indicarem uma forma de contacto caso consentissem participar numa entrevista sobre o questionário. Aos sujeitos que aceitaram participar foi feito contacto via telefone ou e-mail e marcada uma entrevista presencial, via telefónica ou Skype, de acordo com a disponibilidade do participante. As entrevistas tiveram a duração aproximada de 40 minutos, e foram gravadas com o consentimento dos participantes (Anexo C – consentimento informado) e transcritas posteriormente, com as respetivas codificações.

### **Análise de Dados**

*Para a realização das análises estatísticas*, recorreu-se ao *software* SPSS Statistics (v. 24, 2016). Para os questionários foram verificadas as estatísticas descritivas para cada subescala (mínimo, máximo, média e desvio-padrão). Foi também avaliada a normalidade através dos valores de assimetria e achatamento que, de acordo com o critério de Kline (1998, cit. por Marôco, 2014), devem ter valores absolutos abaixo de 3 e 7, respetivamente, caso contrário revelam problemas graves de sensibilidade. Relativamente à fiabilidade do instrumento, realizaram-se análises de correlação item-total (critério: valores superiores a 0,3) e de consistência interna, avaliada através do Alpha de Cronbach (critério: valores inferiores a 0,6 inaceitáveis, valores superiores a 0,7 aceitáveis, valores superiores a 0,8 bons, valores superiores a 0,9 excelentes) (Murphy & Davidsholder, 1988, cit. por Maroco & Garcia-Marques, 2006).

*Este estudo pretendeu também analisar a validade facial dos instrumentos,* i.e., avaliar a viabilidade e aceitação do questionário pelos participantes – para tal, procedeu-se à análise temática das entrevistas. As transcrições das entrevistas foram codificadas com base em categorias pré-estabelecidas, sendo que as codificações foram estabelecidas previamente tendo em conta as informações que se pretendiam obter sobre os instrumentos, permitindo assim proceder à análise e comparação das entrevistas realizadas.

## RESULTADOS

### Estatística Descritiva, Sensibilidade e Fiabilidade

De seguida encontram-se as características psicométricas das escalas do instrumento de Avaliação dos Fatores Associados ao Aconselhamento na Diabetes do Tipo 2 utilizadas neste estudo. A informação está descrita e, por vezes, apresentada em tabelas que estão organizadas por constructo, sendo que em cada constructo está discriminado o comportamento em questão. Nestas tabelas encontram-se as medidas de tendência central (média), de dispersão (desvio-padrão), assimetria e achatamento, valores mínimos e máximos e, ainda, valores corrigidos da correlação item-total e valores de consistência interna (alfa de Cronbach).

**Planeamento da Ação.** Verifica-se que as respostas aos itens da escala de Planeamento da Ação assumem todos os valores de resposta possíveis (entre 1 e 7). Além disso, os valores de assimetria e achatamento demonstraram a normalidade dos itens na amostra total (Tabela 1). Os valores de correlação entre os itens e os resultados da escala total encontram-se todos acima de 0,85, indicando que todos os itens contribuem para a escala. Relativamente à fiabilidade, a escala apresenta uma boa consistência interna em todos os comportamentos clínicos ( $\alpha_{AN}=0,949$ ;  $\alpha_{AF}=0,945$  e  $\alpha_{EC}=0,969$ ), sendo que todos os itens contribuem para a excelente consistência interna da escala.

*Tabela 1. Características psicométricas da escala de Planeamento da Ação, para os comportamentos Aconselhamento Nutricional, Atividade Física e Educação Continuada (n=74)*

	Média	DP	Min. - Máx.	Assim.	Achatam.	Correlação item-total	$\alpha$ escala s/ item
<b>Aconselhamento Nutricional</b>							
AN1	4,49	1,41	1-7	-0,59	-0,30	0,88	0,935
AN2	4,69	1,45	1-7	-0,65	-0,18	0,89	0,926
AN3	4,58	1,43	1-7	-0,51	-0,16	0,91	0,913
$\alpha$ AN = 0,949							

**Atividade Física**

AF1	3,91	1,53	1-7	0,14	-0,58	0,85	0,943
AF2	4,26	1,47	1-7	-0,12	-0,41	0,94	0,880
AF3	4,24	1,52	1-7	-0,11	-0,60	0,87	0,934

$\alpha$  AF = 0,945

**Educação****Continuada**

EC1	5,01	1,62	1-7	-0,82	0,24	0,93	0,958
EC2	5,11	1,50	1-7	-0,93	0,67	0,94	0,950
EC3	5,05	1,56	1-7	-0,83	0,35	0,93	0,956

$\alpha$  EC = 0,969

**Autoeficácia.** Os valores de assimetria e achatamento, demonstraram a normalidade dos itens na amostra total (Tabela 2). Quanto aos valores corrigidos de correlação item-total, encontram-se todos acima de 0,45, o que é aceitável. A escala apresenta uma boa consistência interna nos diferentes comportamentos ( $\alpha_{AN}=0,753$ ;  $\alpha_{AF}=0,853$  e  $\alpha_{EC}=0,890$ ). Na Educação Continuada, a remoção do item 3 (“Estou confiante de que sou capaz de fornecer educação continuada acerca da diabetes, mesmo quando o utente sofre de diabetes há muito tempo”) aumentaria a consistência interna da escala do respetivo comportamento.

*Tabela 2. Características psicométricas da escala de Autoeficácia, para os comportamentos Aconselhamento Nutricional, Atividade Física e Educação Continuada (n=74)*

	Média	DP	Min. - Máx.	Assim.	Achatam.	Correlação item-total	$\alpha$ escala s/ item
<b>Aconselhamento</b>							
<b>Nutricional</b>							
AN1	4,09	1,33	1-7	-0,25	-0,27	0,53	0,727
AN2	3,77	1,38	1-7	-0,02	-0,48	0,70	0,534
AN3	3,64	1,63	1-7	0,16	-0,65	0,54	0,740
$\alpha$ AN = 0,753							
<b>Atividade Física</b>							

AF1	4,08	1,46	1-7	-0,33	-0,63	0,73	0,785
AF2	3,65	1,37	1-7	0,04	-0,31	0,79	0,743
AF3	3,61	1,60	1-7	0,01	-0,79	0,45	0,859
$\alpha$ AF = 0,853							
<b>Educação</b>							
<b>Continuada</b>							
EC1	5,16	1,47	1-7	-1,11	1,28	0,83	0,810
EC2	5,15	1,42	1-7	-1,24	1,79	0,87	0,782
EC3	4,31	1,87	1-7	-0,23	-0,99	0,70	0,954
$\alpha$ EC = 0,890							

**Automaticidade.** Na escala de Automaticidade todos os itens foram respondidos utilizando todos os valores possíveis da escala de resposta (1 a 7), exceto o item 2 do Aconselhamento Nutricional, que foi respondido de 2 a 7. Os valores de assimetria e achatamento, demonstraram a normalidade dos itens na amostra total (Tabela 3). As correlações item-total corrigidas foram todas elevadas, pelo que todos os itens contribuem para a escala. No que diz respeito à fiabilidade, as escalas apresentam valores elevados de consistência interna nos três comportamentos ( $\alpha_{AN}=0,917$ ;  $\alpha_{AF}=0,952$  e  $\alpha_{EC}=0,966$ ), sendo que a remoção de itens não traria diferenças significativas.

*Tabela 3. Características psicométricas da escala de Automaticidade, para os comportamentos Aconselhamento Nutricional, Atividade Física e Educação Continuada (n=74)*

	Média	DP	Min. - Máx.	Assim.	Achatam.	Correlação item-total	$\alpha$ escala s/ item
<b>Aconselhamento Nutricional</b>							
AN1	5,01	1,48	1-7	-0,58	-0,24	0,78	0,903
AN2	4,91	1,50	2-7	-0,44	-0,67	0,86	0,878
AN3	4,62	1,59	1-7	-0,35	-0,65	0,83	0,884
AN4	4,46	1,74	1-7	-0,23	-1,03	0,78	0,904
$\alpha$ AN = ,917							
<b>Atividade Física</b>							

AF1	4,97	1,48	1-7	-0,50	-0,33	0,81	0,958
AF2	4,86	1,45	1-7	-0,32	-0,58	0,95	0,919
AF3	4,66	1,55	1-7	-0,30	-0,72	0,94	0,922
AF4	4,57	1,51	1-7	-0,28	-0,43	0,85	0,949

$\alpha$  AF = 0,952

### Educação

#### Continuada

EC1	5,47	1,59	1-7	-1,29	1,22	0,85	0,973
EC2	5,30	1,69	1-7	-1,14	0,64	0,95	0,944
EC3	5,18	1,70	1-7	-1,02	0,39	0,95	0,943
EC4	5,12	1,70	1-7	-0,89	0,17	0,91	0,956

$\alpha$  EC = 0,966

**Atitude.** Relativamente à escala de Atitude, as respostas não utilizaram todos os valores possíveis da escala de medida (1 a 7) em nenhum dos itens, sendo que os valores mínimos de cada item variaram entre 2 e 3 (Tabela 4). As médias, desvios-padrão, valores de assimetria e as correlações item-total corrigidas têm valores adequados. Relativamente aos valores de achatamento, estes revelam problemas graves de sensibilidade nos itens 1 e 2 da Atividade Física e da Educação Continuada. Quanto à fiabilidade, os valores de consistência interna dos comportamentos ( $\alpha_{AN}=0,886$ ;  $\alpha_{AF}=0,904$  e  $\alpha_{EC}=0,904$ ) são elevados podendo, no entanto, melhorar com a remoção do item 3 (e.g., “Na minha gestão de utentes com diabetes do tipo 2 considero que fornecer aconselhamento de atividade física personalizado é uma boa utilização do tempo de consulta”) de cada comportamento.

*Tabela 4. Características psicométricas das escalas de Atitude para os comportamentos Aconselhamento Nutricional, Atividade Física e Educação Continuada (n=74)*

	Média	DP	Min. - Máx.	Assim.	Achatam.	Correlação item-total	$\alpha$ escala s/ item
<b>Aconselhamento</b>							
<b>Nutricional</b>							
AN1	6,28	0,96	2-7	-2,04	5,85	0,85	0,779
AN2	6,34	1,01	2-7	-2,12	5,27	0,87	0,758

AN3	5,91	1,05	3-7	-0,98	0,68	0,64	0,964
$\alpha$ AN = 0,886							
<b>Atividade Física</b>							
AF1	6,31	0,92	2-7	-2,29	7,53	0,87	0,817
AF2	6,30	0,89	2-7	-2,32	8,44	0,88	0,813
AF3	5,92	1,14	2-7	-1,14	1,19	0,72	0,970
$\alpha$ AF = 0,904							
<b>Educação Continuada</b>							
EC1	6,43	0,86	2-7	-2,43	8,96	0,87	0,817
EC2	6,42	0,89	2-7	-2,37	7,98	0,88	0,813
EC3.	6,34	0,97	2-7	-1,94	4,87	0,72	0,970
$\alpha$ EC = 0,904							

**Norma Subjetiva.** Relativamente ao item que avalia a Norma Subjetiva, em nenhum dos comportamentos foi utilizada toda a escala de resposta (1 a 7), sendo que os valores mínimos de cada item variaram entre 2 e 3 (Tabela 5). Os valores de assimetria e achatamento, demonstraram a normalidade dos itens na amostra total.

*Tabela 5. Características psicométricas das escalas de Norma Subjetiva para os comportamentos Aconselhamento Nutricional, Atividade Física e Educação Continuada (n=74)*

	Média	DP	Min. - Máx.	Assim.	Achatam.
<b>Aconselhamento Nutricional</b>					
AN4	5,68	1,11	3-7	-0,86	0,06
<b>Atividade Física</b>					
AF4	5,64	1,27	2-7	-0,69	-0,31
<b>Educação Continuada</b>					
EC4	5,89	1,19	2-7	-1,14	0,82

**Intenção.** Nesta escala apenas na Educação Continuada todos os itens foram respondidos utilizando todos os valores possíveis da escala de resposta de 7 pontos, no Aconselhamento Nutricional e na Atividade Física os valores mínimos variaram entre 1, 2 e 3. Os valores de assimetria e achatamento demonstraram a normalidade dos itens na amostra total (Tabela 6). Quanto aos valores corrigidos de correlação

item-total encontram-se todos acima de 0,85. A escala apresenta uma boa consistência interna nos diferentes comportamentos ( $\alpha_{AN}=0,951$ ;  $\alpha_{AF}=0,938$  e  $\alpha_{EC}=0,982$ ).

*Tabela 6. Características psicométricas das escalas de Intenção para os comportamentos Aconselhamento Nutricional, Atividade Física e Educação Continuada (n=74)*

	Média	DP	Min. - Máx.	Assim.	Achatam.	Correlação item-total	$\alpha$ escala s/ item
<b>Aconselhamento</b>							
<b>Nutricional</b>							
AN5	5,72	1,18	3-7	-0,82	-0,07	0,90	0,932
AN6	5,50	1,40	2-7	-0,99	0,35	0,90	0,930
AN7	5,41	1,31	1-7	-1,21	1,93	0,90	0,924
$\alpha$ AN = 0,951							
<b>Atividade Física</b>							
AF5	5,73	1,01	3-7	-0,57	-0,03	0,90	0,895
AF6	5,50	1,16	3-7	-0,49	-0,48	0,88	0,905
AF7	5,49	1,15	3-7	-0,44	-0,43	0,85	0,929
$\alpha$ AF = 0,938							
<b>Educação Continuada</b>							
EC5.	6,12	1,18	1-7	-2,14	5,75	0,97	0,967
EC6.	6,07	1,22	1-7	-2,09	5,48	0,96	0,972
EC7.	6,04	1,23	1-7	-1,84	4,10	0,95	0,981
$\alpha$ EC = 0,982							

**Percepção de Facilitação de Objetivos.** Os valores de assimetria e achatamento demonstraram a normalidade dos itens na amostra total (Tabela 7). Contudo, as correlações itens-total têm valores muito baixos, assim como a consistência interna das diferentes escalas ( $\alpha_{AN}=0,385$ ;  $\alpha_{AF}=0,226$  e  $\alpha_{EC}=0,436$ ) – o que, de acordo com Marôco e Garcia-Marques (2006), pode refletir uma codificação errada de itens, ou a mistura de itens de dimensões diferentes.

Tabela 7. Características psicométricas da escala de Percepção de Facilitação de Objetivos, para os comportamentos Aconselhamento Nutricional, Atividade Física e Educação Continuada (n=74)

	Média	DP	Min. - Máx.	Assim.	Achatam.	Correlação item-total	$\alpha$ escala s/ item
<b>Aconselhamento</b>							
<b>Nutricional</b>							
AN1	4,18	1,30	1-7	-0,10	-0,38	0,14	0,435
AN2	4,77	1,59	1-7	-0,49	-0,52	0,57	-0,662
AN3 (inv)	3,62	1,36	1-7	0,29	0,23	-0,05	0,587
$\alpha$ AN = 0,385							
<b>Atividade Física</b>							
AF1	4,61	1,33	1-7	-0,60	-0,15	0,14	0,117
AF2	4,88	1,39	1-7	-0,65	0,45	0,27	-0,202
AF3 (inv)	3,69	1,45	1-7	-0,07	-0,58	-0,016	0,468
$\alpha$ AF = 0,226							
<b>Educação</b>							
<b>Continuada</b>							
EC1	4,09	1,60	1-7	-0,10	-0,59	0,32	0,236
EC2	4,24	1,57	1-7	-0,04	-0,53	0,51	-0,171
EC3 (inv)	3,15	1,52	1-6	0,24	-0,93	0,03	0,708
$\alpha$ EC = 0,436							

**Planeamento de Estratégias de Coping.** Nesta escala os valores de assimetria e achatamento, demonstraram a normalidade dos itens na amostra total (Tabela 8). Quanto aos valores corrigidos de correlação item-total, encontram-se todos acima de 0,75, e a escala apresenta uma boa consistência interna nos diferentes comportamentos ( $\alpha_{AN}=0,892$ ;  $\alpha_{AF}=0,900$  e  $\alpha_{EC}=0,917$ ). Contudo, a remoção do item 3 aumentaria a consistência interna da escala da Educação Continuada (“Eu tenho um plano detalhado para conseguir fazer educação continuada acerca da diabetes a utentes com diabetes do tipo 2, se a instituição estiver sobrecarregada e eu já estiver atrasado/a para a consulta seguinte”).

Tabela 8. Características psicométricas da escala de Planeamento de Estratégias de Coping, para os comportamentos Aconselhamento Nutricional, Atividade Física e Educação Continuada (n=74)

	Média	DP	Min. - Máx.	Assim.	Achatam.	Correlação item-total	$\alpha$ escala s/ item
<b>Aconselhamento</b>							
<b>Nutricional</b>							
AN1	3,80	1,66	1-7	-0,27	-0,99	0,79	0,850
AN2	3,31	1,55	1-7	0,14	-0,76	0,82	0,824
AN3	3,50	1,67	1-7	0,03	-1,06	0,77	0,867
$\alpha$ AN = 0,892							
<b>Atividade Física</b>							
AF1	3,86	1,72	1-7	-0,04	-0,93	0,80	0,863
AF2	3,46	1,60	1-7	0,37	-0,43	0,87	0,805
AF3	3,28	1,61	1-7	0,21	-0,82	0,75	0,902
$\alpha$ AF = 0,900							
<b>Educação</b>							
<b>Continuada</b>							
EC1	4,64	1,61	1-7	-0,60	-0,40	0,89	0,834
EC2	4,72	1,55	1-7	-0,65	-0,03	0,87	0,853
EC3	3,96	1,76	1-7	-0,02	-0,99	0,75	0,955
$\alpha$ EC = 0,917							
<b><math>\alpha</math> escala total = ,931</b>							

**Motivação.** A avaliação desta escala foi feita de forma isolada para três tipos de motivação – motivação autónoma, motivação controlada, e amotivação (Tabela 9). Relativamente à **motivação autónoma**, verificou-se que nenhum dos valores de assimetria e achatamento revela problemas de sensibilidade, e que ao nível da fiabilidade apresenta valores de consistência interna aceitáveis ( $\alpha_{AN}=0,704$ ;  $\alpha_{AF}=0,736$ ;  $\alpha_{EC}=0,800$ ). No que diz respeito à **motivação controlada**, também não foram identificados problemas de sensibilidade através dos valores de assimetria e achatamento, mas os valores de consistência interna para os comportamentos clínicos foram muito baixos ( $\alpha_{AN}=0,402$ ;  $\alpha_{AF}=0,546$  e  $\alpha_{EC}=0,510$ ), podendo aumentar com a remoção do item 1 (e.g., “Presto aconselhamento nutricional a estes utentes porque é esperado que eu o faça”) em todos os comportamentos – o item 1 apresenta também

correlações item-total muito baixas (inferiores a 0,2). Finalmente, na **amotivação**, a média de respostas é bastante baixa em comparação com os outros tipos de motivação. ( $M_{AN}=1,59$ ;  $M_{AF}=1,77$  e  $M_{EC}=1,73$ ), e o item do Aconselhamento Nutricional apresenta problemas de sensibilidade ( $Ku=9,12$ ).

*Tabela 9. Características psicométricas da escala de Motivação, para os comportamentos Aconselhamento Nutricional, Atividade Física e Educação Continuada (n=74)*

	Média	DP	Min. - Máx.	Assim.	Achatam.	Correlação item-total	$\alpha$ escala s/ item
<b>Motivação</b>							
<b>Autónoma</b>							
<i>Aconselhamento Nutricional</i>							
AN2	6,30	0,92	2-7	-1,95	5,81	0,55	N/A
AN3	5,80	1,07	3-7	-0,75	-0,15	0,55	N/A
$\alpha$ AN = 0,704							
<i>Atividade Física</i>							
AF2	6,18	0,91	3-7	-1,03	0,89	0,61	N/A
AF3	5,65	1,24	2-7	-0,66	-0,32	0,61	N/A
$\alpha$ AF = 0,736							
<i>Educação Continuada</i>							
EC2	6,39	0,84	4-7	-1,42	1,51	0,68	N/A
EC3	6,05	1,06	4-7	-0,82	-0,57	0,68	N/A
$\alpha$ EC = 0,800							
<b>Motivação</b>							
<b>Controlada</b>							
<i>Aconselhamento Nutricional</i>							
AN1	4,35	1,63	1-7	-0,20	-0,68	0,04	0,663
AN4	1,97	1,45	1-7	1,76	2,58	0,36	0,089
AN5	2,43	1,59	1-7	1,04	0,50	0,36	0,053
$\alpha$ AN = 0,402							
<i>Atividade Física</i>							

AF1	4,09	1,69	1-7	-0,14	-0,83	0,10	0,829
AF4	2,08	1,44	1-7	1,61	2,22	0,52	0,214
AF5	2,51	1,65	1-7	0,96	0,12	0,54	0,119
$\alpha$ AF = 0,546							
<i>Educação</i>							
<i>Continuada</i>							
EC1	4,45	1,99	1-7	-0,45	-1,16	0,12	0,806
EC4	1,92	1,41	1-6	1,71	2,12	0,42	0,290
EC5	2,24	1,58	1-7	1,18	0,38	0,52	0,077
$\alpha$ EC = 0,510							
<b>Amotivação</b>							
<i>Aconselhamento</i>							
<i>Nutricional</i>							
AN6	1,59	1,19	1-7	2,88	9,12	N/A	N/A
<i>Atividade Física</i>							
AF6	1,77	1,42	1-7	2,07	3,60	N/A	N/A
<i>Educação</i>							
<i>Continuada</i>							
EC6	1,73	1,49	1-7	2,28	4,49	N/A	N/A

**Gestão do Tempo.** No que diz respeito aos minutos despendidos a fornecer aconselhamento na consulta de DM2 a média de resposta foi 9 (DP = 5,92; Min. = 1 e Máx. = 30) para o Aconselhamento Nutricional, 4,93 (DP = 4,15; Min. = 1 e Máx. = 30) para o Aconselhamento de Atividade Física, e 7,94 (DP = 8,70; Min. = 1 e Máx. = 60) para a Educação Continuada.

**Comportamento Passado.** Relativamente aos 10 últimos pacientes com DM2 e um IMC superior a 30 a quem foi dado aconselhamento, as respostas assumem todos os valores da escala de resposta (0-10) para o Aconselhamento Nutricional e para a Atividade Física, mas não para a Educação Continuada (1-10). Quanto à média (M=5,82), desvio-padrão (DP=2,70), e valores de assimetria e achatamento (Sk=-0,22; Ku=-0,72) para o Aconselhamento Nutricional demonstraram a normalidade dos itens na amostra total, assim como para a Atividade Física (M=5,86; DP=2,70; Sk=-0,07; Ku=-0,93) e para a Educação Continuada (M=7,53; DP=2,60; Sk=-0,89; Ku=-0,27).

**Importância Atribuída.** Relativamente à importância atribuída aos três aconselhamentos avaliados, em nenhum dos comportamentos foi utilizada toda a escala de resposta (1 a 7), sendo que os valores mínimos de cada item variaram entre 2, 3 e 5 (Tabela 10). O item do Aconselhamento Nutricional apresenta problemas de sensibilidade ( $Ku=8,74$ ).

*Tabela 10. Características psicométricas da escala de Importância Atribuída, para os comportamentos Aconselhamento Nutricional, Atividade Física e Educação Continuada (n=74)*

	Média	DP	Min. - Máx.	Assimetria	Achatamento
<b>Aconselhamento Nutricional</b>					
AN1	6,50	0,90	2-7	-2,59	8,74
<b>Atividade Física</b>					
AF1	6,36	0,84	3-7	-1,50	2,76
<b>Educação Continuada</b>					
EC1	6,70	0,59	5-7	-1,87	2,42
<b><math>\alpha</math> escala total = ,787</b>					

De seguida apresentam-se as características psicométricas das escalas referentes às Questões Sobre o Trabalho (Bem-estar no Trabalho, Motivação no Trabalho e Satisfação no Trabalho).

**Bem-Estar no Trabalho.** Nesta escala os itens não foram respondidos utilizando todos os valores possíveis da escala de resposta de 7 pontos (Tabela 11). Os valores de assimetria e achatamento, demonstraram a normalidade dos itens na amostra total. A escala apresenta valores de consistência interna satisfatórios nas diferentes dimensões ( $\alpha_{VI}= 0,845$ ;  $\alpha_{DE}= 0,795$ ;  $\alpha_{AB}= 731$ ), podendo, no entanto, ser melhorados com a eliminação de um item por dimensão (itens 5, 7 e 8). Quanto à fiabilidade da escala total, obteve-se um valor de consistência interna elevado ( $\alpha= 0,904$ ).

Tabela 11. Características psicométricas do Questionário de Bem-Estar no Trabalho (n=74)

	Média	DP	Min. - Máx.	Assim.	Achatam.	Correlação item-total	$\alpha$ escala s/ item
<b>Vigor</b>							
UWES 1	4,91	0,98	2-7	-0,52	0,43	0,81	0,702
UWES 2	4,78	1,04	2-7	-0,53	0,41	0,79	0,711
UWES 5	4,70	1,19	1-7	-0,70	0,63	0,57	0,936
$\alpha$ VI = 0,845							
<b>Dedicação</b>							
UWES 3	4,85	1,02	2-7	-0,50	0,51	0,71	0,642
UWES 4	5,07	1,00	2-7	-0,48	0,24	0,74	0,610
UWES 7	5,89	0,95	2-7	-1,18	2,83	0,49	0,868
$\alpha$ DE = 0,795							
<b>Absorção</b>							
UWES 6	5,47	1,00	2-7	-0,91	1,41	0,51	0,690
UWES 8	5,39	1,07	1-7	-0,99	2,66	0,45	0,762
UWES 9	5,07	1,16	1-7	-0,78	1,37	0,72	0,413
$\alpha$ AB = 0,731							
<b><math>\alpha</math> escala total = 0,904</b>							

**Motivação no Trabalho.** A avaliação da motivação foi feita de forma isolada para os diferentes tipos de regulação – regulação intrínseca, regulação identificada, regulação introjetada, e regulação extrínseca (Tabela 12). As subescalas de **regulação intrínseca** e de **regulação extrínseca** apresentam uma boa consistência interna ( $\alpha_{RInt} = 0,797$ ;  $\alpha_{RExt} = 0,783$ ), as de **regulação identificada** e **regulação introjetada** obtiveram valores de consistência interna mais baixos que as restantes, mas aceitáveis ( $\alpha_{RIdent} = 0,656$ ;  $\alpha_{RIntroj} = 0,683$ ).

Tabela 12. Características psicométricas da Escala de Motivação no Trabalho (n=74)

	Média	DP	Min. - Máx.	Assim.	Achatam.	Correlação item-total	$\alpha$ escala s/ item
--	-------	----	-------------	--------	----------	-----------------------	-------------------------

<b>Regulação</b>							
<b>Intrínseca</b>							
MAWS 1	5,81	1,06	2-7	-0,76	0,83	0,57	0,794
MAWS 5	5,01	1,18	2-7	-0,34	-0,46	0,73	0,618
MAWS 9	4,80	1,14	2-7	-0,63	0,29	0,63	0,737
$\alpha$ RInt = 0,797							
<b>Regulação</b>							
<b>Identificada</b>							
MAWS 2	5,34	1,01	3-7	-0,07	-0,53	0,50	0,513
MAWS 6	5,00	1,18	1-7	-0,51	0,76	0,53	0,477
MAWS 10	5,68	0,91	3-7	-0,32	-0,08	0,39	0,655
$\alpha$ RIdent = 0,656							
<b>Regulação</b>							
<b>Introjetada</b>							
MAWS 3	4,53	1,39	1-7	-0,71	0,29	0,50	0,588
MAWS 7	4,15	1,38	1-7	-0,08	-0,24	0,55	0,526
MAWS 11	3,85	1,49	1-7	-0,02	-0,55	0,45	0,655
$\alpha$ RIntroj = 0,683							
<b>Regulação</b>							
<b>Extrínseca</b>							
MAWS 4	4,05	1,26	1-6	-0,49	-0,17	0,46	0,760
MAWS 8	3,15	1,28	1-6	0,20	-0,50	0,64	0,686
MAWS 12	2,95	1,35	1-7	0,41	0,13	0,66	0,664
$\alpha$ RExt = 0,783							

**Satisfação no Trabalho.** Por fim, no que respeita ao item global que avalia a Satisfação no Trabalho, verificou-se que não foi utilizada toda a escala de resposta (2-6) e obteve-se uma média de respostas de 5,05 (DP=0,92). Os valores de assimetria (Sk=-1,19) e achatamento (Ku=1,9) demonstraram a normalidade dos itens na amostra total.

## **Validade Facial e Aceitação do Instrumento**

Dezassete dos 74 participantes no questionário, disponibilizaram-se para a realização de uma entrevista. De seguida, apresenta-se a análise das 17 entrevistas realizadas.

### **Questões Gerais do Questionário.**

**Organização/flow do questionário.** 14 participantes (Entrevistas 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, e 17) descreveram o questionário como sendo claro e bem organizado (e.g., “Eu acho que foi bastante lógico, deu para perceber o encadeamento das questões” Entrevista 7), contudo 8 (Entrevistas 1, 2, 5, 6, 9, 10, 11, e 17) consideraram-no repetitivo (e.g., “...nalgumas questões achei as perguntas um bocado repetidas, embora fosse em relação a assuntos diferentes” Entrevista 9). Relativamente à ordem dos comportamentos clínicos, 4 sujeitos (Entrevistas 2, 4, 7, e 12) manifestaram que lhes faria mais sentido que a “Educação Continuada” fosse o primeiro em vez do último (e.g., “fazia-me mais sentido se vocês comessem pela parte da educação e depois é que fossem à alimentação e ao exercício físico... penso que teria tido menos dificuldade em responder (...) se fazem a parte da educação, então a seguir em relação à nutrição mais específico e ao exercício” Entrevista 2), enquanto que 1 considerou a ordem atual mais adequada (Entrevista 17).

**Tamanho do questionário.** 8 participantes (Entrevistas 1, 4, 5, 7, 11, 12, 16, e 17) consideraram o questionário longo e extenso (e.g., “Achei um bocadinho longo...” Entrevista 17), desses 5 (Entrevistas 4, 5, 7, 12, e 16) afirmam que apesar de extenso o seu preenchimento é exequível (e.g., “Um bocadinho comprido, mas eu fui fazendo bem...” Entrevista 4). Contrariamente, 9 (Entrevistas 2, 3, 6, 8, 9, 10, 13, 14, e 15) consideraram que o tamanho é aceitável e adequado (e.g., “Normal, é aceitável, em termos de tempo disponível, não satura, não é tempo a mais, está adequado” Entrevista 14).

**Modo de preenchimento.** Quando inquiridos sobre o modo de preenchimento preferencial – papel e caneta ou suporte informático –, 12 participantes (Entrevistas 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, e 17) expressaram que o preenchimento seria mais adequado via *online* (e.g., “Prefiro *online*, é mais fácil” Entrevista 2), 3 (Entrevistas 5, 9, e 14) que seria indiferente (e.g., “Para mim é indiferente” Entrevista 14) e,

apenas um participante indicou preferir preencher em formato de papel (e.g., “...acho que em papel seria mais fácil para mim” Entrevista 1).

**Questões Sobre o Trabalho.** Um participante (E7) explicou na entrevista que, ao falar com colegas sobre o nosso instrumento, recebeu o *feedback* de que não era claro no objetivo do nosso estudo o porquê da avaliação das Questões Sobre o Trabalho (Bem-Estar no Trabalho, Motivação no Trabalho e Satisfação no Trabalho).

**Questionário de Bem-Estar no Trabalho (UWES).** Os 17 participantes consideraram **relevante** esta avaliação neste contexto (e.g., “Acho muito importante, acho mesmo muito pertinente, porque acho que se uma pessoa não estiver bem, também não vai conseguir fazer o seu papel bem” Entrevista 8). Relativamente às **instruções de resposta**, os participantes acharam-nas claras, assim como os **itens**. Quanto à **escala de medida**, 15 sujeitos consideraram-na adequada, enquanto que 2 propuseram que a escala fosse alterada (Entrevista 12 – tornar a escala de medida de 1 a 6 “para acabar por forçar as pessoas a tomar uma posição mais para o lado positivo ou mais para o lado negativo”; Entrevista 15 – diminuir a escala de resposta para de 1 a 5 “não é pela dificuldade de responder, uma pessoa põe o 5 ou o 7, mas não tem nenhum significado, entre o 5 e o 6 não vai ter nenhum significado, não tem nada... honestamente eu não sei dizer, não sei destrinçar entre um 5 e um 6” ); relativamente aos **descritores da escala de resposta**, 4 afirmam que devia existir um descritor a meio da escala com “não concordo nem discordo” (Entrevistas 1, 2, 3 e 7) e 12 (Entrevistas 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, e 17) que é mais claro e prático sem o descritor (e.g., “Hm... para mim não, acho que vale mais assim... vê-se bem onde é o meio, não vale a pena acrescentar isso, pelo menos é o que eu acho...” Entrevista 5).

**Escala de Motivação no Trabalho (MAWS).** Todos os participantes consideraram **relevante** a avaliação da motivação. Relativamente às **instruções de resposta**, houve um participante que expressou que estas deviam ser alteradas para incluir um limite temporal (e.g., “...“as perguntas que se seguem dizem respeito a como se sente no seu trabalho”, isto varia muito, da fase da vida... não sei se fazia mais sentido “como é que se tem sentido na última semana” ou “no último mês”” Entrevista 15). No que diz respeito à clareza dos **itens**, um participante considera que o item 2 não é claro (e.g., “Aqui o 2, “escolhi este trabalho porque me permite

alcançar os meus objetivos de vida”, ora este trabalho é o trabalho que eu desenvolvo aqui (na minha instituição) ou em termos da minha profissão?” Entrevista 2) e, outro participante considerou que os itens 8 e 12 eram redundantes (e.g., “...é com palavras diferentes, a 8 e a 12 são repetidas (...) achei que eram a mesma coisa” Entrevista 7); finalmente, relativamente à **escala de medida**, um dos sujeitos considerou que um dos **descritores** deveria ser alterado (e.g., “Aqui o “nada” e o “exatamente”, é “nada” e “muito”, não é? Mas não sei, o “exatamente”...” Entrevista 3).

**Satisfação no Trabalho.** O item global de satisfação foi claro e não levantou dúvidas a 10 dos participantes (Entrevistas 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, e 17), no entanto um dos inquiridos considerou que o item poderia ser confuso (e.g., “...a nossa satisfação no trabalho pode levantar algumas dúvidas, não pelo trabalho executado, mas às vezes pelas condições de trabalho em que o executamos, nas condições que nos são dadas... e aí às vezes pode ser difícil para nós responder com tanta clareza... porque é assim, o trabalho em si nós gostamos de o executar, o que às vezes não nos satisfaz tanto ou torna-se um bocadinho mais insuficiente é as condições em que somos obrigados a realizá-lo” Entrevista 14).

### **Comportamentos Clínicos.**

**Planeamento da Ação.** 11 sujeitos (Entrevistas 2, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, e 17) identificaram o que se pretendia avaliar no primeiro grupo (e.g., “Se de facto, sem querer repetir as mesmas palavras, se temos uma estratégia delineada de como proceder diante de cada diabético, neste caso de aconselhamento à nutrição...” Entrevista 11). Relativamente ao enunciado deste grupo, 8 participantes (Entrevistas 4, 5, 9, 10, 12, 15, 16, e 17) consideraram que o termo “plano detalhado” deveria ser reformulado ou clarificado (e.g. “Aquilo que para mim mais me custou a objetivar é que aqui pergunta muitas vezes se nós temos planos... se perguntasse só um plano em geral, a gente até faz sempre, mais ou menos um plano... mas como tem sempre “plano detalhado” a gente fica um bocado na dúvida até que ponto é que o nosso plano é um plano detalhado ou não...” Entrevista 9). No que diz respeito aos itens, um dos participantes referiu que considera os itens 2 e 3 muito parecidos (e.g., “...estas duas achei relativamente parecidas, as circunstâncias e quando é que eu vou fazer aconselhamento... uma coisa está um bocadinho ligada com a outra (...) Talvez reformular” Entrevista 7).

**Autoeficácia.** 9 participantes (Entrevistas 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, e 17) identificaram o objetivo deste grupo (e.g., “...eu achei que aqui era para tentar determinar a minha percepção de confiança, de autoconfiança, de ser capaz de fornecer este aconselhamento... ou, pelo menos, que eu ache que vá ser minimamente eficaz... que eu sou capaz e que eu ache que vá ter mínima eficácia...” Entrevista 7). Relativamente aos itens, 2 entrevistados concordam que o item 2 devia ser reformulado, por exemplo para “o utente mostra alguma resistência a discutir o peso” (Entrevistas 15 e 16). Além disso, 1 sujeito manifestou dificuldade a responder a este grupo (Entrevista 17).

**Automaticidade.** O objetivo do presente grupo foi identificado por 12 participantes (Entrevistas 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 16, e 17; e.g., “Aqui eu penso que tentam perceber se para nós isso já é inato... se é uma coisa que para nós, ok, estamos perante aquele doente e começamos logo a falar em termos nutricionais, de aconselhamento nutricional... e isso é verdade, é automático, nem pensamos...” Entrevista 14). 9 sujeitos (Entrevistas 2, 3, 4, 7, 10, 11, 12, 16, e 17) consideraram vários itens redundantes, sendo que 3 (Entrevistas 7, 12, e 16) concordam que este grupo poderia ser avaliado com apenas um item (e.g., “...sim eu concordo que se calhar se conseguiria resumir numa questão apenas” Entrevista 16), e 1 que deveria ser avaliado com os dois primeiros itens (e.g., “...4 é de mais, mas também reduzir a 1... acho que aqui o 1 e o 2 ficavam bem” Entrevista 17). Surgiu, ainda, uma questão relativa à interpretação deste grupo (e.g., “É que o “faço sem ter que pensar” pode nos levar para duas coisas, pelo menos cheguei aqui a uma altura em que fiquei um bocadinho baralhada, porque uma coisa é eu fazer automaticamente porque é uma competência minha já desenvolvida e faço-a automaticamente, outra coisa é fazer “sem ter que pensar” achar que eu não estou a valorizar a pessoa que tenho à frente e fazer sempre igual para todos” Entrevista 2). Por fim, 1 dos intervenientes afirmou que o grupo devia ser alterado (e.g., “No fundo seria quase “fornecer aconselhamento nutricional personalizado a utentes com diabetes do tipo 2 e IMC superior a 30 é algo que... faço sempre... às vezes”, seria mais uma pergunta desse estilo” Entrevista 15).

**Atitude, Norma Subjetiva, Intenção.** 6 participantes reconheceram o que se pretendia avaliar no grupo IV (Entrevistas 7, 10, 11, 13, 14 e 17). Contudo, houve dificuldade em discriminar os itens referentes à intenção, maioritariamente entre os itens 5 e 6 (Entrevistas 3, 12, 13 e 17), mas também entre os itens 5 e 7 (Entrevistas 5 e 11) e entre os itens 5, 6 e 7 (Entrevistas 6 e 9). Além disso, um dos participantes

considera que os itens 1, 2, 3, 5, 6 e 7 são demasiado semelhantes, sendo difícil a sua distinção (Entrevista 15).

***Perceção de Facilitação de Objetivos.*** 11 sujeitos interpretaram corretamente o objetivo deste grupo (Entrevistas E 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 16, e 17; e.g., “No fundo é a importância do aconselhamento nutricional face a todas as outras atividades que eu tenho que fazer na consulta... e de que forma é que eu faço a gestão, o equilíbrio do tempo que dispenso a cada uma destas ações... ou a esta ação em relação às outras...” Entrevista 17). No entanto, 6 participantes consideram que este grupo é demasiado subjetivo e lato dificultando o seu preenchimento (Entrevista 2, 3, 4, 5, 13 e 17), e 1 deles que o enunciado não é claro (e.g., “Prioridade superior... é assim, eu acho que aqui pode não ser muito claro que outras atividades é que estão em causa... outras atividades, pode ser uma atividade qualquer, não sei até que ponto é que isto é útil para vocês...” Entrevista 13).

***Planeamento de Estratégias de Coping.*** O objetivo foi reconhecido por 6 participantes (Entrevistas 7, 10, 12, 13, 16, e 17; e.g., “No fundo é se eu tenho mecanismos, ou ideias ou planos, de como ultrapassar os obstáculos no aconselhamento nutricional, se eu estou preparada para isso” Entrevista 17). 3 sujeitos consideraram este grupo muito semelhante ao Grupo I (Entrevistas 9, 11 e 16), e 2 ao Grupo II (Entrevista 4 e 12). No que diz respeito ao enunciado, 4 sujeitos concordam que este deveria ser reformulado para a seguinte proposta: “tenho um plano do que fazer para conseguir prestar aconselhamento nutricional personalizado a utentes com diabetes do tipo 2 e IMC superior a 30, perante as seguintes situações” (Entrevistas 5, 11, 12 e 16).

***Gestão do Tempo.*** De um modo global este grupo foi difícil de responder para os participantes por se tratar de algo bastante variável (e.g., “...“quantos minutos utiliza para fornecer aconselhamento”, isto depende um bocadinho, varia em função da pessoa que temos à nossa frente e das necessidades da pessoa, é sempre difícil dizermos quantos minutos é que demoramos...” Entrevista 3), como forma de facilitar a sua resposta 3 sujeitos consideram que seria mais simples se a questão fosse formulada em modo de percentagem (Entrevistas 6, 14, e 17; e.g., “...talvez fosse importante questionarem a percentagem do tempo que demoro...” Entrevista 6), e 1 que fosse feita através de mínimos e máximos (e.g., “não sei, aqui talvez porem em intervalo, ter um mínimo e um máximo, que aqui permite uma resposta mais adequada...” Entrevista 4); 4 participantes concordaram que seria adequado

acrescentar uma questão acerca do tempo total de consulta (Entrevistas 2, 3, 7, e 11; e.g., “...há sítios onde se tem 30 minutos, há outros que se tem 20 minutos ou 15 minutos... e daí pode depois dar um tempo diferente e a percentagem até ser mais ou menos igual...” Entrevista 7).

**Comportamento Passado.** Este grupo foi claro para a maioria dos participantes, ainda assim 1 dos sujeitos afirma ter tido muita dificuldade a responder e propõe que a resposta seja dada em percentagem (e.g. “...num período de consultas, por exemplo, qual é a percentagem de doentes a que fornece o aconselhamento nutricional... se calhar é mais fácil a pessoa pensar assim...” Entrevista 17). Ao nível do enunciado, 2 participantes consideram que este deveria ser reformulado de modo a ser mais claro (Entrevistas 2 e 15; e.g. ““Do que se recorda aproximadamente a quantos dos seus 10 últimos doentes com estas características providenciou aconselhamento nutricional”... “estas características”? O que são “estas”? (...) acho que é melhor pôr isso” Entrevista 15). Houve, ainda, um participante que propôs que fosse feita uma distinção entre o aconselhamento geral prestado e o aconselhamento personalizado (e.g., “...há a questão do personalizado, porque se calhar aconselhamento nutricional dou a quase todos, mas personalizado se calhar não foi em tantos... eventualmente podem tentar distinguir as coisas, pode ser interessante...” Entrevista 7).

**Motivação.** 11 participantes identificaram o objetivo do grupo em questão (Entrevistas 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, e 17; e.g., “...eu acho que são os diferentes motivos que podem levar a pessoa a prestar o aconselhamento nutricional” Entrevista 16). Em 8 entrevistas foi abordada a redundância dos itens 4 e 6 (Entrevistas 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, e 17; e.g., “Sim, eu acho que isto é igual... a única diferença é que um diz “apesar” e o outro diz “não vejo”, acho que isto é igual...” Entrevista 13) e discutida a possibilidade de eliminar o item 6 ou de o reformular para “Não vejo a relevância do aconselhamento de atividade física a estes utentes, por isso não faço”, por exemplo. Além disso, 1 dos entrevistados considerou também redundantes os itens 1 e 5 (Entrevista 3), e outro os itens 1, 4 e 5 (Entrevista 16).

**Importância Atribuída.** Este grupo foi claro de um modo geral, sendo que apenas 2 participantes levantaram questões, 1 relativamente ao modo de avaliação (e.g., “...aqui já não diz o que é que é o 7, mas a gente como tem utilizado sempre o 7 para concordo eu pensei que aqui também deveria ser, mas não diz o que é que é o 1 e o 7... tendo em conta o que está para trás a pessoa deduz, mas poderia estar de 1 a 7,

sendo 1 discordo fortemente e 7 concordo fortemente...” Entrevista 7) e outro em relação à redundância (e.g., “Qualquer pessoa que trabalhe a diabetes deve achar que o aconselhamento nutricional é importante, é quase uma redundância, penso eu...” Entrevista 6).

**Relevância dos grupos.** Relativamente à relevância dos diferentes grupos de questões dos Comportamentos Clínicos, 11 participantes consideraram importantes e pertinentes as temáticas abordadas (Entrevistas 1, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, e 17; e.g., “Eu acho que sim, eu acho que este questionário veio até chamar um bocadinho à atenção para a nossa consulta e para a maneira como gerimos a consulta, a importância que damos às coisas... acho que está muito pertinente...” Entrevista 8).

**Adequação da avaliação.** Tendo em consideração as questões específicas já discutidas nos diferentes grupos, 13 entrevistados consideraram que este instrumento pode ser uma medida adequada de avaliação (Entrevistas 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17).

**Terminologia/ linguagem.** 13 participantes consideraram que o questionário é claro, compreensível e que a linguagem utilizada é adequada (Entrevistas 1, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16 e 17). Depois houve algumas questões abordadas mais específicas: um participante considera que por vezes as frases são demasiado longas (Entrevista 1), outro que se deveria utilizar um termo diferente de “fornecer” (e.g., “Tem a ver com o “fornecer aconselhamento nutricional”, eu não sei o que posso sugerir, mas o fornecimento dá-me a entender que é uma coisa que é feita e eu dou a outro (...) o “prestar” já é diferente, o “prestar” parece que já estou mais aberta ao que o outro me vai dizer...” Entrevista 2), outro que o comportamento clínico “Educação Continuada” não tem a designação mais acertada (e.g., ““educação continuada” não acho que seja um termo que faça jus, mas pronto, também não é chocante...” Entrevista 4), finalmente, houve também um participante que levantou questões relativamente ao conceito de “aconselhamento” e de “aconselhamento personalizado” (e.g., “esta questão do “aconselhamento nutricional personalizado” é algo que não ficou muito bem definido desde o início... porque uma coisa é dar aconselhamento nutricional, outra coisa é ele ser personalizado para aquela pessoa...”, “para nós não é

claro o que quer dizer aconselhamento nem personalizado porque não é algo que estejamos muito habituados a ver, a fazer e a discutir...” Entrevista 7).

***Obstáculos à prestação de aconselhamento.*** Ao nível dos obstáculos à prestação do aconselhamento, 13 participantes referem **características dos pacientes** como fatores importantes, tais como resistência dos doentes (Entrevistas 1 e 4), dependência de terceiros para compreender e/ou executar os seus (auto)cuidados (Entrevistas 3 e 6), desresponsabilização do seu papel na gestão da sua doença (Entrevista 12), falta de motivação (Entrevistas 7, 8, 12 e 17), não adesão às terapêuticas (Entrevista 17), crenças erróneas acerca da doença e/ou dos seus tratamentos (Entrevistas 1, 11 e 16), iliteracia da população na área da saúde (Entrevistas 6, 8 e 11), inexistência de manifestações visíveis da doença (Entrevista 9), e dificuldades económicas (Entrevista 8, 9 e 17). Além disso, também foram mencionadas **características organizacionais**, como o tempo estipulado de consulta (Entrevistas 1, 4, 8, 10, 11, 14 e 17), e forma de organização dos serviços (Entrevista 14). Por fim, como **características do próprio profissional de saúde** foram abordadas possíveis dificuldades em adequar o discurso aos pacientes (Entrevista 11), dificuldade em motivar o paciente para a mudança (Entrevista 12), e falta de ferramentas/conhecimentos para aconselhar em termos nutricionais de uma forma mais minuciosa (Entrevistas 4 e 10).

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como principal objetivo contribuir para a adaptação e desenvolvimento do instrumento de Avaliação de Fatores Associados ao Aconselhamento na DM2 (Presseau, et al., 2014). Nesse sentido foram feitas análises às estatísticas descritivas, sensibilidade e fiabilidade das várias escalas e, posteriormente, uma análise qualitativa às entrevistas individuais para avaliar a validade facial do instrumento.

As entrevistas realizadas tiveram como propósito avaliar a adequação dos instrumentos, permitindo através da sua análise aperfeiçoar e ajustar o instrumento à população com que vamos trabalhar (profissionais de saúde) e ao seu contexto de atuação. Portanto, através das entrevistas verificou-se que, de um modo geral, o questionário foi percebido como claro, coerente e relevante pelos participantes. Quanto às principais sugestões de mudanças, salientam-se: (i) clarificar o objetivo do estudo no questionário; (ii) mudar a ordem dos comportamentos clínicos, começando pela Educação Continuada (geral para particular); (iii) acrescentar questão sobre a duração total de consulta; (iv) clarificar e reformular alguns dos enunciados, nomeadamente o do **planeamento da ação** (definir o que se pretende com “plano detalhado” e/ou alterar o enunciado para “Tenho um plano em relação a...”), o de **perceção de facilitação de objetivos** (clarificar o que se pretende com “outras atividades”), o de **planeamento de estratégias de coping** (e.g., alterar o enunciado para “Eu tenho um plano do que fazer para conseguir prestar aconselhamento nutricional personalizado a utentes com diabetes do tipo 2 e IMC superior a 30kg/m<sup>2</sup>, perante as seguinte situações...”), e o do **comportamento passado** (alterar enunciado para “Do que se recorda, aproximadamente a quantos dos seus 10 últimos doentes com diabetes do tipo2 e IMC superior a 30kg/m<sup>2</sup>, providenciou aconselhamento nutricional personalizado?”); e (v) alterar o item 2 da autoeficácia (e.g., dizer “o utente mostra alguma resistência a discutir o peso”, em vez de “o utente não está disposto a discutir o seu peso”). Decidiu-se implementar algumas destas sugestões numa versão melhorada do instrumento (Anexo D), nomeadamente as dos pontos i, ii, iii, e iv – quanto ao ponto v, o item poderá eventualmente ser acrescentado ao instrumento numa outra versão e testado.

Relativamente às qualidades psicométricas do instrumento de avaliação, a maioria das escalas apresentou valores satisfatórios de fiabilidade e de sensibilidade para os três comportamentos clínicos. Os valores de consistência interna da escala de

planeamento de ação, autoeficácia, automaticidade, atitude, intenção, planeamento de estratégias de *coping* e motivação autónoma encontram-se todos acima de 0,7. Destas escalas, a de **atitude** apresenta, no entanto, problemas ao nível da sensibilidade para a Atividade Física e Educação Continuada (Tabela 4) – além disso, a eliminação do terceiro item da atitude poderá aumentar a consistência interna da escala, em todos os comportamentos, pelo que seria importante fazer uma análise mais detalhada a esta escala e a este item.

Contudo, houve outras escalas que apresentaram valores inferiores ao desejado em termos da fiabilidade, são elas a de percepção de facilitação de objetivos e a de motivação controlada. No que diz respeito à **percepção de facilitação de objetivos**, como é possível observar na Tabela 7, os resultados de consistência interna e de correlação item-total são muito baixos, chegando mesmo a assumir valores negativos. Estes dados sugerem que este grupo está a avaliar conceitos diferentes, não inversos, o que vai de encontro às conclusões de Presseau, Francis, Campbell, e Sniehotta (2011) – que a facilitação de objetivos e o conflito de objetivos se tratam de constructos distintos e que preveem o comportamento de forma diferente, ou seja, neste caso, o facto de uma atividade não facilitar a realização de um tipo de aconselhamento, não significa que dificulte a sua realização. Quanto à **motivação controlada**, nesta escala optou-se por não distinguir os diferentes subtipos desta motivação (regulação externa e introjetada), o que pode explicar a falta de fiabilidade desta medida, assim como as baixas correlações item-total – uma vez que, apesar de todos os itens se referirem a motivação controlada, estão a ser avaliados tipos de regulações diferentes.

Outra questão importante está relacionada com a dificuldade em discriminar itens de algumas escalas, nomeadamente na de automaticidade e na de intenção. Relativamente à escala de **automaticidade**, muitos sujeitos manifestaram, nas entrevistas, dificuldade em discriminar os seus itens, sendo que esta escala apresenta correlações item-total muito elevadas, assim como uma excelente fiabilidade (Tabela 3) – tal poderá significar que, de facto, alguns itens podem ser redundantes. Estas conclusões são coerentes com informações obtidas através dos próprios autores da escala (Gardner, manuscrito em preparação), que explicaram que também têm obtido esse *feedback* e que eventualmente a escala poderá ser reduzida. A escala de **intenção** levantou também dificuldades de discriminação pelos participantes, sendo que muitos reportaram não ver diferenças nos 3 itens e consideraram-nos redundantes

(“tenciono...”, “tenho como objetivo...”, e “irei...” – embora do ponto de vista teórico seja possível discriminar diferentes fases da intenção, na prática poderá ser difícil discriminá-las, pelo que poderá ser necessária uma reformulação ou clarificação dos itens.

Relativamente às questões sobre o trabalho que acrescentámos, a **escala de bem-estar no trabalho** – apresentou valores de consistência interna satisfatórios nas diversas subescalas (Tabela 11). Relativamente à **escala de motivação no trabalho**, todas as subescalas apresentam valores aceitáveis de fiabilidade – assim como no estudo de validação de Silva et al. (2017), obtiveram-se valores mais elevados nas subescalas de regulação intrínseca e extrínseca, e mais baixos na regulação identificada e introjetada. Em termos da aceitação pelos respondentes, as questões sobre o trabalho (bem-estar no trabalho, motivação no trabalho e satisfação no trabalho) foram, de um modo geral, consideradas pertinentes e relevantes de serem associadas ao estudo do aconselhamento na DM2.

Portanto, a maioria das escalas apresenta valores de sensibilidade e fiabilidade aceitáveis, enquanto que outras requerem uma análise mais aprofundada no que diz respeito às suas qualidades psicométricas. Quanto às entrevistas realizadas, estas permitiram ajustar o instrumento, assim como obter um maior conhecimento acerca da organização de diferentes tipos de contextos de trabalho (cuidados primários *versus* hospitalares), e de diferentes especialidades envolvidas na consulta de DM2 (enfermagem, medicina geral e familiar, endocrinologia, médicos internistas). Embora não tenha sido esse o enfoque das entrevistas, foi possível constatar a existência de diferenças do ponto de vista da organização das consultas de DM2, e das suas atividades, entre diferentes contextos e profissões (diferentes objetivos, recursos, modo de organização e funcionamento).

### **Recomendações de Melhorias do Instrumento**

Ao nível do instrumento de Avaliação de Fatores Associados ao Aconselhamento na DM2, recomendam-se: (i) alterações nas questões sociodemográficas, de modo a discriminar as diferentes especialidades dos profissionais de saúde envolvidos no aconselhamento da DM2, e acrescentar uma questão relativa à duração total das consultas; (ii) fazer ajustes nos enunciados das

escalas; e (iii) adaptar o questionário aos diferentes tipos de especialidades médicas e de contextos de atuação.

### **Limitações do Estudo e Recomendações**

Relativamente às limitações deste estudo destacam-se: (i) a dimensão reduzida da amostra de profissionais de saúde (N=74), que não permitiu a realização da sua análise fatorial; (ii) o facto de existirem proporções diferentes de médicos e enfermeiros, assim como proporções diferentes relativamente ao local de trabalho; e (iii) a recolha de dados ter sido feita por através de um método de conveniência.

Como sugestões para estudos futuros, propõe-se: (i) que o questionário seja aplicado a uma amostra maior, após refinamento do mesmo; (ii) que a amostra utilizada seja homogénea quer no número de médicos e enfermeiros, como nos locais de trabalho (centro de saúde *versus* centro hospitalar); (iii) que seja avaliada a validade de constructo do instrumento; (iv) que seja avaliado o aconselhamento que os pacientes relatam receber, para comparação com o que os médicos afirmam providenciar; (v) avaliar os determinantes dos autocuidados dos próprios pacientes com DM2; e (vi) abranger o estudo aos nutricionistas.

Concluindo, o instrumento desenvolvido vem fornecer informações importantes acerca dos fatores associados ao aconselhamento na consulta de DM2, permitindo criar um racional para possíveis intervenções com vista a melhorar os autocuidados de saúde de sujeitos com DM2, agindo sobre os determinantes do aconselhamento. Uma característica importante deste estudo relaciona-se com a realização de entrevistas individuais após a aplicação do instrumento, permitindo identificar possíveis dificuldades ao nível do preenchimento ou da interpretação do questionário, assim como garantir a sua adaptação cultural ao contexto de saúde português. Deste modo, este estudo fornece um contributo para

## REFERÊNCIAS

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. (2016). *O que é a diabetes?* Retrieved Setembro 2016, from Portal da Diabetes: <http://www.apdp.pt/a-diabetes/a-pessoa-com-diabetes/o-que-e-a-diabetes>
- Bakker, A., Schaufeli, W., Leiter, M., & Taris, T. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22(3), 187-200.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Bhatnagar, K., & Srivastava, K. (2012). Job satisfaction in health-care organizations. *Industrial Psychiatry Journal*, 21(1), 75-78.
- Blackburn, D., Swidrovich, J., & Lemstra, M. (2013). Non-adherence in type 2 diabetes: Practical considerations for interpreting the literature. *Patient Preference and Adherence*, 7, 183–189.
- Boaz, A., Hanney, S., Jones, T., & Soper, B. (2015). Does the engagement of clinicians and organisations in research improve healthcare performance: A three-stage review. *BMJ Open*, 5.
- Brundisini, F., Vanstone, M., Hulan, D., DeJean, D., & Giacomini, M. (2015). Type 2 diabetes patients' and providers' differing perspectives on medication nonadherence: A qualitative meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, 15(516).
- Eccles, M., Hrisos, S., Francis, J., Stamp, E., Johnston, M., Hawthorne, G., . . . Hunter, M. (2011). Instrument development, data collection, and characteristics of practices, staff, and measures in the improving quality of care in diabetes (iQuaD) study. *Implementation Science*, 6(61).
- Fabrigar, L., Wegener, D., MacCallum, R., & Strahan, E. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272-299.

- Faragher, E., Cass, M., & Cooper, C. (2005). The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 105–112.
- Fiabane, E., Giorgi, I., Sguazzin, C., & Argentero, P. (2013). Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: The role of organisational and personal factors. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2614–2624.
- Filipe, A. M. (2013). *Go with the flow: O impacto do flow em contexto de trabalho nas experiências de recuperação e no bem-estar laboral*. Tese de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Gagné, M., & Deci, E. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*(26), 331–362.
- Gagné, M., Forest, J., Gilbert, M., Aubé, C., Morin, E., & Malorni, A. (2010). The motivation at work scale: Validation evidence in two languages. *Educational and Psychological Measurement*, 70(4), 628–646.
- International Diabetes Federation. (2015). *IDF Diabetes Atlas*. International Diabetes Federation.
- Iuga, A., & McGuire, M. (2014). Adherence and health care costs. *Risk Management and Healthcare Policy*, 7, 35-44.
- Lambrou, P., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2010). Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a cyprus public general hospital. *Human Resources for Health*, 8(26).
- Lerman, I. (2005). Adherence to treatment: The key for avoiding long-term complications of diabetes. *Archives of Medical Research*, 36, 300–306.
- Lowe, G. (2012). How employee engagement matters for hospital performance. *Healthcare Quarterly*, 15(2).
- Macey, W., & Schneider, B. (2008). The meaning of employee engagement. *Industrial and Organizational Psychology*, 1, 3-30.
- Marques, M. M., & Teixeira, P. J. (2014). Modificação comportamental na gestão do peso: Da teoria à prática. *Revista Factores de Risco*(34), 56-66.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª Edição ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.

- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia, 4*(1), 65-90.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 397-422.
- Nam, S., Chesla, C., Stotts, N., Kroon, L., & Janson, S. (2011). Barriers to diabetes management: Patient and provider factors. *Diabetes Research and Clinical Practice, 93*, 1-9.
- Observatório da Diabetes. (2015). *Diabetes: Factos e números – O ano de 2014 – Relatório anual do observatório nacional da diabetes – Edição de 2015*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Presseau, J., Francis, J., Campbell, N., & Sniehotta, F. (2011). Goal conflict, goal facilitation, and health professionals' provision of physical activity advice in primary care: An exploratory prospective study. *Implementation Science, 6*(73).
- Presseau, J., Hawthorne, G., Sniehotta, F., Steen, N., Francis, J., Johnston, M., . . . Eccles, M. (2014). Improving diabetes care through examining, advising, and prescribing (IDEA): Protocol for a theory-based cluster randomised controlled trial of a multiple behaviour change intervention aimed at primary healthcare professionals. *Implementation Science, 9*(61).
- Presseau, J., Johnston, M., Heponiemi, T., Elovainio, M., Francis, J., Eccles, M., . . . Sniehotta, F. (2014). Reflective and automatic processes in health care professional behaviour: A dual process model tested across multiple behaviours. *Annals of Behavioral Medicine, 48*, 347-358.
- Presseau, J., Sniehotta, F., Jillian, J., & Campbell, N. (2009). Multiple goals and time constraints: Perceived impact on physicians' performance of evidence-based behaviours. *Implementation Science, 4*, 77.
- Robbins, S., & Judge, T. (2013). *Organizational Behavior* (15th Edition ed.). Pearson.
- Saks, A. (2006). Antecedents and consequences of employee engagement. *Journal of Managerial Psychology, 21*(7), 600-619.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior, 25*, 293-315.

- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2004). *UWES: Utrecht Work Engagement Scale - Preliminary Manual*. Occupational Health Psychology Unit Utrecht University.
- Schaufeli, W., Bakker, A., & Salanova, M. (2006). The Measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement, 66*(4), 701-716.
- Silva, M., Sánchez-Oliva, D., Brunet, J., Williams, G., Teixeira, P., & Palmeira, A. (2017). "What goes around comes around": Antecedents, mediators, and consequences of controlling vs. need-supportive motivational strategies used by exercise professionals. *Manuscript in preparation*.
- Sniehotta, F., Schwarzer, R., Scholz, U., & Schuz, B. (2005). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: Theory and assessment. *European Journal of Social Psychology, 35*, 565–576.
- Steed, L., Cooke, D., & Newman, S. (2003). A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling, 51*, 5-15.
- Strack, F., & Deutsch, R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and Social Psychology Review, 8*(3), 220-247.
- Verplanken, B., & Orbell, S. (2003). Reflections on past behavior: A self-report index of habit strength. *Journal of Applied Social Psychology, 33*(6), 1313-1330.
- West, M., Dawson, J., Admasachew, L., & Topakas, A. (2011). *NHS Staff Management and Health Service Quality: Results from the NHS Staff Survey and Related Data*. Aston Business School, England.
- Williams, E., & Skinner, A. (2003). Outcomes of physician job satisfaction: A narrative review, implications, and directions for future research. *Health Care Management Review, 28*(2), 119-140.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*.
- World Health Organization. (2016). *Global Report on Diabetes*.