

Dissertação de Mestrado

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**“PENSAR E AGIR PARA VIVER MELHOR: A AUTO-
REGULAÇÃO E O *COPING* NA ADAPTAÇÃO DOS
INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS DE TIPO II”**

Ana Raquel Mendes Filipe

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa

2008

Dissertação de Mestrado

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**“PENSAR E AGIR PARA VIVER MELHOR: A AUTO-
REGULAÇÃO E O *COPING* NA ADAPTAÇÃO DOS
INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS DE TIPO II”**

Ana Raquel Mendes Filipe

Dissertação orientada pela Prof. Dra. Adelina Lopes da Silva

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde**

Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa)

2008

Agradecimentos

A pura verdade é que estas páginas são apenas um resumo de todo o esforço desenvolvido, considerando as muitas horas de pesquisa, as várias horas de leitura e as inúmeras horas passadas na biblioteca e em frente a um ecrã de computador a reflectir, a tentar compreender e a escrever.

No final, agradeço o esforço de ter permanecido fiel à minha intenção e alcançado o objectivo desejado, e desta forma alcançando mais um patamar na aprendizagem dos mistérios do que sinto, do que penso e do que faço.

Ao longo dos últimos meses, algumas foram as pessoas que deram um contributo essencial para a concretização desta monografia, sem as quais não conseguiria ter terminado:

Ao Henrique por ter motivado todo o interesse, toda a pesquisa e toda a dedicação a esta problemática, que eu tanto anseava compreender.

À Isabel por estar sempre presente e, por em todos os momentos saber utilizar as melhores palavras de conforto e incentivo.

Ao Paulo por tentar compreender, por apoiar e por acreditar incondicionalmente nas minhas capacidades e no meu trabalho.

À Andrea e ao Hugo uma palavra especial, que por estarem na mesma situação, partilharam as suas dificuldades e souberam compreender e incentivar-me nos altos e baixos que todos os desafios apresentam.

À Prof^a Adelina Lopes da Silva que com a sua sinceridade e exigência me fez evoluir e apaixonar-me pouco a pouco por este trabalho, esquecendo as hesitações e todos os avanços e recuos. Obrigada por todo o conhecimento e experiência partilhados, pela atenção, pela disponibilidade e pela enorme paciência.

À Prof^a Ana Ferreira pela disponibilidade e pelos esclarecimentos metodológicos.

A todos os que se cruzaram comigo nesta jornada e me souberam dar força e tranquilidade, a todos os que se preocuparam sinceramente.

A todos o meu mais sincero obrigada...

Resumo

No campo da Psicologia, acreditamos que o que pensamos sobre determinado aspecto influencia a forma como nos comportamos e o que sentimos.

Esta monografia tem como objectivo estudar as relações existentes entre percepções de doença, estratégias de *coping* e adaptação em indivíduos com Diabetes Mellitus de tipo II (DMT2), de ambos os sexos, com idade próxima aos 40 anos e que tenham sido diagnosticados à mais de 6 meses e à menos de um ano.

Para tal projectou-se a adopção de uma metodologia longitudinal, sendo os participantes avaliados em três momentos distintos ao longo de um ano (início do estudo, após 6 meses e após 12 meses). A avaliação será realizada por meio do IPQ-R, CSI e das análises da hemoglobina glicosilada (HbA1c). A par deste estudo quantitativo está igualmente prevista a aplicação de um questionário com duas questões abertas, cujas respostas serão tratadas segundo o procedimento metodológico de análise de conteúdo.

O leque dos resultados esperados engloba várias possibilidades: efeito directo das percepções de doença na adaptação; efeito directo das estratégias de coping na adaptação; efeito de moderação da associação entre percepções de doença e estratégias de coping na adaptação; e efeito de mediação exercido pelo coping. Os resultados mais proeminentes referem-se ao padrão de relações que se estabelecem entre as variáveis, ao longo do tempo.

Os resultados podem vir a indicar que a adaptação do indivíduo com DMT2 é condicionada pela evolução das variáveis em estudo.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus de Tipo II, Estratégias de *Coping*, Percepções de doença, Adaptação, Metodologia Longitudinal.

Abstract

In the Psychology field we believe that the way we think has an influence on the way we behave and feel.

The main purpose of this dissertation is to study the relationship between illness perceptions, coping strategies and adjustment in individuals with Type 2 Diabetes, men and women, with an average age of 40 and that have been diagnosed for over six months but under a year.

In order to achieve this objective a longitudinal methodology was designed, so subjects could be evaluated in three distinct moments during one year (at the beginning, 6 and 12 months after the beginning). The evaluation method will include the IPQ-R, CSI and the results of glycosylated hemoglobin (HbA1c). To complete this quantitative method, it is projected that there will also be a questionnaire with two open-questions. The answers will be analysed resorting to the content analysis method.

The range of expected results includes the possibility of: a direct effect between illness perceptions and adjustment; a direct effect between coping strategies and adjustment; a moderation effect between illness perceptions and coping strategies on adjustment; and a mediation effect via coping. Also the most relevant results are those on the pattern of relationships that establish between the three variables across time.

The results may lead to the conclusion that individual's adjustment to illness is influenced by the variables in study.

Keywords: Type 2 diabetes, *Coping strategies*, Illness perceptions, Adjustment, Longitudinal Methodology.

Índice

I - Introdução	4
II - Enquadramento teórico e Estudos empíricos	6
Diabetes Mellitus – O que é?.....	6
Diabetes e Variáveis Psicológicas – Revisão de Literatura.....	7
Auto-regulação – Características e Definições	11
Auto-regulação e Diabetes Mellitus de Tipo II	14
Auto-regulação e Avaliação	16
<i>Coping</i> – Definições e Características.....	18
<i>Coping</i> e Diabetes Mellitus de Tipo II	19
Estilos e Estratégias de <i>Coping</i>	19
<i>Coping</i> e Avaliação.....	23
<i>Coping</i> e Intervenção.....	26
Auto-regulação e <i>Coping</i> (na Diabetes Mellitus de Tipo II)	27
Evolução das percepções de doença e estratégias de <i>coping</i>	31
Síntese	34
III - Metodologia	38
Questões de Investigação	38
Objectivos e Hipóteses.....	38
População, amostra e participantes.....	41
Investigação (Desenho).....	42
Técnicas e Instrumentos de recolha e tratamento de dados.....	44
Técnicas e Instrumentos de recolha de dados.....	44
Técnicas e Instrumentos de tratamento de dados	47
IV - Discussão	52
Resultados	52
Conclusões gerais e Reflexões para a prática.....	54
Limitações	55
V - Referências bibliográficas.....	57

I - Introdução

As investigações dos últimos anos têm-se esforçado por compreender as implicações que o diagnóstico, a progressão da doença e as suas condicionantes têm na vida do indivíduo, tendo sempre em conta que uma doença crónica, tal como o nome indica, acompanhará o indivíduo durante toda a sua vida. As implicações físicas, psicológicas e sociais parecem ser diferentes consoante a idade do aparecimento da mesma, tempo de progressão, grau de limitação e nível de gravidade.

Verificou-se recentemente que o número de indivíduos com doenças crónicas tem vindo a aumentar, o que produziu um maior número de mortes, bem como elevados custos para os sistemas de saúde. No seio desta comunidade, a percepção e a reacção ao diagnóstico, às características e consequências da doença podem tomar diversos contornos. Existem pessoas que apesar de terem uma doença crónica, não deixam de prosseguir, adaptando a doença ao seu estilo de vida. Assim sendo, a pergunta impõe-se: Afinal o que pode fazer a diferença?

Do ponto de vista da investigação psicológica, a tarefa reside na compreensão dos factores que contribuem ou inibem a adaptação do indivíduo às múltiplas exigências da sua doença nos diferentes domínios em que se movimenta. É necessário não esquecer que o indivíduo é um ser bio-psico-social, idiossincrático e que deve ser um agente activo num processo que revela dinâmico e complexo.

Existe uma larga panóplia de doenças crónicas que afectam de forma diferente os indivíduos diagnosticados, de acordo com as características da mesma. Uma vez que seria impossível realizar uma análise de todas as doenças, este estudo incidirá sobre uma das doenças actualmente mais preocupantes, a Diabetes Mellitus, com particular ênfase sobre a diabetes mellitus de tipo II (DMT2), dado que a maior percentagem de indivíduos, cerca de 90%, está diagnosticado com este sub-tipo (OMS, 2008), sendo o que mais se relaciona com a área comportamental.

O interesse nesta temática é, em primeiro lugar, pessoal, uma vez que existe o desejo intenso de compreender as dificuldades de viver com diabetes, de encontrar formas de ajudar a ultrapassar os obstáculos constantes e de obter um entendimento sobre a desvalorização das consequências de viver com esta doença. Por outro lado, e paralelamente, existe um interesse crescente por parte da comunidade científica em perceber como é que os indivíduos com diabetes gerem a sua doença, de forma a intervir da maneira mais eficiente.

De acordo com estatísticas internacionais, estima-se que o número de casos diagnosticados aumente significativamente nas próximas décadas (Wild, Roglic, Green, Sicree & King, 2004). Sabe-se que, em Portugal, segundo o 4º Inquérito Nacional da Saúde, concretizado em 2005/2006, 6,5% da população referiu sofrer de diabetes, sem distinção no que diz respeito ao tipo. O impacto económico da doença é relevante.

Nesta perspectiva o estudo realizado com população europeia (Jonsson, 2002), estimou um gasto de, aproximadamente, 29 biliões de euros em despesas com a DMT2, correspondendo grande parte deste valor aos custos dos internamentos hospitalares decorrentes das complicações associadas a um controlo inadequado nos níveis de glicose. Aos internamentos são acrescidos os custos com consultas, medicamentos e exames complementares de diagnóstico.

De salientar que uma das dificuldades na adesão ao tratamento encontradas num estudo europeu é o facto dos indivíduos apenas percepcionarem a diabetes como uma doença, após o aparecimento das complicações (Vermeire e colaboradores, 2007), complicações essas que devem ser evitadas a todo o custo, com avaliação e intervenção precoces.

Em suma, a Diabetes Mellitus é uma doença característica dos países industrializados, sobre qual se torna urgente compreender para intervir. A doença tem obviamente uma componente orgânica, contudo outros aspectos, tais como os psicológicos influenciam de forma determinante o curso da doença. A intervenção e acompanhamento da população diabética deve ser realizada por uma equipa multidisciplinar.

Verifica-se que a qualidade de vida relacionada com a saúde na população com DMT2 diminui com a progressão da doença, com a progressão do tratamento (medicação oral para insulina) e com o desenvolvimento de complicações, micro e/ou macrovasculares (Koopmanschap, 2002).

O estudo apresentado nesta monografia visa compreender como se relacionam as percepções de doença (crenças/ representações/ modelos/ crenças/ ideias que os indivíduos constroem sobre a sua doença), as estratégias de *coping* adoptadas e os resultados obtidos em indivíduos com DMT2. A particularidade do estudo reside no facto destas relações serem estudadas ao longo do tempo (método longitudinal). Para tal, servirá como base teórica o modelo da auto-regulação postulado por Leventhal, Meyer e Nerenz (1980) por ser um modelo de aplicação exclusiva no âmbito da saúde e explicar de forma consistente as relações que se pretendem estudar (Hagger & Orbell, 2003).

A monografia está organizada de forma a ser possível compreender a Diabetes Mellitus enquanto doença crónica, apreender, de forma breve, as múltiplas influências psicológicas no ajustamento a esta doença, aprofundar os conhecimentos sobre os estudos do *coping* e auto-regulação, relacionando-os no seio da problemática, e no final, esboçar a metodologia de um estudo nesta área, bem como os resultados esperados e o seu impacto na prática.

II - Enquadramento teórico e Estudos empíricos

Diabetes Mellitus – O que é?

A **Diabetes Mellitus**, ou simplesmente Diabetes, é uma doença crónica do tipo metabólico que surge devido à ausência ou insuficiente produção de insulina, hormona libertada pelo pâncreas para facilitar a entrada dos açúcares nas células, que se transformam em energia, e para regularizar os níveis de glucose¹ no sangue.

A Diabetes pode apresentar-se segundo três tipos – Diabetes Mellitus de tipo I, Diabetes Mellitus de tipo II e Diabetes Gestacional.

A **Diabetes Mellitus de tipo I** (DMT1) resulta da ausência de produção de insulina, o que exige que os indivíduos a obtenham de forma artificial, através de injeções ou outros mecanismos com o mesmo propósito. Este tipo também se designa por Diabetes insulino-dependente e é, habitualmente, diagnosticada na infância e na adolescência (*juvenile-onset*), o que lhe confere implicações físicas, psicológicas e sociais com características particulares, que têm sido amplamente estudadas.

O segundo tipo de diabetes denomina-se por **Diabetes Mellitus de tipo II** (DMT2) ou Diabetes não insulino-dependentes, que tal como o nome indica, não exige que indivíduos estejam dependentes da recepção externa de insulina. O organismo dos indivíduos com DMT2 consegue metabolizar insulina, mas fá-lo de forma insuficiente.

A DMT2 manifesta-se, habitualmente, entre os 40 e os 60 anos, isto é, na fase adulta (*adult-onset*) e o seu aparecimento parece estar associado aos hábitos alimentares e estilo de vida do indivíduo, nomeadamente, à problemática dos países industrializados, a obesidade. Segundo dados da Sociedade Americana de Diabetes (2000), o risco de desenvolver DMT2 aumenta significativamente na presença de

¹ A glucose é referida igualmente como glicose.

antecedentes familiares, elevados níveis de colesterol e triglicéridos, obesidade² (IMC > 27), hipertensão e antecedentes de diabetes gestacional.

A gestão da DMT2 exige que o indivíduo adopte um conjunto de comportamentos relacionados com a alimentação, o exercício físico, a medicação, a monitorização, entre outros, para que os níveis de glicose se mantenham dentro dos parâmetros³, de forma a evitar o aparecimento de complicações, nomeadamente as cardiopatias, nefropatias e retinopatias, que podem comprometer acentuadamente a qualidade de vida e o bem estar da pessoa.

O terceiro tipo designa-se por ***Diabetes Gestacional*** e manifesta-se durante o período de gestação e tem as mesmas características dos restantes tipos de diabetes. Um dos maiores riscos é o desenvolvimento de más formações fetais. Este tipo de diabetes tende a desaparecer após a gravidez, contudo factor de risco para o desenvolvimento da DMT2.

Diabetes e Variáveis Psicológicas – Revisão de Literatura

Relativamente à Diabetes, Gonder-Frederick, Cox e Ritterband (2002) identificaram na literatura 3 tipos de variáveis – psicológicas, sociais e ambientais – que assumem um papel relevante na adesão terapêutica/adaptação. Torna-se necessário reforçar que a adesão terapêutica/adaptação em indivíduos com DMT2 implica a adopção de um conjunto de comportamentos exigentes, nem sempre compatíveis com o estilo de vida do indivíduo e nem com o que este entende como prioritário para si.

Nesta fase, o indivíduo tem necessidade de estruturar de forma significativa a sua condição, com recursos a diversas fontes de informação. Esta estrutura/conceptualização irá ajudá-lo a compreender os acontecimentos e as particularidades da doença e orientará os seus comportamentos (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980).

Após o diagnóstico de DMT2, o indivíduo é confrontado com um conjunto de comportamentos que deve adoptar, isto é, com um conjunto de objectivos impostos por uma entidade exterior ao si. Nesta fase, e segundo os modelos de auto-regulação aplicados à saúde, os objectivos terapêuticos devem ser negociados com

² O IMC corresponde ao índice de massa corporal e os valores adequados oscilam entre os 18 e os 24.

³ Os níveis desejados de glucose no sangue oscilam entre as 4 e as 7 milimoles por litro de sangue (Walker & Rodgers, 2006)

o cliente. Este aspecto apresenta-se fundamental, uma vez que ao definir objectivos pessoais e significativos, existe uma maior probabilidade do indivíduo se comportar de forma congruente com os mesmos. Contudo, a transição de auto-gestão (*self-management*) para auto-regulação (*self-regulation*) não é nem obrigatória, nem linear, daí que seja importante compreender os mecanismos que estão por detrás deste processo complexo.

O objectivo final é que o indivíduo adopte os comportamentos adequados e necessários ao longo do tempo e nos vários contextos em que se desenvolve, uma vez que se trata de uma doença crónica. Assim sendo, implica escolha, continuidade e consistência (Boekaerts, Maes & Karoly, 2005).

A literatura que analisa as relações entre as variáveis psicológicas e a DMT2 é extensa, refere a utilização de diferentes instrumentos e enuncia resultados, por vezes, contraditórios e difíceis de compreender e integrar de forma clara e objectiva.

As variáveis psicológicas identificadas pela revisão de literatura (Gonder-Frederick, Cox e Ritterband, 2002) foram, entre outras, a psicopatologia (depressão, perturbações da ansiedade, fobias e perturbações do comportamento alimentar), as competências de *coping* e o stresse psicológico (relacionado ou não com a doença), as crenças pessoais de saúde (auto-eficácia, locus de controlo e percepção de custos-benefícios).

No que diz respeito ao âmbito da psicopatologia, um dos aspectos mais estudados é a depressão, nomeadamente a comorbilidade com a diabetes, porém os resultados dos estudos parecem ser ambivalentes.

Nesta perspectiva, a depressão pode ser estudada, relativamente a diabetes, de várias formas, isto é, pode assumir-se que a depressão antecedeu o aparecimento da diabetes, precedeu a diabetes ou, por outro lado, está relacionada com as dificuldades em lidar com as exigências da doença. Os resultados da investigação variam de acordo com o tipo de análise. Segundo a meta-análise apresentada por Anderson e colaboradores (2001), a taxa de depressão duplica em indivíduos com diabetes, quando comparados com indivíduos sem diabetes. Estes resultados não diferem no que diz respeito ao sexo, tipo de diabetes, origens e método de avaliação. Clarificando, espera-se que os indivíduos com diabetes, sem diferenciação relativamente ao tipo, tenham o dobro da probabilidade de apresentar depressão, comparativamente com indivíduos não diabéticos, seleccionados em contextos semelhantes. Contudo, os estudos parecem longe de clarificar qual é o mecanismo que explica a interacção.

Por outro lado, e na sequência do acima mencionado, outros estudos indicam que a percentagem de depressão na população em geral é igual à

encontrada na população diabética, compreendendo assim a depressão como desencadeada por uma combinação de múltiplos factores (Fisher e col., 2001) ou desencadeada pela presença concomitante de outra doença orgânica (Engum e col., 2005).

Em suma, os resultados parecem ser influenciados pelos métodos utilizados nos estudos para diagnosticar a depressão (Anderson e col., 2001; Lustman e col., 2000), bem como pelos contextos e população estudada, o que impossibilita generalizações.

Resultados semelhantes foram encontrados no campo da ansiedade (Grigsby e col., 2002). Segundo um estudo português, a ansiedade está modesta e negativamente associada à adopção de comportamentos de auto-cuidado (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2005).

A ideia que alguns autores tentam transmitir é que existem factores que influenciam o curso da doença, sem estarem necessariamente associados a ela como é o caso do género, etnia, escolaridade, situação laboral, estado civil, qualidade de vida, entre outros (Fisher e col., 2001).

De forma a adaptar-se à sua condição crónica, o doente necessita de lidar com um conjunto de exigências que o vão acompanhar ao longo da sua vida. Este facto remete-nos para as estratégias de *coping* passíveis de serem utilizadas. Esta variável será alvo de uma revisão detalhada nesta monografia, pelo que aqui apenas são referidos aspectos gerais.

No que diz respeito à DMT2, o indivíduo avalia o conjunto de exigências – comportamentos de auto-cuidado – e reage de acordo com os seus recursos e experiência. A forma como o indivíduo lida com a doença parece ter repercussões na qualidade e resultados da adaptação à doença.

Uma das formas mais utilizadas para avaliar, do ponto de vista orgânico, a adequação do controlo glicémico é a análise da *Hemoglobina Glicosilada* (HbA1c), uma medida que permite revelar os níveis de glicose presente no sangue durante um período de 4 a 8 semanas (Karlsen, Idsoe, Hanestad, Murberg & Bru, 2004). Esta medida é utilizada para avaliar os resultados da doença, a adequação do indivíduos às múltiplas exigências, do ponto de vista fisiológico.

Outro dos aspectos estudados é a influência do distresse (*distress*) psicológico, directamente associado ou dissociado da doença.

Há provas da existência de uma influência bidireccional entre o stresse e a diabetes. Segundo consta, a experiência de stresse tende a desencadear reacções

biológicas que conduzem à elevação dos níveis de glicémia⁴ e, no sentido contrário, a hiperglicémia⁵ desencadeia stresse (Cox e Gonder-Frederick, 1992. Em qualquer situação é necessário ter em conta a intensidade, a duração e o tipo de stressor, bem como a heterogeneidade das reacções (Lloyd, Smith & Weinger, 2005). Estamos perante mais uma relação complexa.

Posto isto, parece interessante hipotetizar que ao promover a aquisição e a mobilização de recursos do indivíduo para lidar com as situações stressoras – acontecimentos de vida negativos – estaremos a promover o controlo glicémico, bem como a diminuição da probabilidade de desenvolver complicações.

No estudo desenvolvido por Silva e colaboradores (2004) não foram encontradas diferenças significativas no que concerne ao stresse negativo em indivíduos com e sem complicações, à excepção de uma complicação específica. Os resultados parecem-me questionáveis, uma vez que parece não ser igual, do ponto de vista psicológico, ter ou não uma retinopatia ou uma cardiopatia. O risco e o confronto com a sobrevivência são acentuados, desencadeando no indivíduo reacções emocionais, que quando prolongadas no tempo tendem a diminuir a qualidade de vida (Taylor & Aspinwall, 1990).

Relativamente às crenças pessoais sobre a saúde e a doença, chamo a atenção ao modelo de Leventhal e colegas (1980) que remete exactamente para as percepções de doença que incluem crenças acerca da identidade, das causas, das consequências, da progressão e da cura/controlo sobre a doença, que decorrem nomeadamente da experiência passada do indivíduo e da cultura onde se insere. Schiaffino, Shawaryn e Blum (1998), dentro desta perspectiva assumem a influência das crenças no ajustamento á mesma. Segundo alguns dados, as representações mais adequadas e desenvolvidas são preditoras do aumento do envolvimento em comportamentos específicos desejáveis, relevantes para a gestão da doença e para promoção da qualidade de vida (Watkins e col., 2000). Este aspecto será aprofundado nas próximas secções.

Paralelamente e, no seio deste contexto, é necessário prestar atenção ao conceito de auto-eficácia, foi integrado na teoria cognitiva da aprendizagem social, elaborada por Bandura (1989), na qual conceptualizou as expectativas de auto-eficácia como “crenças pessoais quanto às capacidades para realizar uma acção específica necessária à obtenção de um determinado resultado, chegando à ideia de que se a mudança comportamental exigida na adaptação à diabetes depende das

⁴ A glicémia corresponde à quantidade de glicose presente no sangue.

⁵A hiperglicémia corresponde à elevação dos níveis de glicose no sangue (>160 mg/dl)

expectativas de eficácia pessoal, então a adopção dos auto-cuidados estará facilitada se existir um maior nível de auto-eficácia (Bandura, 1989). Os mesmos autores Pereira e Almeida (2004) chamam a atenção para a importância da auto-eficácia, igualmente, na formação da intenção de mudança, bem como na implementação e manutenção do comportamento. Parece ser possível ajudar o indivíduo a mobilizar os recursos necessários à execução do comportamento, de forma a que não haja uma diminuição dos níveis de auto-eficácia, que prejudicará o esforço e o tempo dispendido a superar dificuldades (Pereira & Almeida, 2004). O conceito de auto-eficácia é permanentemente relacionado com o da auto-regulação.

O locus de controlo é outra das variáveis estudadas e parece haver provas de que indivíduos com um locus de controlo externo, isto é, que acreditam que os acontecimentos têm origem em fenómenos externos, têm uma menor probabilidade de adoptarem os comportamentos recomendados, quando comparados com indivíduos com um locus de controlo interno, isto é, que acreditam que são responsáveis pelos acontecimentos e, neste caso, pela sua saúde (Ryan (1997) cit. por Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2005).

Existe, como foi possível verificar, um conjunto diversificado de variáveis que têm sido estudadas com a intenção de compreender quais os aspectos que promovem e inibem, e em que condições, a adaptação dos indivíduos com diabetes. A questão central e a que motiva as investigações reside na importância da adaptação, considerada como objectivo final de qualquer doença crónica, uma vez que a condição acompanhará o curso de vida do indivíduo. Contudo, o indivíduo não precisa de viver subjugado às exigências da doença, uma vez que pode escolher e reunir esforços no sentido de as integrar, isto é, opta por um processo de auto-regulação. O estudo da auto-regulação permite, neste contexto, compreender de uma forma mais abrangente e integrada os mecanismos de adaptação, e neste sentido, ajuda a melhorar a assistência que os técnicos prestam a esta população.

Auto-regulação – Características e Definições

A Auto-regulação teve origem nos estudos e na teoria sócio-cognitiva de Bandura, desenvolvida a partir de meados da década de 70, que direccionavam as atenções para a intencionalidade do comportamento do indivíduo e para o facto deste ser orientado por determinados objectivos. A Auto-regulação é um constructo recente que se estende a múltiplas áreas – Personalidade, Motivação/Emoção, Psicologia Social, Psicologia Clínica, Psicologia do Desenvolvimento, Psicologia da

Saúde/Medicina Comportamental, Educação, Psicologia Organizacional, Psicologia Experimental (Karoly, 1993) - e, por conseguinte, gera diversos modelos que recorrem a diferentes terminologias para representar aspectos semelhantes. Desta forma, torna-se difícil encontrar uma definição global para auto-regulação.

No campo da Saúde, e tal como é expresso por Maes e Gebhardt (2000), a auto-regulação é entendida como “*a tentativa individual para guiar o comportamento e organizar o contexto, ao longo do tempo, de forma a conseguir alcançar os objectivos definidos pela pessoa*” (pp. 345).

Ao longo das múltiplas definições, um dos aspectos comuns é a existência de um ou mais objectivos que dirigem o comportamento do indivíduo.

A definição expressa na revisão de Karoly (1993) parece esboçar de forma conveniente a complexidade deste construto:

“A auto-regulação refere-se aos processos, internos e/ou transaccionais, que permitem ao indivíduo guiar as suas actividades para alcançar os seus objectivos ao longo do tempo e das circunstâncias (contextos). A regulação implica a modulação do pensamento, do afecto, do comportamento ou da atenção através do uso automático ou deliberado dos mecanismos específicos e meta-competências de apoio. O processo de auto-regulação inicia-se quando uma actividade quotidiana é contrariada ou quando o esforço/motivação/necessidade para alcançar os objectivos se torna determinante. A auto-regulação engloba 5 fases relacionadas e interactivas: 1. Selecção de objectivos; 2. Cognição dos objectivos; 3. Manutenção da direcção; Mudança direccional e repriorização e 5. Finalização (p.25)”⁶.

Os objectivos organizam-se segundo uma hierarquia e uma estrutura global de metas pessoais, uma vez que o indivíduo estipula para si um conjunto de objectivos em diversos contextos, que podem tender a competir, fazendo com que haja necessidade de priorizar a concretização dos mesmos. O conflito pode constituir-se como um obstáculo à mudança comportamental.

Torna-se necessário salientar que a hierarquia de objectivos é constituída por objectivos com diferentes graus de abstracção – objectivos de nível superior (“ter saúde”) e objectivos de nível inferior (“praticar exercício físico regularmente”; “comer

⁶ “Self-regulation refers to those processes, internal and/or transactional, that enables and individual to guide his/her goal-directed activities over time and across changing circumstances (contexts). Regulation implies modulation of thought, affect, behavior, or attention via deliberate or automated use of specific mechanisms and supportive metaskills. The process of self-regulation are initiated when routinized activity is impeded or when goal-directedness is otherwise made salient. Self-regulation may be said to encompass up to five interrelated and iterative components phases: 1. Goal selection, 2. Goal cognition, 3. Directional maintenance, 4. Directional change and reprioritization, and 5. Goal termination.” (p.25).

alimentos saudáveis”) (Maes & Gebhardt (2000). Uma ideia semelhante é contemplada por Bagozzi e Edwards (2000), no estudo em que exploraram a regulação do peso corporal. Estabelecem a presença de objectivos subordinados que expressam como é que o indivíduo atinge o seu objectivo central (“*focal*”) e de objectivos superordinados que expressam o porquê de atingir determinado objectivo.

Paralelamente, é preciso ter em atenção que os objectivos não são estáticos e sofrem influências pessoais e contextuais, daí que a mudança comportamental seja entendida como um processo ao longo do tempo, processo este que integra diferentes fases - pré-contemplanção, contemplanção, acção e manutenção (Prochaska & DiClemente, 1982) – no sentido de transformar o comportamento actual no comportamento desejado. Cada fase deste processo é alvo de uma auto-avaliação, a qual pode resultar na continuação ou desvinculação por parte do indivíduo da procura da obtenção de um determinado objectivo (Maes & Gebhardt, 2000).

Dentro da mesma perspectiva, aparece o modelo das “*fases de acção*” que postula a existência de quatro fases – pré-decisão, pré-acção, acção e pós-acção – de acordo com as quais o indivíduo transforma os seus desejos em intenções e, conseqüentemente, em acções concordantes com o seu objectivo.

A fase de pré-decisão é caracterizada pela contemplanção dos desejos e preferências pessoais, estipulados de acordo com a sua facilidade e desejabilidade e culmina com a formação de uma intenção, que se traduzirá ou não em acção. De acordo com os modelos sócio-cognitivos, este fenómeno pode ser explicado pela influência de variáveis, como a percepção de risco, as expectativas de resultados, a influência social e a competência percebida (que corresponde ao conceito de auto-eficácia, postulado por Bandura) (Maes & Karoly, 2005).

A fase seguinte diz respeito à fase pré-acção, durante a qual é pedido ao indivíduo que gere “*intenções de implementação*”, que devem reflectir um plano para concretizar a sua intenção (onde, quando, como e durante quanto tempo) (Gollwitzer & Oettingen, 2006). Depois de estipulado o plano, é necessário passar à concretização, entrando o indivíduo na fase de acção. Após a implementação do plano, é imprescindível avaliar a eficácia as estratégias adoptadas e a necessidade de reestruturação do plano.

Daquilo que me é dado a entender, este modelo pode ser compreendido não apenas como uma sequência, mas como um ciclo, e uma vez que o indivíduo possui um conjunto de objectivos, estaríamos na presença de um conjunto de ciclos, que ocorrem simultaneamente. Os objectivos estipulados para uma área podem influenciar outros objectivos associados a outra área, por exemplo, na área da saúde

(“praticar exercício físico diariamente”) e na área interpessoal (“passar mais tempo com os amigos e colegas”). Isto é, os objectivos podem competir ou complementar-se entre si, no sentido de alcançar um objectivo de maior nível de abstracção (“ser feliz”).

De forma genérica e demasiado simplista, os modelos de auto-regulação acentuam o papel activo e intencional do comportamento do indivíduo para atingir o alvo desejado, que enquanto processo integra a selecção e o estabelecimento de objectivos pessoais, o planeamento e a implementação de um conjunto de comportamentos para alcançar um determinado intuito e a manutenção de um comportamento perseguido e desejado, nas diversas áreas da vida do indivíduo. É necessário ter em conta que as definições apresentadas apelam com maior saliência para os aspectos cognitivos, contudo a auto-regulação incorpora igualmente os aspectos emocionais, que de igual forma podem ser regulados.

Auto-regulação e Diabetes Mellitus de Tipo II

Um dos campos em que a auto-regulação têm sido aplicada diz respeito à área da Saúde, tendo como o objectivo compreender como as pessoas podem regular os seus comportamentos para promover a saúde ou evitar a doenças. Neste domínio, existem vários modelos de auto-regulação que tentam explicar a adopção e manutenção dos demais comportamentos de saúde.

O modelo de auto-regulação postulado por Leventhal, foi um dos primeiros a ser aplicado exclusivamente à saúde, e está de acordo com uma perspectiva de etapas/fases.

O modelo acima mencionado também é conhecido por “**Common Sense Model**” (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980) e assume que os indivíduos criam representações da sua doença, com base na sua experiência, na informação recolhida da interacção com os outros significativos e nos dados somáticos e sintomáticos, de forma a darem significado ao seu problema. As representações de doença são, por um lado, cognitivas e englobam os aspectos de identidade, causa, consequências, progressão e cura/controlo, e por outro lado, emocionais, o que representa um processamento paralelo.

A identidade diz respeito às crenças acerca da definição de doença e dos conhecimentos sobre os sintomas. A causa representa as crenças sobre os factores responsáveis pelo aparecimento da doença. As consequências correspondem às crenças sobre o impacto da doença sobre a qualidade de vida do indivíduo e

respectiva capacidade de funcionamento. A progressão ou evolução faz referência às crenças sobre o curso da doença (aguda, crónica ou cíclica) e à escala temporal do aparecimento dos sintomas. A cura/controlo diz respeito à percepção de capacidade para o desempenho dos comportamentos de *coping* e a crenças sobre a eficácia do tratamento.

As representações cognitivas incitam a adopção de estratégias de *coping* – evitamento/negação, reavaliação cognitiva, expressão emocional, *coping* focado no problema e procura de apoio social – que se transformam em resultados mais ou menos adaptativos. As representações emocionais despoletam estratégias de *coping* para lidar com a reacção emocional inerente ao estado de doença, e daí deriva o estado emocional do indivíduo. Estes resultados são avaliados e, de acordo com um mecanismo de feedback, essa avaliação influencia e pode alterar as representações da doença, bem como as estratégias de *coping* adoptadas. De salientar que o modelo postula que o *coping* medeia a relação entre as representações e os resultados da doença (Hagger & Orbell, 2003).

A meta-análise realizada por Hagger e Orbell (2003) tinha como objectivo compreender os resultados das investigações que recorreram ao modelo de Leventhal e colaboradores para explicar as relações entre representações, *coping* e resultados, tentando averiguar sobre a consistência dos mesmas. O modelo foi aplicado a várias patologias, com características diversas e, na sua maioria crónicas, entre as quais se destaca o estudo da Diabetes Mellitus (tipo 1 e tipo 2).

Partindo que um conjunto de hipóteses retiradas da literatura, foi possível concluir que:

1. Indivíduos com uma elevada percepção de cura/controlo apresentam uma menor identidade com a doença assumem-na como tendo menos consequências e como sendo menos crónica.
2. Indivíduos que assumem uma forte identidade e percebem consequências severas para a sua vida tendem a adoptar estratégias de *coping* de evitamento/negação e de expressão emocional.
3. Indivíduos que assumem a doença como controlável tendem a adoptar estratégias de *coping* direccionadas para a reavaliação cognitiva, *coping* focado no problema e procura de apoio social.
4. Indivíduos com uma elevada percepção de consequências, forte identidade e progressão crónica tendem a relatar menor bem-estar psicológico e social, funcionamento entre os papéis pessoais e vitalidade, e maior distresse psicológico.

5. Indivíduos com uma elevada percepção de controlo relatam consistentemente bem estar psicológico e vitalidade.

Os resultados encontrados vão ao encontro das hipóteses colocadas, o que confere validade aos conteúdos do modelo estudado, não deixando de se verificar algumas limitações.

Um dos aspectos mais questionados nesta meta-análise prende-se com o facto da relação de mediação exercida pelo *coping* entre as representações e os resultados não ser clara, devido à metodologia utilizada (“*cross-sectional*”), pelo que sugerem a adopção de uma metodologia longitudinal em futuras investigações.

No que diz respeito à problemática da DMT2, o modelo de auto-regulação, nomeadamente o apresentado por Kanfer (1975, cit. por Wing, Epstein, Nowalk & Lamparski, 1986), que engloba três momentos – auto-observação, auto-avaliação e auto-reforço – foi aplicado ao controlo da Diabetes através da regulação dos níveis de glicémia. Assumem que, em indivíduos não diabéticos, o sistema ao observar uma discrepância entre o nível actual e o ideal, dá indicações para repôr os valores através da libertação da insulina, contudo, os indivíduos diabéticos precisam de meios externos para concretizar uma tarefa que o sistema faz de forma mais ou menos automática. Pressupõe-se que o indivíduo observaria os seus níveis de glicémia através de um aparelho de medição (auto-observação), avaliaria a discrepância entre nível actual e óptimo (auto-avaliação), e reuniria formas para ajustar a sua alimentação, exercício e medicação (auto-reforço). A ideia de reposição do estado de equilíbrio é reconhecida nos estudos de Leventhal (Odgen, 1999).

Auto-regulação e Avaliação

A auto-regulação é um construto complexo e que cuja avaliação constitui um desafio para grande parte dos investigadores nesta área. Actualmente, existem alguns instrumentos estandardizados que tentam apreender a dimensão do construto, contudo a maioria dos instrumentos está direccionado para aspectos mais específicos, diminuindo a probabilidade de erro na explicação dos fenómenos.

O Questionário de Auto-Regulação⁷ está formulado de acordo com a teoria da auto-determinação (ver Ryan & Deci, 2000), que postula a existência de vários

⁷ Self-regulation questionnaire (SRQ)

níveis de motivação, que reflectem o grau de intenção do indivíduo. A motivação entendida como regulação.

Esta escala pretende avaliar as diferenças individuais no que diz respeito aos tipos de motivação (regulação externa, regulação introjectada, regulação identificada e regulação integrada), no seio de uma determinada área. Por conseguinte, existe o mesmo tipo de questionário para domínios como o académico, o social, o da saúde, o da aprendizagem, o do exercício, o da religião e o das amizades.

O questionário que, por ventura, tem mais interesse no âmbito desta monografia é o que diz respeito à saúde – Questionário de Auto-regulação do Tratamento⁸. Este pretende avaliar o grau de motivação do indivíduo para desempenhar um determinado comportamento no âmbito da saúde, isto é, possibilitar-nos-ia compreender o nível de empenho do indivíduo diabético na adesão ao conjunto de exigências comportamentais associadas à sua condição.

Este instrumento foi desenvolvido por Williams, Grow, Freedman, Ryan, and Deci (1996), tendo sido aplicado à população diabética (Williams, Freedman, & Deci, 1998).

A escala dirigida à população diabética é constituída por duas frases referência (“Eu tomo a minha medicação para a Diabetes e/ou verifico os meus níveis de glicose porque...” e “A razão pela qual eu sigo a minha dieta e faço exercício regularmente é que...”), seguidas das quais se encontram algumas afirmações (8 frases para o primeiro item mencionado e 11 frases para o segundo item), que se pretendem ver classificadas no que diz respeito ao seu grau de veracidade para o indivíduo. Este terá que avaliar as frases de acordo com uma escala de lickert de 7 pontos, onde 1 significa “nada de verdade” e 7 significa “tudo de verdade”. Verifica-se que a escala não incorpora os quatro tipos de motivação avançados inicialmente. Este facto parece prender-se com a dificuldade em avaliar de forma diferenciado os vários tipos.

Os resultados obtidos encontram-se divididos em duas escalas: regulação autónoma (ex. “É um desafio aprender como viver com a Diabetes”) e regulação controlada (ex. “Eu apenas o faço porque o médico assim me disse”).

A regulação autónoma está associada à integração e a uma forte motivação, enquanto que a regulação controlada, a motivação/empenho/regulação depende de factores para se desenvolver.

⁸ Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ).

Bem como outros, também o questionário da auto-regulação acima mencionado apenas se refere a um dos domínios da auto-regulação, a componente motivacional.

Como a intenção desta monografia é expressar conhecimento sobre as percepções de doença, apresento em seguida e de forma resumida um dos instrumentos mais utilizados dentro da área da doença/saúde e que se baseia no modelo do “*sensu comum*” (Leventhal, Meyer e Nerenz, 1980).

O IPQ – Illness Perception Questionnaire (Weinman, Petrie, Moss-Morris & Horne, 1996) é um dos instrumentos mais utilizados, que ao longo do tempo sofreu diversas alterações e especificações, de acordo com as necessidades dos investigadores.

Deste questionário podemos encontrar igualmente uma versão revista (IPQ-R) (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron e Buick, 2002) e uma versão breve (Brief-IPQ) (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006). O IPQ e o IPQ-R apresentam adaptações para a problemática da diabetes, mas apenas o IPQ-R apresenta uma adaptação para a população portuguesa, doente e saudável. O Brief IPQ apresenta uma versão adaptada para a população portuguesa. Todas as versões respeitam os componentes identidade, causa, consequências, progressão e controlo.

Este questionário será explorado com maior detalhe na secção da metodologia – instrumentos e técnicas de recolha e análise de dados.

*Coping*⁹ – Definições e Características

A Diabetes, como já foi mencionado, é uma doença crónica que implica múltiplas exigências que se mantêm ao longo do tempo. Assim sendo, as exigências são tidas como o factor de stresse constante com o qual o indivíduo deve lidar. A sua constância implica esforços acrescidos e pode produzir severas alterações no bem estar do sujeito (Grey, 2000). Neste sentido, a monografia tentará expressar qual o papel do *coping* na DMT2 na prevenção do aparecimento das complicações.

O estudo do *coping* têm-se vindo a desenvolver desde os anos 60, contudo foi apenas nos anos 80 que os horizontes se alargaram com a introdução de uma

⁹ Por forma a abranger todas as dimensões do constructo do *coping*, optou-se por não traduzir o termo. A tradução portuguesa menciona o “*coping*” como confronto.

nova perspectiva por Lazarus, que coloca a ênfase na avaliação cognitiva que o indivíduo faz sobre os estímulos, afastando o *coping* dos mecanismos de defesa e da patologia (Folkman & Moskowitz, 2004).

Segundo Lazarus e Folkman (1984), o *coping* é entendido como “os esforços cognitivos e comportamentais constantes para gerir as exigências específicas externas e/ou internas que são avaliadas como limitando ou excedendo os recursos da pessoa” (p. 141). Este modelo integra-se na corrente transaccional,

A definição está longe de ser única, contudo é a mais aceite pela comunidade científica. Por exemplo, Skinner e Zimber-Gembeck (2007) entendem o *coping* como “processo de regulação em condições stressoras”, considerando esta definição mais adequada no campo do desenvolvimento.

Tendo por base o modelo cognitivo do *coping*, os indivíduos avaliam a situação (1ª avaliação) e os seus recursos (2ª avaliação) de acordo com as suas características, experiências, expectativas e crenças. Esta situação depleta irreversivelmente emoções, positivas e/ou negativas, que este vai tentar regular, ao mesmo tempo que assume comportamentos de acção ou de evitamento. Caso os resultados obtidos não sejam os esperados, o indivíduo pode proceder a uma reavaliação e reestruturar as suas estratégias. De salientar que as estratégias utilizadas pelo indivíduos serão percebidas como mais ou menos adequadas de acordo com os resultados, contexto e as suas contingências (Folkman & Moskowitz, 2004).

É esta dinâmica constante, ao longo do tempo e das situações, que torna o processo de *coping* tão complexo e difícil de ser compreendido na sua plenitude, daí surgirem múltiplas questões. Algumas delas dizem respeito à avaliação e às dimensões do *coping* (para uma revisão consultar Folkman & Moskowitz, 2004).

Coping e Diabetes Mellitus de Tipo II

Estilos e Estratégias de *Coping*

Ao longo dos anos de investigação, a identificação de estratégias e estilos/dimensões tem sido um dos aspectos mais trabalhados, vista a complexidade e diversidade das respostas dadas pelo indivíduo quando está perante uma situação de ameaça ou desafio. Isto é, o número de respostas passíveis de serem dadas são

infinitas devido à idiosincrasia de cada um, e ao mesmo tempo, uma mesma resposta pode servir diversos propósitos (Skinner & Zimber-Gembeck, 2007).

A tipologia/taxonomia mais divulgada é a apresentada por Lazarus e Folkman (1984) que diferencia um tipo de *coping* centrado no problema, no qual o indivíduo lida com a situação stressora de forma activa, através de um conjunto de medidas instrumentais, e um tipo de *coping* centrado nas emoções, no qual o indivíduo lida com as emoções geradas pela situação adversa. Estes tipos ou estilos integram uma multiplicidade de comportamentos e cognições.

Contudo, e apesar de ser a mais divulgada, outros autores deram contornos diferentes, e por ventura mais específicos, às estratégias de *coping* e, de acordo com as suas conceptualizações, desenvolveram teorias e instrumentos de avaliação, sem os quais não se conseguiria comprovar a influência do *coping* no processo de gestão do stresse.

Com o intuito de melhorar a tipologia mencionada, Parker e Endler (1992) acrescentaram um novo tipo – *coping* por evitamento – que corresponde às cognições e comportamentos do indivíduo que têm como objectivo afastá-lo da situação adversa. Este novo tipo aparece com uma conotação negativa, contudo esta particularidade é, na prática, contrariada.

O artigo de revisão apresentado por Skinner, Edge, Altman e Sherwood (2003) propõe-se clarificar as taxonomias aplicadas às estratégias de *coping*, apresentadas nas últimas duas décadas, revelando vantagens e desvantagens, avaliando a sua utilidade. O primeiro passo considerado foi definir quais os critérios que transformam uma taxonomia razoável, de acordo com uma teoria, numa taxonomia mais abrangente e coerente. Os critérios definidos dizem respeito à estrutura, função e espectro das categorias. Os autores acreditam que numa taxonomia de qualidade, as categorias estão definidas de forma clara, do ponto de vista conceptual; são mutuamente exclusivas; o conjunto de categorias é exaustivo; são funcionalmente homogéneas e distintas; das categorias estipuladas é passível derivar os seus componentes; e estas são flexíveis.

Posto isto, os autores afastam-se das taxonomias mais utilizadas e adoptam como mais proveitosa uma abordagem hierárquica, compreendendo a existência de múltiplos tipos de respostas – instâncias – que, por sua vez, são aglomeradas em grupos elementares – estratégias de *coping* – (categorias de nível inferior), que de acordo com as suas características, serão integrados em “famílias¹⁰” –

¹⁰ O termo famílias (“*families*”) é adoptado pelos autores do artigo em causa, pelo que se optou por manter a terminologia, traduzindo-o literalmente.

dimensões/estilos do *coping* (categorias de nível superior), que se aproximam dos processos adaptativos. Está aqui bem presente a noção de nível de abstracção.

Skinner e colaboradores (2003) adoptando as duas abordagens utilizadas para estudar a estrutura do *coping* – descendentes (*top-down*) e ascendentes (*bottom-up*) - criaram um sistema hierárquico multidimensional. Este sistema de famílias inclui três grupos: competência (controlo), autonomia (auto-determinação) e relacionamento¹¹. No seio de cada grupo, foram definidos dois subgrupos, desafio e ameaça, que por sua vez se subdividem em orientado para o eu (“self”) e orientado para o contexto. Além disso, para cada subgrupo, as estratégias estão organizadas de acordo com aspectos comportamentais, emocionais e motivacionais (figura 1).

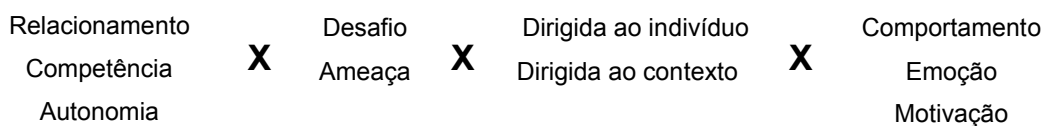


Figura 1 - Esquema representativo do conjunto de famílias do sistema hierárquico multidimensional (Skinner e col., 2003)

A conjunção acima mencionada dá origem às seguintes famílias:

- Relacionamento - auto-confiança, procura de apoio, delegação e isolamento;
- Competência - resolução de problemas, procura de informação, desesperança e fuga;
- Autonomia - acomodação, negociação, submissão e oposição

O objectivo do artigo era compreender se estas famílias faziam sentido e eram integradas no seio de estudo de sistemas hierárquicos e classificação racional. Concluíram que no seio do conjunto das famílias, as estratégias resolução de problemas, procura de apoio, evitamento, distracção, reestruturação cognitiva positiva, ruminação, desesperança, afastamento social, regulação emocional, procura de informação, negociação, oposição e delegação são consideradas boas referências para o estudo da estrutura do *coping*. Estas estratégias assumem nomes diferentes consoante o autor e teoria subjacente.

Além de analisar e mostrar uma nova e mais abrangente perspectiva sobre a estrutura do *coping*, o artigo ajuda-nos a interpretar de forma mais coerente e cuidada as taxonomias existentes e os resultados delas derivados.

¹¹ Adaptação do termo inglês “relatedness”.

Relativamente aos estudos que adoptam uma visão do tipo funcional e que nos oferecem referências, indicam que a utilização de estratégias de *coping* orientadas para o problema parece ser a mais adequada em situações controláveis e passíveis de serem alteradas, enquanto que a utilização de estratégias de *coping* orientadas para as emoções parece ser a mais adequada quando o indivíduo está perante condições que estão fora do seu controlo e que são inalteráveis.

Em condição de doença crónica, os indivíduos apresentam uma tendência para adoptar estratégias de *coping* mais direccionadas para a emoção e para a redução dos elevados níveis de stresse, uma vez que nada podem fazer para alterar a sua condição (De Ridder & Schreus, 2001). Há indícios de que, perante uma experiência extremamente adversa, como pode ser o diagnóstico de uma doença crónica, o indivíduo adopte inicialmente uma estratégia de *coping* orientada para as emoções e de evitamento, o que se considera ser benéfico a curto prazo. Por sua vez, a longo prazo pode mostrar-se desajustado (De Ridder & Schreus, 2001). Assim sendo, e reforçando o que já foi referido anteriormente, parecem não existir à priori estratégias mais ou menos adequadas, ou, de outra forma, todas as estratégias podem ser consideradas ajustadas segundo determinadas circunstâncias (Skinner e col., 2003)

Desta forma, verificamos, mais uma vez, que o *coping* é um processo dinâmico de ajustamento, cujas respostas podem e devem mudar ao longo do tempo e consoante os objectivos do indivíduo e as condições do meio.

Na população diabética insulino-dependente (tipo 1), verifica-se que o uso de estratégias de *coping* orientadas para o problema está associado a um melhor controlo metabólico, estado emocional e ajustamento global (Lundman & Norberg, 1993), bem como a melhores auto-cuidados e bem estar psicossocial (Grey, 2000).

No seio da Diabetes, Karlsen e Bru (2002) tentaram perceber se existem ou não diferenças entre os estilos de *coping* adoptados por indivíduos com DMT1 e com DMT2, uma vez que têm características diferentes. Verificaram que existe uma maior tendência dos indivíduos com DMT1, comparativamente com os com DMT2, para procurarem mais apoio, planearem mais e auto-culpabilizarem-se mais. Contudo, estes resultados podem ser explicados pela diferença de idades e nível educativo. No geral, e à excepção da procura de apoio, os indivíduos com DMT1 e DMT2 em nada diferem no que diz respeito aos estilos de *coping* adoptados. À parte dos resultados, é preciso ter a preocupação de rever o conceito idade, pois este pode ser entendido, por exemplo, numa perspectiva de desenvolvimento, de experiência adquirida ou exposição a tarefas de desenvolvimento.

A meta-análise realizada por Duangdao e Roesch (2008) teve como objectivo compreender a relação de duas taxonomias (aproximação vs. evitamento e *coping* orientado para o problema vs *coping* orientado para as emoções) com os índices de ajustamento gerais e específicos (ansiedade, depressão, controlo glicémico) por tipo de diabetes (tipo 1 ou tipo 2). Apesar das limitações avançadas – dimensão da amostra, enfoque nas estratégias gerais em detrimento das mais específicas, diferenças entre as estratégias utilizadas pelo tipo 1 e pelo tipo 2, população europeia-americana – concluíram que os indivíduos que utilizam mais estratégias de *coping* de “aproximação” e centradas no problema experienciam melhor ajustamento global e menos depressão e ansiedade. Neste estudo não foi encontrada qualquer relação significativa entre o ajustamento global e o uso de estratégias de evitamento ou centradas nas emoções. Uma explicação avançada para a obtenção destes resultados diz respeito à construção das taxonomias, uma vez que a dimensão “aproximação” contém estratégias centradas nas emoções, como, por exemplo, expectativas positivas/ optimismo e auto controlo, ao mesmo tempo que integra estratégias focadas no problema (ver Duangdao & Roesch, 2008). As diferentes taxonomias podem conduzir a resultados discrepantes, mesmo quando a intenção é estudar o mesmo fenómeno.

***Coping* e Avaliação**

A avaliação do *coping* é um dos aspectos mais explorados na literatura, uma vez que é também um dos mais polémicos.

De acordo com os estudos de revisão, os instrumentos desenvolvidos para avaliação do *coping* podem diferir em três vertentes: a) Disposicional vs. Situacional; b) Retrospectivos vs Imediatos; c) Gerais vs Específicos (Folkman & Moskowitz, 2004; Todd, Tennen, Carney, Affleck & Armeli, 2004; Schwarzer & Schwarzer, 1996; Carver, Weintraub & Scheier, 1989):

a) Os instrumentos de avaliação do *coping* disposicional procuram medir como costumam reagir os indivíduos perante as adversidades, tentando apreender a tendência e preocupando-se em compreender as diferenças interindividuais. Por outro lado, os instrumentos de avaliação do *coping* situacional estão preocupados em medir como é que os indivíduos reagem perante uma determinada situação. A situação pode ser definida à partida ou escolhida pelo indivíduo, consoante o instrumento. Estes últimos têm em atenção o estado e procuram apreender as diferenças intraindividuais.

No estudo elaborado para relacionar *coping*, controlo e ajustamento à diabetes, Macrodimitris e Endler (2001), assumiram que a melhor forma de medir o *coping* era adoptar uma abordagem situacional, uma vez que consideraram que apenas esta lhes daria informações sobre os tipos de *coping* utilizados numa determinada situação, definida para um grupo de indivíduos com a mesma doença.

Entendendo o processo de *coping* como dinâmico, Carver, Weintraub e Scheier (1989), autores responsáveis pela criação e desenvolvimento do COPE, assumem que devem ser integrados itens que digam respeito a aspectos disposicionais e a aspectos situacionais para uma compreensão mais abrangente e fidedigna da realidade.

b) Os instrumentos podem recolher informações sobre conteúdos de forma retrospectiva, isto é, perguntam aos indivíduos o que é eles costumam fazer perante as adversidades ou perante uma determinada situação passada, ou de forma imediata, isto é, pedir que os indivíduos relatem os seus esforços diários para lidarem com os obstáculos. A questão intrínseca a este tema reside no facto dos instrumentos retrospectivos apelarem à memória dos indivíduos, que segundo Todd e col. (2004), tendem a apresentar relatos influenciados pela sua percepção e estado actual. Para colmatar esta limitação, os instrumentos “momentâneos” apelam a uma descrição mais imediata dos factos. Contudo, os instrumentos retrospectivos e momentâneos parecem não ter uma correspondência quando comparados, podendo isto dever-se ao facto dos primeiros apelarem a situações de stresse mais severas e os segundos a situações de menor intensidade (Todd e col., 2004).

c) Esta questão está direccionada para a construção de instrumentos orientados ou não para uma população em específico. Há instrumentos que medem o *coping*, utilizando um conjunto de itens ou outras estratégias para perceberem, por exemplo, como é que as mulheres com cancro da mama lidam com as especificidades da sua situação.

Segundo a literatura, existem aspectos comuns em diferentes populações, daí que seja importante recorrer a instrumentos mais gerais (ver quadro 1), balanceando a sua utilização com os específicos (ver quadro 2), uma vez que estas medidas não permitem a detecção das semelhanças entre as doenças (De Ridder & Schreus, 2001), contudo possibilitam a integração de situações relevantes para a população em causa.

Quadro 1 – Instrumentos gerais de avaliação do *coping*

Instrumento	Autor	Ano
Miller Behavioral Style Scale (MBSS)	Miller	1987
<i>Coping Strategies Inventory</i>	Tobin e colaboradores	1989
Mainz <i>Coping Inventory</i>	Krohne	1993
Billing and Moos <i>Coping Measures</i>	Billings & Moos	
Ways of <i>Coping Questionnaire</i> (WCQ)	Lazarus & Folkman	
<i>Coping Strategy Indicator</i> (CSI)	Amirkhan	1990
Adolescent <i>Coping Orientation for problems experiences Inventory</i> (A-COPE)	Patterson & McCubbin	1987
Life Situations Inventory (LSI)	Feifel & Strack	1989
<i>Coping Inventory for Stressful Situations</i> (CISS)	Endler & Parker	1990
COPE Scale	Carver e colaboradores	1989
Measure of Daily <i>Coping</i>	Stone & Neale	1984
Stress and <i>Coping Process Questionnaire</i> (SCPQ)	Pernez & Reicherts	1992
<i>Coping Resposes Inventory</i>	Moos & Schaefer	1993
<i>Coping with Health injuries and problems scale</i> (CHIP)	Endler & Parker	2000
<i>Coping Inventory for stressful situations</i> (CISS) ¹²	Endler & Parker	1990
Children's <i>Coping Strategy Checklist</i> (CCSC)	Ayers e colaboradores	1996

* Parcialmente adaptado de Schwarzer & Schwarzer, 1996

O Diabetes *Coping Measure* (Welsh, 1994) é um instrumento que mede o *coping* cognitivo e comportamental na diabetes, isto é, pretende saber quais as estratégias de *coping* (estilo) tendencialmente utilizadas para lidar com os constrangimentos da diabetes.

Quadro 2 – Instrumentos específicos de avaliação do *coping*, para população diabética.

Instrumento	Autores	Ano
Diabetes <i>Coping Measure</i> (DCM)	Welch e colaboradores	1994
Diabetes Empowerment Scale (DEM)	Anderson e colaboradores	2000
<i>Coping With Diabetes Scales</i> (children and parents)	Kovacs e colaboradores	1986
Problem Areas in Diabetes Scale (adults)	Welch, Jacobson e Polonsky	1997

¹² O instrumento apresenta propriedades psicométricas adequadas para estudos com população diabética (Smári & Valtysdóttir, 1997).

Outro dos aspectos a evidenciar diz respeito aos estudos que recorrem a questionários de auto-relato ou a entrevistas semi-estruturadas, uma vez que este facto pode influenciar os resultados obtidos, impossibilitando comparar os dados obtidos e as respectivas conclusões. Este facto foi comprovado para o problemática da depressão (Anderson e col, 2001).

Coping e Intervenção

No que diz respeito ao campo da intervenção, a análise exaustiva realizada por De Ridder e Schreus (2001), na qual tentaram clarificar a utilidade do conceito de *coping* no desenvolvimento de intervenções em doentes crónicos, verificaram que a maior parte das intervenções clínicas recorre à psicoterapia, às estratégias educativas, a grupos de apoio, às intervenções cognitivo-comportamentais ou a uma combinação das estratégias mencionadas, que, na sua maioria, obtiveram resultados positivos. Os autores apontam para a necessidade de explorar todas as vertentes do *coping* – estilos, estratégias, avaliação e recursos – alargando o espectro da intervenção.

Nesta mesma linha, Grey (2000) resume que a intervenção realizada se baseia na aprendizagem de competências – resolução de problemas sociais, treino de competências comunicacionais (inclui treino de assertividade), modificação cognitivo-comportamental e resolução de conflitos – com o objectivo de aumentar os recursos disponíveis. Os indivíduos podem utilizar estas competências para lidar com a doença e com as restantes adversidades, ao longo da sua vida. Este facto expressa uma perspectiva de capacitação do indivíduo (*empowerment*).

Uma questão interessante expressa pelos autores Smári e Valtysdóttir (1997) diz respeito ao foco da intervenção, isto é, será que esta se deve centrar nas disposições do *coping* (aspectos gerais) e/ou deve atender a aspectos mais específicos, para obter os melhores resultados possíveis, aproximando o indivíduo do objectivo último.

Relativamente aos estudos realizados com a população diabética de tipo II, a análise acima mencionada (De Ridder e Schreus, 2001) faz referência às intervenções desenvolvidas por:

- Glasgow e colaboradores, em 1992, tendo como população adultos idosos, recorreram a estratégias educativas sobre o regime alimentar e o exercício físico, o planeamento de actividades e o treino de resolução de

problemas, tendo verificado melhorias apenas ao nível do controlo glicémico e regime alimentar;

- Gilden, Hendryx, Clor, Casia e Singh, em 1992, recorrendo igualmente a uma população adulta idosa, educou-a no que diz respeito aos conhecimentos sobre a diabetes, o estilo de vida e os serviços sociais, fomentando as competências de gestão de stresse e as técnicas de auto-cuidado. A intervenção foi feita em grupo. Os resultados apontam para uma melhoria nos conhecimentos, no funcionamento psicossocial, na qualidade de vida e no controlo metabólico resultante da educação e da melhoria dos conhecimentos, do funcionamento psicossocial, da depressão e do menor envolvimento das famílias no cuidado com a diabetes resultante da existência de um grupo de apoio;
- Wierenga, realizado em 1994, que numa intervenção com 5 sessões para indivíduos com DMT2, tinha como objectivo mudar progressivamente os padrões de alimentação e de exercício. Verificou que os indivíduos melhoraram as suas práticas de saúde, e que estas explicam a variação do seu estado.

Mais recentemente, Karlsen, Idsoe, Dirdal, Hanestad e Bru (2004) desenvolveram um programa de aconselhamento, em formato de grupo, para colmatar as necessidades comportamentais, cognitivas e psicossociais de indivíduos com diabetes, com idades compreendidas entre os 25 e os 70 anos. O objectivo final era reduzir o stresse associado, melhorar as capacidades de *coping*, elevar o bem estar psicológico e estabilizar o controlo glicémico (HbA1c → 7-8%). O estudo surge com o intuito de ultrapassar o obstáculo de traduzir investigação em intervenção.

Os autores verificaram que, no final do programa de base cognitivo-comportamental, os indivíduos se tornaram mais activos e motivados para lidar com a sua condição, contudo esta atitude pode não se traduzir em acções que melhorem o seu estado e, conseqüentemente, o seu bem estar. A intenção/motivação nem sempre é traduzida em acção.

Auto-regulação e *Coping* (na Diabetes Mellitus de Tipo II)

A literatura aponta no sentido do *coping* estar intrinsecamente relacionado com a auto-regulação, uma vez que a escolha de estratégias de *coping* corresponde à avaliação das competências pessoais para lidar com os acontecimentos

stressantes (Lazarus & Folkman, 1984) e à reestruturação das mesmas no caso do resultado esperado não ser alcançado.

Habitualmente, o processo de auto-regulação e processo de *coping* podem ser entendidos como processo paralelos, mas que em determinados momentos são capazes de se cruzarem. Perante uma adversidade, o indivíduo vê-se na necessidade de lidar com a situação, seja de uma forma mais ou menos adequada, que, por sua vez, pode conduzir a uma alteração de objectivos e planos de acção, isto é, pode afectar o processo de auto-regulação. No caso dos indivíduos sujeitos a exigências permanentes, como a Diabetes, ambos os processos parecem ter uma ligação mais estreita e constante.

Segundo o modelo de Leventhal, o *coping* é parte integrante da auto-regulação. Numa outra abordagem, o *coping* pode ser compreendido como os esforços que os indivíduos fazem para atingir objectivos a longo prazo, lidar com as frustrações associadas e resistir às tentações do imediato, para alcançar o estado ideal (De Ridder & Kuijer, 2006) Por outro lado, o *coping* proactivo, defendido por Aspinwall e Taylor (1997, cit por De Ridder & Kuijer, 2006), permite ao indivíduo antecipar os potenciais stressores causadores de desconforto e reunir os recursos necessários para lidar com os obstáculos antes de que eles se constituam como tal. O *coping* é, de acordo como os autores, uma estratégia de auto-regulação. Contudo, consideram que a antecipação, sem desconforto, pode não conduzir a qualquer acção.

A questão central para De Ridder e Kuijer (2006) assenta sobre duas ideias: o desconforto causado pelas distrações na obtenção dos objectivos a longo prazo tem um papel relevante na mobilização e utilização de recursos, e o desconforto pode não ser suficiente para o indivíduo continuar a perseguir determinado objectivo. O desconforto é compreendido como uma resposta adaptiva.

A integração dos estudos do *coping* nos estudos da auto-regulação apresenta-se difícil porque o *coping* pode ser pensado como uma resposta mais ou menos automática perante as adversidades no imediato, enquanto que a auto-regulação se considera um processo de reflexão e decisão ponderada, com repercussões apenas a médio ou longo prazo.

Tendo como população-alvo mulheres com artrite reumatóide, Carlisle, John, Fife-Schaw e Lloyd (2005) investigaram o papel das estratégias de *coping*, tendo por base o modelo de auto-regulação. O objectivo central do estudo era perceber qual a influência que as representações da doença tinham sobre os resultados e se o *coping* funcionava como mediador entre representações e resultados. Confirmando parcialmente a teoria da auto-regulação defendida por Leventhal, verificaram que as

percepções de identidade, de consequências, de progressão e de controlo estão correlacionadas com os resultados e, que apenas o *coping* por evitamento ou resignação medeia a relação entre representações (identidade) e resultados (perturbação e morbilidade psiquiátrica). Os resultados devem ser tidos em conta, mas com cautela, uma vez que o estudo apresenta limitações, nomeadamente no que diz respeito ao método e medidas utilizadas. Como é expresso por Coyne e Racioppo (2000, cit por Carlisle e col., 2005), existe necessidade de realizar investigações recorrendo a métodos prospectivos, afastando-se dos “cross-sectional”.

Neste sentido, Searle, Norman, Thompson e Vedhara (2007) desenvolveram um estudo com indivíduos com diabetes de tipo 2 utilizando a metodologia sugerida por Coyne e Racioppo. Constataram que as representações da doença têm um efeito directo nas cognições de *coping* e nos comportamentos de *coping*. Por cognições de *coping* entendem aquilo que o indivíduo pensa que faz relativamente à adversidade (aspecto medido pelas escalas do *coping*). Contudo, e ao contrário do que é postulado pela teoria de Leventhal, o *coping* (cognições) não medeia a relação entre representações de doença e comportamentos de *coping* (resultados). Os resultados globais do estudo apontam para o uso de um conjunto de estratégias de *coping* para lidar com a diabetes, o que é congruente com a literatura (ver Macrodimitris & Endler, 2001).

O estudo realizado por Benyamini, Gozlan e Kokia (2004) com uma população de mulheres que se estavam a submeter a um tratamento de infertilidade, tinha como objectivo estudar as representações emocionais, as estratégias de *coping* para lidar com as emoções associadas e as respectivas relações com medidas de distresse e bem estar emocional. A infertilidade não é considerada uma doença crónica, mas uma condição, e é aqui expressa porque os autores explicaram a influência das representações emocionais, à luz do modelo de Leventhal. De relembrar que existe um processamento paralelo de representações cognitivas e emocionais, no seio do modelo de base.

O foco incide nas representações emocionais uma vez que é considerado como o aspecto mais preponderante e com maiores variações nesta população, devido aos sentimentos de perda e frustração associados. Na adversidade emergem múltiplas emoções, positivas e negativas, que interpelam o indivíduo, e tal como foi expresso por Skinner e Zimber-Gembeck (2007), as emoções são um domínio integrante e permanente do processo de *coping*, ligando-se este à regulação emocional.

No que diz respeito aos resultados encontrados (Benyamini, Gozlan e Kokia, 2004), estes estão de acordo com o pressuposto do modelo de auto-regulação, sendo de salientar a presença de um efeito mediador do *coping* entre as percepções de consequências e o distresse emocional.

A existência ou ausência de um efeito de mediação parece estar relacionado com a forma de avaliação do *coping* (Searle e col, 2007; Benyamini, Gozlan & Kokia, 2004). Por outro lado, a metodologia *cross-sectional* não permite identificar a direcção das relações de causalidade. Este é o tipo de metodologia mais utilizada (Hagger & Orbell, 2003).

Kaptein e colaboradores (2006) obtiveram resultados diferentes no que diz respeito ao efeito de mediação do *coping* em indivíduos com doença de Huntington, tal como preconizado no estudo de Scharloo e colegas (1998) com indivíduos com artrite reumatóide, obstrucção pulmonar crónica e psoríase, no qual não foi possível confirmar a hipótese de mediação assumida pelo modelo de Leventhal, Meyer e Nerenz (1980).

O modelo de auto-regulação de Leventhal serviu igualmente como base teórica para o recente trabalho de Timmers e colaboradores (2008) realizado com pacientes com insuficiência renal sujeitos a diálise (hemodiálise ou diálise peritoneal). Os autores partiram do pressuposto que existe uma associação negativa entre uma forte identidade, consequências severas, progressão crónica e funcionamento físico, e que uma elevada percepção de controlo tem uma associação positiva com o funcionamento físico e mental. O estudo corrobora os dados da literatura para esta população-alvo (ver Hagger e Orbell, 2003).

A importância do estudo das representações/percepções e das estratégias de *coping* reside nas repercussões que estas variáveis têm sobre os resultados, ou melhor dizendo, sobre os aspectos físicos, psicológicos e sociais inerentes ao indivíduo. Após reflexão sobre os resultados dos estudos já citados, verifica-se que existe a hipótese das percepções de doença influenciarem de forma directa ou indirecta, através do *coping*, os resultados obtidos. Os resultados globais obtidos pelos estudos parecem estar na dependência da população e no método escolhido.

O estudo realizado por Vaughan, Morrison e Miller (2003), dirigido à Esclerose Múltipla, realça e reforça a ideia da existência de um efeito directo entre os componentes das representações, de acordo com o modelo de Leventhal, e resultados – nível de intrusão, funcionamento físico, depressão e ansiedade e auto-estima.

O modelo das crenças de saúde (Becker & Maiman, 1975, cit. por BrownLee-Duffeck, Peterson, Simons, Kilo, Goldstein & Hoette, 1987) foi usado pelos autores

para explicar a influência das crenças de saúde sobre os resultados – adesão e controlo metabólico – em duas populações de diabéticos insulino-dependentes agrupados por idades. A média de idades do grupo jovem era de 18 anos e a média do grupo mais velho era de 36,8 anos. Concluíram que a adesão e o controlo metabólico no grupo mais velho estão associados às percepções de benefícios e que no grupo jovem, a adesão está associada à percepção de custos e o controlo metabólico às percepções de severidade e susceptibilidade à doença.

Apesar de diferente do modelo apresentado por Leventhal, é possível identificar alguns aspectos comuns e perceber que as percepções influenciam os comportamentos. Além deste aspecto, é de salientar o facto dos resultados estarem associados a diferentes tipos de percepções nos dois grupos, logo é plausível assumir que a idade, no que concerne ao desenvolvimento e tempo de diagnóstico (experiência a lidar com a doença), acompanhe modificações nas crenças de saúde e percepções de doença.

Evolução das percepções de doença e estratégias de *coping*

Uma vez que um dos objectivos é estudar a relação entre as percepções de doença, as estratégias de *coping* e os resultados ao longo do tempo, torna-se necessário compreender como é que estas variáveis tendem a evoluir, isto é, se o factor tempo exercer algum tipo de influência. Perceber a evolução é procurar na literatura estudos que emparelham as variáveis – percepções de doença e resultados; estratégias de *coping* e resultados; e percepções de doença e estratégias de *coping* -, e analisem as suas alterações ao longo do tempo, verificam possíveis influências. De salientar o facto do tipo de resultados alvo variarem consoante o estudo e respectivos autores.

Partindo da ideia expressa por Leventhal, Nerenz e Steele (1984), espera-se que as percepções de doença se modifiquem e evoluam ao longo do tempo, pelo que a necessidade reside em perceber como é que se dá a mudança.

Recuperando o acima mencionado, no estudo de BrownLee-Duffeck, Peterson, Simonds, Kilo, Goldstein & Hoette (1987), os autores recorreram a duas amostras com médias de idade e tempo de diagnóstico diferentes e perceberam que à medida que a idade e a experiência avança, existe uma mudança na percepções de doença que predizem os melhores resultados, isto é, a adaptação do indivíduo do ponto de vista fisiológico.

Contrapondo a investigação anterior, quando consideramos uma população com idades mais aproximadas, verifica-se que as percepções de doença continuam a exercer influencia sobre o ajustamento físico e psicológico ao longo do tempo, porém, não se verifica qualquer alteração das mesmas (Groarke, Curtis, Coughlan & Gsel, 2005). Este estudo foi realizado com uma população de mulheres com artrite reumatóide por um período de 3 anos.

Numa perspectiva semelhante mas com relação às estratégias de *coping*, a revisão de Aldwin e Park (2004) apresenta vários estudos que reforçam a ideia de que o *coping* está intimamente relacionado com os resultados fisiológicos a longo prazo, sendo que os seus efeitos variam consoante o tipo de doença. Por exemplo, verifica-se que a adopção de estratégias de *coping* passivas por parte de indivíduos jovens infectados com VIH/SIDA conduzem, a longo prazo, a um aumento da sintomatologia (Stein & Rotheram-Borus, 2004). Por outro lado, as estratégias de *coping* mais activas estão associadas a melhores resultados quando as condições são tidas como controláveis, o que está de acordo com a literatura.

No que diz respeito aos resultados, a maior parte dos estudos recorre à Hemoglobina glicosilada como a medida mais fiável para avaliar o controlo metabólico. Esta medida já obteve associações modestas com instrumentos de auto-relato da adesão terapêutica, no seio da população diabética de tipo 1 (BrownLee-Duffeck e col., 1987). Neste sentido, o estudo recente de Tsenkova, Love, Singer & Riff (2008) tenta explorar a influência das estratégias de *coping* adoptadas nas oscilações dos níveis de HbA1c ao longo do tempo. A particularidade deste estudo reside na metodologia e no facto de terem recorrido a uma população de mulheres idosas não diabéticas. Partem do pressuposto que as oscilações da HbA1c são igualmente relevantes na população não diabética. Os autores verificaram que a adopção de estratégias de *coping* – activas, apoio social instrumental e eliminação de actividades competidoras – predizem baixos níveis de hemoglobina glicosilada, ao longo do tempo. Acreditam que os dados recolhidos indicam que existe uma maior influência dos factores psicológicos no controlo glicémico, do que contrário. O estudo permite, ao contrário de outros que utilizam uma metodologia “cross-sectional”, tirar conclusões sobre a direcionalidade.

Por fim, e de modo a averiguar sobre as relações entre percepções de doença, estratégias de *coping* e resultados, Llewellyn, McGurk & Weinman (2007), utilizando o modelo de base deste estudo e optando por uma metodologia longitudinal, propuseram-se averiguar sobre a utilidade do modelo para explicar as associações entre as percepções de doença, o *coping* e um conjunto de resultados em doentes com cancro de cabeça e pescoço. Verificaram que as percepções de

doença e as estratégias de *coping* se encontram relacionadas ao longo do tempo e se constituem como bons preditores do conjunto de resultados, num determinado momento, contudo, as associações obtidas nesse momento não se verificam ao longo do tempo, com excepção da variável depressão, para a qual as crenças de duração crónica predizem o seu resultado. Este facto indica que, apesar de potencialmente útil, o modelo do senso comum apresenta algumas limitações na explicação deste tipo de associações ao longo do tempo, neste tipo de doentes, com características bastante particulares.

Síntese

O objectivo central desta monografia prende-se com a compreensão das relações entre as percepções de doença, as estratégias de *coping* e os resultados de adaptação em indivíduos com Diabetes Mellitus de tipo II (DMT2), ao longo do tempo.

A Diabetes Mellitus de tipo II (DMT2) é uma doença crónica, e como tal, o seu diagnóstico introduz na vida do indivíduo exigências relacionadas com a alimentação, o exercício físico, a medicação, a monitorização, entre outras, que este deve satisfazer, de forma a ajustar a doença ao seu estilo de vida. Inicialmente, e como é de esperar, as necessidades não são pessoais, mas impostas. O descontrolo da doença pode conduzir ao aparecimento de complicações em áreas vitais como a cardiovascular, a renal e a oftalmológica, que condicionam de uma forma mais significativa o bem estar do indivíduo. Estas complicações têm, não só repercussões ao nível individual, como ao nível da economia, uma vez que acarretam elevados custos. Este facto é comprovado por estudos que tentaram apreender a dimensão deste fenómeno (Jonsson, 2002; Wild e col., 2004).

Ao longo do tempo, muitas têm sido as variáveis associadas à Diabetes com o objectivo de perceber em que condições a adaptação do indivíduo ao regime terapêutico é mais favorável. Verificou-se que os resultados apresentados são, por vezes, ambivalentes e pouco objectivos, estando na dependência do formato do estudo e do tipo de avaliação. No contexto das variáveis podemos identificar a depressão, a ansiedade, o stresse, as crenças de saúde/doença, as estratégias de *coping*, a auto-eficácia e o locus de controlo.

Uma das particularidades da DMT2 reside no facto da mesma se associar fortemente aos comportamentos do indivíduo, o que leva a pressupor que uma mudança de comportamentos no sentido adaptativo pode melhorar a condição do doente. Contudo, não só os comportamentos influenciam a condição actual do sujeito, também as suas crenças exercem um papel fundamental.

A auto-regulação tem vindo a ser desenvolvida em diversas áreas que criaram para si modelos que explicam de forma mais ou menos adequada os fenómenos. Na área da Saúde, optou-se por usar o modelo do senso comum apresentado por Leventhal, Meyer e Nerenz (1980), modelo este consistentemente estudado e passível de ser aplicado à população em causa.

Segundo este modelo, os indivíduos tendem a construir representações baseadas em várias fontes de informação, de forma a dar significado aos

acontecimentos, contudo, as suas percepções são exactamente isso, suas, e devem ser compreendidas no seio de um contexto e experiência de vida. Perante um acontecimento ameaçador ou desafiante, o indivíduo cria, paralelamente, representações cognitivas e emocionais que lhe permitam compreender a situação.

O ponto de vista clínico, a diabetes enquanto doença crónica, é considerada como controlável, contudo, a percepção de cada um pode não contemplar esta possibilidade. É aqui que começa a fazer sentido o estudo das percepções de doença em todo o processo de auto-regulação. Neste caso, a auto-regulação deve ser entendida como uma integração consciente e deliberada de um conjunto de exigências que, a partir do momento que fazem parte do indivíduo deixam de o limitar de forma externa e passam a englobar a sua vivência. Qualquer uma das situações é acompanhada por emoções que também devem ser tidas em conta, uma vez que desempenham um papel fundamental neste processo.

O modelo permite-nos perceber, por um lado, que o facto de o indivíduo assumir que a sua doença é controlável, indica que ele não associa um elevado número de sintomas à sua doença, considera-a como tendo menos impacto e como sendo menos crónica, e por outro lado, que ao possuir determinadas crenças implica a adopção de determinadas estratégias, por exemplo, os indivíduos que, no mesmo sentido, acreditam que a sua doença pode ser controlável, tendem a adoptar estratégias mais activas para lidar com a situação, o que lhes permite, em último caso, uma melhor adaptação à doença.

Tal como pode ser provado, a mudança comportamental apesar de altamente possível, implica verdadeiros esforços na transformação do comportamento actual no comportamento desejado. Este processo é normalmente dirigido por objectivos, que conduzem o indivíduo por um conjunto de etapas, durante as quais há a possibilidade de avaliar o estado actual, comparativamente com o estado inicial e/ou estado final. O processo pode ser pautado por avanços e recuos, envolvimento e desistências, que estão na dependência do indivíduo. Concretizando, o indivíduo pode considerar que o objectivo a que se propôs não faz sentido ou colide com outros mais prioritários e desvincula-se, ou pode aperceber-se que os meios que mobilizou para concretizar as suas intenções não são os mais adequados e necessita de repensar a sua estratégia. Tudo isto é possível no seio do processo de auto-regulação, sendo que o que o torna tão complexo e dinâmico é a extensão a todas as áreas em que o indivíduo se estabelece e desenvolve.

Tal como foi referido inicialmente nesta secção, a adaptação à diabetes implica a adopção de um conjunto de exigências inerentes à condição e o *coping* é compreendido, na definição de Lazarus e Folkman (1984), como os esforços que o

indivíduo faz para conseguir lidar com as exigências que ele considerou como limitadoras ou que excedem os recursos disponíveis. Desta forma, a fase inicial do diagnóstico da Diabetes implica que o indivíduo compreenda se o que lhe é pedido é mais do que ele pode conseguir e se os recursos que tem lhe permitem fazer face às necessidades. Esta consciencialização conduz o indivíduo a dar respostas, mais ou menos adequados conforme a sua avaliação e contexto.

Segundo a literatura consultada, e de um ponto de vista geral, as estratégias orientadas para o problema revelam-se mais adequadas em situações controláveis e passíveis de serem alteradas e conduzem a melhores resultados, enquanto que as estratégias orientadas para as emoções parecem mais adequadas em condições não controláveis e inalteráveis, considerando-se benéficas quando utilizadas a curto prazo.

A complexidade do estudo do *coping* prende-se com as inúmeras possibilidades de resposta perante uma situação, e com a forma como os muitos autores organizaram essas respostas e as avaliam. A taxonomia mais aceite é a postulada por Lazarus e Folkman (1984), que agrupam as respostas em duas categorias – *coping* orientado para o problema e *coping* orientado para as emoções. Outros têm dado os seus contributos para um melhor entendimento do construto, tal como Skinner e colaboradores (2003), que postulam que a estrutura do *coping* será melhor compreendida adoptando um visão hierárquica, com diferentes níveis de abstracção – instâncias → estratégias de *coping* → famílias de *coping* – cujo objectivo é conseguir uma aproximação aos processos adaptativos.

Relativamente à avaliação, muitos são os instrumentos que podem ser usados na área do *coping*, os quais oscilam entre disposicionais e situacionais, retrospectivos e imediatos, e gerais e específicos, e cuja dificuldade reside exactamente na escolha do instrumento mais adequado para medir o fenómeno em causa.

A essência do modelo de Leventhal reside na integração de dois construtos que se revelam intrinsecamente associados, uma vez que as representações pessoais orientam a escolha das estratégias adoptadas para lidar com a situação, ao mesmo tempo que a avaliação das estratégias permitem rectificar o curso da acção de forma a atingir os objectivos de forma mais eficiente.

Além de se poderem considerar processos paralelos, que, em determinados momentos, se estreitam e se influenciam, o *coping* é tido como um processo mais ao nível do imediato, enquanto que a auto-regulação requer um maior nível de esforço e abstracção, cujas implicações só se materializam a médio e a longo prazo.

Por motivos de complexidade não é possível estudar a auto-regulação e o *coping* em toda a sua extensão, pela que a opção por parte mais elementares, mas não menos dinâmicas é uma orientação adequada. Assim sendo, na auto-regulação, foram seleccionadas as percepções de doença e no *coping* foram seleccionadas as estratégias de *coping*.

Nos seio dos estudos que analisam conjuntamente as percepções de doença, estratégias de *coping* e resultados, verificam-se várias possibilidades, nomeadamente, da existência de um efeito directo entre as percepções e os resultados e da existência de um efeito de mediação apenas parcial em alguns dos estudos, demonstrando a presença de limitações na constatação e explicação do efeito de mediação postulado no modelo de referência.

Estes são os dados que são conhecidos quando se pretende estudar as variáveis num exacto momento, mas o objectivo final é compreender como é que evoluem e que influências exercem com o passar do tempo. É certo que os estudos existentes não vão conseguir cobrir a vida completa de um conjunto de indivíduos, assim sendo é preciso tornar o mais rigoroso possível o estudo de uma parcela, que corremos riscos se designarmos como significativa da vida do indivíduo.

Adoptando uma metodologia longitudinal, os autores permitem-se ultrapassar alguns obstáculos de interpretação colocados pela metodologia *cross-sectional*, e retirar assim conclusões sobre a direcionalidade das relações.

Quando consideramos a evolução das percepções de doença, estratégias de *coping* e resultados, a literatura não é muito extensa devido às limitações e custos dos estudos longitudinais, contudo foi possível retirar algumas ideias. Parecem ocorrer mudanças nas percepções de doença ao longo do tempo, contudo, não é possível identificar o intervalo necessário para verificar essas diferenças. Verifica-se, igualmente, que as variáveis percepções de doença e estratégias de *coping* se associam ao longo do tempo, porém têm alguma fragilidade na previsão de acontecimentos futuros, de acordo com o modelo de senso comum.

III - Metodologia

Questões de Investigação

No âmbito dos estudos que tentam compreender os mecanismos que promovem e/ou inibem a adaptação dos indivíduos com diabetes de tipo II, não insulino-dependentes, ao longo do tempo, é necessário especializar a investigação, uma vez que o número de variáveis possíveis de ser estudadas ascendem a um elevado número. Dentro desta perspectiva, optou-se por estudar apenas duas variáveis, as percepções de doença e as estratégias de *coping*, individualmente e em conjunto, para responder à questão orientadora deste estudo: *Qual o papel das percepções de doença e das estratégias de coping na adaptação do indivíduo com diabetes mellitus de tipo II, ao longo do tempo?*

Esta questão é tão central exactamente porque a Diabetes é uma doença crónica, que acompanhará o indivíduo ao longo da sua vida daí fazer sentido estudar a evolução de quaisquer das variáveis nesta população. Além deste aspecto, os estudos indicam que as conceptualizações que o indivíduo constrói sobre a realidade, e neste caso sobre a sua doença, têm repercussões decisivas nos comportamentos do mesmo, e consecutivamente, a sua adaptação. É necessário não esquecer que a diabetes é uma doença intrinsecamente conectada com os comportamentos..

Objectivos e Hipóteses

O objectivo central do estudo é compreender como se relacionam as percepções de doença, as estratégias de *coping* e os resultados do ponto de vista físico e psicológico, ao longo do tempo, em indivíduos diagnosticados com Diabetes Mellitus de tipo II.

Os objectivos deste estudo reflectem um interesse pessoal em apreender a Diabetes e os obstáculos e desafios com que se deparam os indivíduos com DMT2, e expressa igualmente a importância do estudo a nível internacional, uma vez que a percentagem de pessoas diagnosticadas tem vindo a aumentar nos últimos anos e estima-se que este número continue a crescer. A Diabetes é um dos percursos do aparecimento das doenças cardiovasculares, tidas como a principal causa de morte em Portugal.

De acordo com a questão central desta investigação, foram estipuladas hipóteses em consonância com a literatura revista e que permitissem igualmente ir além dos dados conhecidos, utilizando uma metodologia mais adequada.

Relativamente ao primeiro aspecto, este diz respeito às relações estabelecidas entre percepções de doença e resultados de adaptação e estratégias de *coping* e resultados de adaptação. No final pretende-se averiguar se estas duas variáveis independentes influenciam de forma directa os resultados de adaptação, que se constitui como a variável dependente.

A ideia subjacente a esta hipótese é a tentativa de compreender de que forma as percepções de doença e as estratégias de *coping*, quando estudadas isoladamente, conseguem só por si, explicar a adaptação dos indivíduos com DMT2. De acordo com o estudo de revisão elaborado por Hagger e Orbell (2003) sobre o modelo de auto-regulação de Leventhal, Meyer e Nerenz (1980) concluíram que os indivíduos que acreditavam que a sua doença tinha um elevado impacto na sua vida, que associavam vários sintomas à sua condição e acreditavam igualmente numa progressão crónica da mesma apresentavam relatos de menor adaptação, contrariamente aos que acreditam ter o poder de melhorar a sua condição.

Dentro desta perspectiva, Carlisle e col. (2005), Searle e col. (2007) e Timmers e col. (2008), com diferentes populações constataram as influências das percepções de doença, e dos seus componentes, sobre o funcionamento do indivíduo.

A segunda hipótese aponta para a existência de um efeito de moderação exercido pela associação entre as percepções de doença e as estratégias de *coping* sobre a adaptação. O objectivo é perceber se quando estudar de forma associada, a influencia exercida tem um efeito mais significativo.

Relativamente à literatura e dos dados conhecidos não existem estudos que tenham averiguado sobre a presença de um efeito de moderação, contudo, têm-se verificado que a existência de um conjunto de percepções desencadeia a utilização de determinadas estratégias de *coping*. Este facto foi comprovado pela meta-revisão de Hagger e Orbell (2003).

Esta hipótese será testada de uma forma exploratória, no sentido de compreender de outro ponto de vista o comportamento das variáveis.

A primeira, segunda e terceira hipótese estão intimamente associadas.

O modelo de Senso Comum aqui explicitado pressupõe um efeito de mediação exercido pelo *coping* entre as representações de doenças e a adaptação. Verificou-se contudo que os resultados dos estudos realizados nesta área apresentam resultados divergentes.

Nos estudos elaborados pelos investigadores Carlisle e colaboradores (2005) e Benyamini, Gozlan e Kokia (2004), os resultados apenas confirmaram a presença de efeitos de mediação parciais, enquanto que nos estudos de Kaptein e col. (2006) e Sharloo e col. (2008) não emergiu qualquer efeito de mediação.

Neste sentido, tornou-se óbvia a necessidade de esclarecer esta questão, assumindo o que proposto pelo modelo de referência, recorrendo a uma metodologia que permite retirar informações sobre a causalidade das relações.

É a quarta e última hipótese que dá suporte a toda a investigação aqui desenvolvida, uma vez que o objectivo é compreender o comportamento das variáveis ao longo do tempo em que o indivíduo se debate com a DMT2.

Os autores BrownLee-Duffeck e colaboradores ao investigarem sobre as diferenças ao nível das percepções de doença que explicam os melhores resultados de adaptação – hemoglobina glicosilada - , verificaram que a experiência com a doença produz mudança nas percepções. Não foram capazes contudo de explicar o mecanismo subjacente. Por outro lado, quando analisados intervalos de tempo mais curtos, parece não haver qualquer alteração nas percepções, porém estas continuam a exercer influencia sobre a adaptação (Groarke e col, 2005). O último estudo foi realizado com uma população de mulheres com artrite reumatóide, aspecto este que, pelas suas características, pode conduzir a resultados diferentes.

Aldwin e Park (2004) estudaram oscilações das estratégias de *coping* ao longo do tempo e verificaram que o uso de determinadas estratégias predizem a longo prazo melhores resultados na adaptação. Com recurso à hemoglobina glicosilada, Tsenkova e col. (2008) puderam igualmente associar a utilização de estratégias de *coping* com as oscilações da medida, ao longo do tempo.

Integrando as duas variáveis e testando o modelo de referência, Llewellyn, McGurk & Weinman (2007) conseguiram compreender que as percepções de doença e o *coping* se associam ao longo do tempo, contudo, a sua associação não consegue predizer de forma suficiente a adaptação no futuro.

A ideia subjacente a esta hipótese é clarificar os aspectos acima mencionados, mantendo-nos fiéis ao modelo usado como referência.

Em suma, no final deste estudo pretende-se confirmar as seguintes hipóteses:

1. As percepções de doença e as estratégias de *coping* têm uma influência directa sobre os resultados de adaptação à Diabetes Mellitus de tipo 2 (DMT2).

2. As percepções de doença e as estratégias de *coping* quando associadas têm um efeito moderador nos resultados de adaptação (Efeito de moderação).
3. O *coping* exerce um efeito mediador entre as percepções de doença e os resultados de adaptação à DMT2 (Efeito de mediação).
4. A relação entre as estratégias de *coping* e as percepções de doença alteram-se ao longo do tempo, influenciando os resultados da adaptação.

População, amostra e participantes

A população-alvo deste estudo são os indivíduos, do sexo masculino e feminino, diagnosticados com Diabetes Mellitus de tipo II (não insulino-dependentes), há pelo menos 6 meses e há menos de um ano, com idade média de 40 anos, e que não sofram de qualquer outra doença crónica ou condição clínica. O estabelecimento dos critérios acima mencionados permite a homogeneização da amostra.

De acordo com os estudos empíricos consultados, os seus autores optam por estudar indivíduos com um tempo de diagnóstico superior a 6 meses, pois consideram este período como o intervalo aceitável para a adaptação pessoal à nova condição e é por este motivo que estabelecemos este pré-requisito. A amostra incluirá indivíduos com idade média de 40 anos, uma vez que a DMT2 é habitualmente diagnosticada entre os 40 e os 60 anos.

Existe igualmente a necessidade de garantir que nenhum dos indivíduos possui outra doença crónica, tenha desenvolvido ao início do estudo qualquer complicação derivada do inadequado controlo glicémico ou apresente qualquer condicionante clínica, que possa interferir com os resultados. Pretende-se que os resultados sejam derivados tanto quanto possível da presença da Diabetes de tipo 2.

Os dados sobre a amostra serão recolhidos através da construção de um questionário de identificação, que englobe o sexo, data de nascimento, tempo de diagnóstico, antecedentes familiares, escolaridade e outros que se revelem importantes para uma caracterização rigorosa da amostra.

A dimensão da amostra deverá ser suficiente, de forma a superar as desistências e exclusões ao longo do estudo (12 meses). Serão excluídos da amostra todos os participantes que durante o período experimental experienciem acontecimentos de vida não normativos (ex. falecimento do cônjuge, desenvolvimento de uma complicação clínica).

Relativamente à recolha da amostra, coloca-se a hipótese de ser recrutada das consultas de Endocrinologia dos hospitais públicos e junto das entidades privadas e das associação de diabéticos portugueses, constituindo-se como uma amostra de conveniência, não representativa da população diabética..

Investigação (Desenho)

A investigação irá reflectir um estudo do tipo longitudinal, uma vez que se verifica que os estudos apresentados até ao momento que relacionam as variáveis em causa – percepções de doença, estratégias de *coping* e resultados de adaptação – têm recorrido com maior incidência a metodologias “*cross-sectional*”, que não permitem retirar conclusões sobre a direcionalidade das influências existentes e sobre as repercussões dos mecanismos de feedback no comportamento e percepções. Além do facto mencionado, uma vez que se trata de uma doença crónica, parece pertinente compreender como evoluem as variáveis ao longo do tempo, após o diagnóstico. Era à partida expectável a existência de um menor número de estudos longitudinais visto implicarem um maior dispêndio de tempo, de recursos e de esforços.

Adoptando uma metodologia longitudinal, o mesmo grupo de participantes será avaliado no que diz respeito às variáveis percepções de doença, estratégias de *coping* e resultados em três momentos distintos – início (momento 0), após 6 meses (momento 1) e após 12 meses (momento 2). Este facto permite acompanhar a evolução dos indivíduos por dois anos, de acordo com os intervalos de tempo de diagnóstico estipulados (Momento 0: 6 meses – 12 meses; Momento 1: 12 meses – 18 meses; Momento 2: 18 meses – 24 meses). O primeiro momento de avaliação servirá como referência/ ponto de partida (*baseline*).

O esquema apresentado na figura 2 pretende representar um estudo mais abrangente do que o proposto, uma vez que apenas se estudará as relações em sentido directo. Assim sendo, no estudo actual excluí-se a compreensão da influência exercida pela interpretação dos resultados por parte do indivíduo sobre as suas percepções de doença e estratégias de *coping* adoptadas. Supõe-se que o estudo da direcção inversa – mecanismos de feedback – permitiria retirar conclusões úteis sobre o conjunto de relações, mas o mesmo implicaria um conjunto de exigências mais complexo.

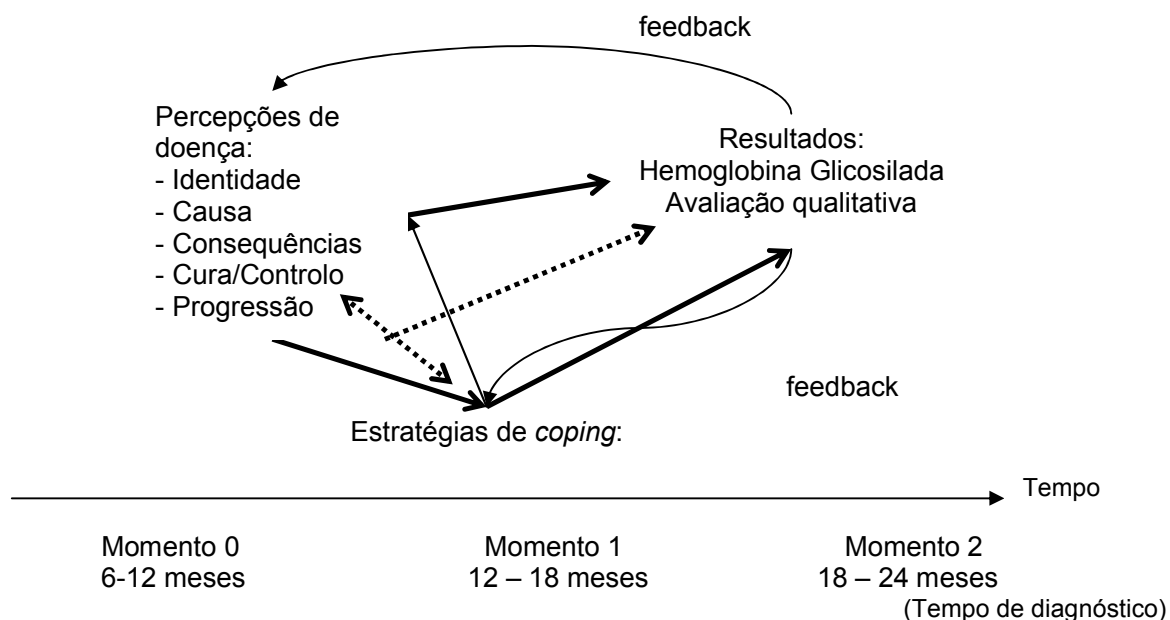


Figura 2 – Esquema representativo das relações entre as variáveis (sentido directo e sentido inverso)

O esquema acima apresentado (figura 2) reflecte igualmente duas possibilidades (ver figura 3). O objectivo do estudo é averiguar sobre a presença ou ausência, total ou parcial, do efeito de moderação e mediação.

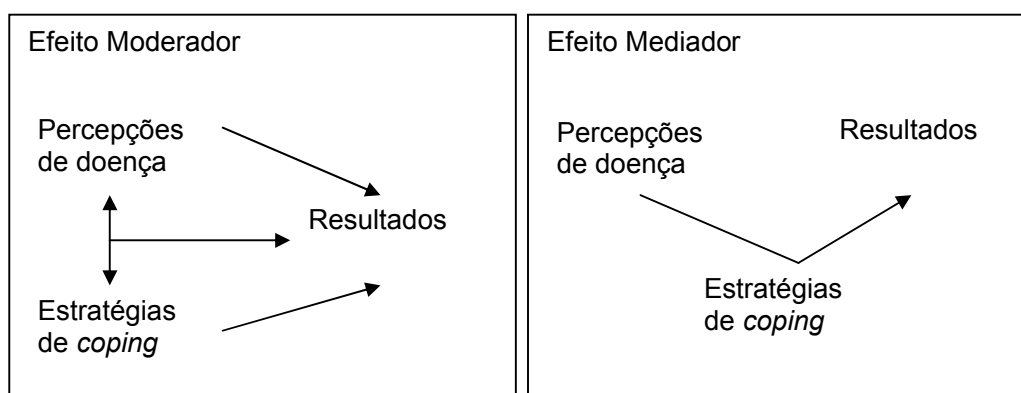


Figura 3 – Esquema representativo do efeito de moderação e do efeito de mediação

Técnicas e Instrumentos de recolha e tratamento de dados

A qualidade e a fiabilidade de uma investigação está associada à fundamentação teórica, à selecção das técnicas e instrumentos que dêem origem a resultados que, tanto quando possível, expressem a essência do fenómeno em estudo, à utilização de um sistema de tratamento de dados e à interpretação objectiva e cuidada das informações obtidas.

Técnicas e Instrumentos de recolha de dados

De forma a atingir os objectivos formulados para este estudo, os instrumentos de recolha de dados foram seleccionados de acordo com a revisão de literatura realizada e remetem para a análise das três variáveis – percepções de doença, estratégias de *coping* e resultados (adaptação).

A avaliação das representações/percepções de doença será realizada com recurso ao *Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)* (Moss-Morris e col., 2002), instrumento desenvolvido com o objectivo de ultrapassar os problemas psicométricos encontrados na escala que lhe serviu de base - *Illness Perception Questionnaire (IPQ)* (Weinman e col., 1996), de integrar a componente emocional negligenciada no IPQ e de revelar a coerência das representações do indivíduo com a introdução de uma sub-escala.

O IPQ-R, tal como o seu precursor, tem por base o modelo de auto-regulação apresentado por Leventhal e avalia as percepções de doença de acordo com os 5 componentes base – identidade, causa, consequências, evolução e cura/controlo.

A escala encontra-se dividida em 3 áreas. A primeira área diz respeito ao componente identidade e apresenta-se através de uma lista de 12 sintomas¹³, sobre os quais o participante deve responder a duas perguntas: “Desde o início da minha doença já tive ou tenho sentido este sintoma?” e “Este sintoma está relacionado com a minha doença?”. As possibilidades de resposta são Sim ou Não. A segunda área engloba as sub-escalas duração (aguda/crónica), consequências, controlo pessoal,

¹³ Dores, dores de garganta, náuseas, falta de ar, perda de peso, fadiga (cansaço), rigidez nas articulações, olhos inflamados, dificuldade em respirar, dores de cabeça, indisposição de estômago, dificuldade em dormir, tonturas e perda de forças.

controlo do tratamento, duração cíclica, representação emocional e coerência da doença, que no total correspondem a 38 itens. Os itens são apresentados sequencialmente e o indivíduo deve assinalar para cada item o seu acordo ou desacordo, recorrendo a uma escala de Likert de 5 pontos – *discorda plenamente, discorda, não discorda nem concorda, concorda e concorda plenamente*. A terceira área integra os aspectos relacionados com as causas. São identificadas 18 causas que oscilam entre atribuições psicológicas, factores de risco, imunidade e acaso/destino. As causas são apresentadas e para cada uma delas o indivíduo deve atribuir uma classificação numa escala de Likert com 5 parâmetros – *concorda plenamente; concorda, não concorda nem discorda; discorda, discorda plenamente*. Após esta classificação, é pedido que o participante enuncie e organize por ordem de importância as causas mencionadas ou outras que lhe pareçam relevantes, como causadoras do aparecimento da sua condição.

O IPQ-R tenta apreender as percepções de doença, em diferentes níveis, e permite-nos retirar conclusões, uma vez feita a cotação, valores elevados nas subescalas de identidade, duração (aguda/crónica), consequências e duração (cíclica) indicam, respectivamente, que os indivíduos acreditam que a doença está fortemente relacionada com os seus sintomas, que a condição é crónica, implica consequências negativas para a sua vida e apresenta uma natureza cíclica. Além destes aspectos, valores elevados nas subescalas de controlo pessoal, de controlo de tratamento e da coerência de doença apontam para uma percepção de controlabilidade da doença e a coerência das suas representações.

A escolha deste instrumento reside no facto do mesmo estar traduzido para a população portuguesa. De acordo com os dados existentes, e apesar de não estar adaptado para a população diabética de tipo II portuguesa (DMT2), este instrumento tem-se revelado adequado, tendo sido igualmente utilizado em outros estudos no âmbito da saúde. Além deste facto, a validação do IPQ-R foi feita com recurso a sete tipos de doença, entre as quais a diabetes mellitus de tipo 2, tendo obtido bons resultados do ponto de vista psicométrico.

De salientar que é um instrumento que pode ser aplicado a um conjunto de doenças, assim sendo, neste caso o único cuidado a ter é reforçar que os vários componentes devem ser respondidos de acordo com a doença em estudo.

Relativamente à avaliação das estratégias de *coping* está será realizada com recurso ao *Coping Strategies Inventory* (CSI)¹⁴, desenvolvido e refinado por Tobin e colaboradores (1982, 1989). Dentro de uma perspectiva de estrutura hierárquica do

¹⁴ Por questões de ordem prática, será mantida a designação original.

coping, este parece ser o instrumento mais adequado, apesar de se revelar desactualizado (Skinner e col., 2003). O inventário foi derivado a partir do *Ways of Coping Checklist*, criada por Folkman e Lazarus de acordo com a sua teoria (1984).

O CSI é um instrumento constituído por 73 itens, os quais o indivíduo deve classificar de acordo com a frequência que utiliza determinada resposta ou tem determinado sentimento perante um acontecimento stressante ou desafiador com que se depara no seu quotidiano. Para tal, o indivíduo tem à sua disposição uma escala de Likert de 5 pontos, onde o 1 significa *nunca*, o 2 significa *raramente*, o 3 significa *às vezes*, o 4 significa *frequentemente* e o 5 significa *com muita frequência*.

A sua estrutura hierárquica inclui três tipos de factores. Os factores primários integram a resolução de problemas, a reestruturação cognitiva, a expressão emocional, o apoio social, o evitamento, o pensamento fantasioso/mágico (*wishful thinking*), auto-crítica e o afastamento social (*social withdrawal*), que se agrupam segundo 4 factores secundários e 2 factores terciários concordantes, respectivamente, com as teorias de Lazarus e Folkman (1984) e com as teorias de Scheier e colaboradores (1986).

O instrumento irá avaliar as características disposicionais do indivíduo e constituiu-se como uma medida de carácter geral e retrospectivo. Coloca-se a hipótese de pedir ao sujeito que responda ao inventário tendo em conta as ameaças e desafios provocados pela diabetes (DMT2), uma vez que é apenas esta temática que se pretende estudar. De salientar, que este tipo de alterações deve ser tida em conta na interpretação dos resultados.

A avaliação das estratégias de *coping* será realizada com recurso ao instrumento acima citado, que apesar de apresentar boas qualidades psicométricas e de se aproximar convenientemente de uma taxonomia hierárquica multidimensional, não acompanhou os estudos do *coping*. Assim sendo, e uma vez que o estudo não será posto em prática, deixo em aberto a possibilidade de rectificar a escolha do instrumento, caso surja entretanto algum que apresente resultados psicométricos relevantes e expresse uma visão hierárquica contemporânea.

No que diz respeito à avaliação dos resultados, optou-se por utilizar uma medida de carácter fisiológico – Análise da Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) - , de forma a incluir uma medida objectiva e quantitativa da adaptação, com resultados demonstrados em outros estudos. A hemoglobina glicosilada permite-nos verificar a presença de oscilações nos níveis de glicose presente na corrente sanguínea ao longo de 4-8 semanas. Os níveis devem estabelecer-se abaixo de 6,5%.

Paralelamente à medida quantitativa, revelou-se adequado introduzir uma medida de carácter qualitativo para avaliar o grau de adaptação do indivíduo à sua condição crónica. A avaliação será feita com recurso a duas questões:

1. *De 0-100, em que grau se considera adaptado à diabetes (diabetes mellitus de tipo II)?*

Esta primeira questão permite objectivar a percepção de adaptação à condição e possibilita o posicionamento dos indivíduos num contínuo.

2. *Que dificuldades experiencia a nível pessoal, social e profissional pelo facto de ter diabetes (diabetes mellitus de tipo II)?*

A segunda questão permite, em primeiro lugar, identificar um conjunto de dificuldades experienciadas pela população diabética de tipo II e, em segundo lugar, contextualizar como é que este conjunto de dificuldades influencia o quotidiano do indivíduo nas três áreas – pessoal, social e profissional - de uma forma mais descritiva.

A questão parte do pressuposto que existem dificuldades, contudo tal pode não acontecer, logo uma resposta do tipo “não tenho quaisquer dificuldades” é passível de ser recolhida. Este facto pode corresponder a várias realidades, que devem ser tidas em conta. Por um lado, pode corresponder a um bom nível de adaptação por parte do indivíduo ou, por outro lado, à resistência ou falta de reflexão. De forma a contrariar este último aspecto, é preciso incitar o participante a desenvolver.

A recolha de dados sobre a adaptação deve ser gravada em formato áudio logo é para tal necessário solicitar a autorização do participante, clarificando o objectivo do procedimento.

Técnicas e Instrumentos de tratamento de dados

Análise Estatística e Análise de Conteúdo

A primeira etapa do tratamento de dados engloba a caracterização da amostra, isto é, utilizando dados reais dos participantes, seria útil apresentar um quadro com informações relativas ao número total de participantes, número de participantes do sexo masculino, número de participantes do sexo feminino, níveis de escolaridade do conjunto, média de idades, e outros dados igualmente recolhidos no questionário inicial. Este tipo de análise e as subsequentes serão realizadas com o apoio do programa estatístico SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*.

Antes de passar ao segundo momento, é preciso clarificar que o tratamento de dados só pode ser feito se as variáveis forem adaptadas e operacionalizadas do ponto de vista estatístico para que tal aconteça. A escolha das técnicas e respectivos instrumentos prende-se com as características das variáveis, nomeadamente, com a sua escala de medida – nominal, ordinal, intervalar ou de razão. Neste estudo, as variáveis e os respectivos componentes são medidos em escalas diferentes, o que implica um aumento da complexidade.

Quadro 3 – Identificação das variáveis (e sub-variáveis), do tipo de resposta e da escala de medida

	Variável	Resposta	Escala de medida	
Percepções de doença	Identidade	Sim/Não	Nominal	
	Duração (aguda/crónica)	Escala de Likert (5 pontos) ¹⁵	Ordinal	
	Duração (cíclica)		Ordinal	
	Controlo pessoal		Ordinal	
	Controlo do tratamento		Ordinal	
	Representação emocional		Ordinal	
	Coerência da doença		Ordinal	
	Causas psicológicas		Ordinal	
	Estratégias de coping	Factores de risco	Escala de Likert (5 pontos)	Ordinal
		Causas imunológicas		Ordinal
		Causas acidentais (ao acaso)		Ordinal
		Resolução de problemas		Escala de Likert (5 pontos) ¹⁶
- Reestruturação cognitiva	Ordinal			
- Expressão emocional	Ordinal			
- Apoio social	Ordinal			
- Evitamento de problemas	Ordinal			
- Pensamento fantasioso	Ordinal			
- Auto-crítica	Ordinal			
- Isolamento social	Ordinal			
Adaptação	- Hemoglobina Glicosilada (HbA1c)	≤ 6,5 %/ > 6,5% → 1/0	Nominal	
	- De 0 a 100, em que grau se considera adaptado à diabetes (DMT2)?	0-100	Métrica	
	- Que dificuldades experiencia a nível pessoal, social e profissional pelo facto de ter DMT2?	Tabela de frequência 0/1	Nominal	

A segunda etapa consiste em analisar o comportamento das variáveis recorrendo às medidas de tendência central e medidas de dispersão. De acordo com

¹⁵ *Discorda plenamente, Discorda, Não discorda nem concorda, Concorda, Concorda plenamente.*

¹⁶ *Nunca, Raramente, Às vezes, Frequentemente, Com muita frequência*

os critérios estatísticos, para variáveis medidas em escala nominal é possível estabelecer a moda, para variáveis medidas em escala ordinal é possível identificar a moda e a mediana e para variáveis medidas em escala intervalar é possível obter resultados da moda, mediana e média (Argyrous, 2000)

Ainda nesta fase, podemos retirar conclusões sobre a evolução das variáveis, pois podemos analisá-las nos três momentos e verificar a presença ou ausência de mudanças nas medidas acima citadas.

Na terceira etapa do estudo investigar-se-á a relação entre as variáveis – percepções de doença, estratégias de *coping* e adaptação - nos diferentes momentos estipulados. Para estudar a relação entre duas variáveis optou-se pela utilização das medidas de associação escolhidas de acordo com a escala de medida das variáveis (Argyrous, 2000):

- Para estudar a relação entre variáveis nominais, pode usar-se o coeficiente de correlação V de Cramer, sendo este substituído pelo coeficiente Phi, no caso das variáveis serem dicotômicas.

- Para estudar a relação entre variáveis ordinais pode recorrer-se ao coeficiente de correlação ordinal de Spearman. Neste caso, a correlação será tanto mais forte, no sentido negativo ou positivo, quanto mais se aproximar de -1 ou 1.

- Para estudar a relação entre variáveis, nas quais uma delas é métrica e a outra dicotômica, recorre-se ao coeficiente bisserial por pontos.

- Para estudar a relação entre variáveis métricas, o mais adequado será utilizar ao coeficiente de correlação de Pearson.

Após o estabelecimento dos coeficientes de correlação, é necessário fazer as comparações entre os momentos (momento 0 – momento1 e momento 1 – momento 2) e caso se encontrem diferenças será útil compreender quais os factores que possuem um maior impacto.

A quarta etapa do estudo tem como objectivo averiguar sobre a presença ou ausência dos efeitos de mediação e moderação. O estudo deste tipo de efeitos pode revelar-se complexo. Os métodos estatísticos habitualmente utilizados designam-se por Equações Estruturais (SEM), que para serem aplicados necessitam que determinados requisitos sejam preenchidos, nomeadamente que as variáveis apresentem distribuições normais, o que nem sempre é possível no seio das ciências psicológicas, e este estudo não é excepção. Como alternativa, existe um método recente denominado por PLS – *Partial Least Squares*, que se constitui como menos exigente, contudo também menos potente nas suas previsões.

De acordo com o PLS o número de participantes necessários é estimado através do número de variáveis. Assim sendo, e uma vez que cada variável integra

vários componentes, o número de sujeitos pode ascender a um valor considerável, o que pode constituir como um obstáculo.

Dentro de uma perspectiva ideal, seria relevante estudar todas as relações estabelecidas entre o conjunto de variáveis, contudo este facto, tal como mencionado, pode relevar-se difícil, assim sendo, do ponto de vista prático coloca-se a hipótese de recorrer apenas algumas das variáveis para estudo. A escolha estaria em concordância com as análises preliminares. Ainda no seio de uma perspectiva ideal, o objectivo final era obter uma trajectória de evolução que nos permitisse prever se existe ou não mudanças e se essas mudanças podem ser explicadas pelo desenrolar do tempo.

Outro aspecto prende-se com a avaliação da adaptação do indivíduo com DMT2 que será realizada de duas formas. Em primeiro lugar, a avaliação será feita através da análise da hemoglobina glicosilada (HbA1c), cujos resultados são expressos em percentagem, e cuja interpretação surge após comparação entre o valor obtido e o valor máximo adequado. O valor máximo adequado corresponde a 6,5% (Walker & Rodgers, 2006).

Num segundo momento, a avaliação incidirá sobre as respostas dos indivíduos a duas questões, uma de carácter mais objectivo e outra de carácter mais descritivo. A análise da resposta à segunda interrogação será realizada com recurso à técnica de análise de conteúdo. A resposta à primeira questão dispensa este tipo de análise.

A análise de conteúdo é uma técnica que, nas palavras de Berelson (cit. por Estrela, 1986), tem como objectivo estabelecer *uma descrição objectiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifesto da comunicação (p.110)*.

Esta técnica é constituída por três etapas essenciais que são a pré-análise, durante a qual existe todo um processo de preparação do material e definição de objectivos a alcançar, a exploração do material, que se constitui com a fase de análise propriamente dita, e o tratamento dos resultados e interpretação (Bardin, 1979).

No seio da análise de conteúdo é necessário definir as unidades de contexto e as respectivas unidades de registo. As unidades de contexto constituem-se com a unidade de compreensão e, correspondem, normalmente, a um documento ou a uma porção dele, que apresente dimensão suficiente para ser analisado, e que integre as unidades de registo. As unidades de registo são a unidade de base, a porção mínima que será utilizada para análise e, assim sendo, corresponde à unidade de significação.

Neste caso, em específico, a unidade de contexto corresponde à resposta integral do indivíduo e a unidade de registo será a afirmação. Espera-se, no final, obter um conjunto de unidade de registo agrupadas de acordo com as suas características, por exemplo, se dizem respeito às dificuldades pessoais, sociais ou profissionais. É expectável que surjam subgrupos no seio dos grupos citados. Por motivos de análise estatística, as subcategorias serão convertidas em frequências, isto é, do conjunto de dificuldades identificadas pelos participantes, quais as que o indivíduo teve/tem (=1) e não teve/não tem (=0).

De forma a garantir uma maior coerência, a análise será conduzida simultaneamente por 3 investigadores.

Paralelamente ao teste das hipóteses formuladas, poderia ser interessante averiguar o grau de correspondência entre uma avaliação objectiva – Hemoglobina glicosilada – e uma avaliação subjectiva – questões sobre a adaptação para o conjunto de participantes.

IV - Discussão

Resultados

Um vez que se trata de um estudo hipotético não existem resultados reais e, os mesmos não podem ser analisados do ponto de vista estatístico, assim sendo este tópico irá integrar os possíveis resultados da investigação, percorrendo as várias hipóteses e as respectivas consequências do ponto de vista teórico e prático.

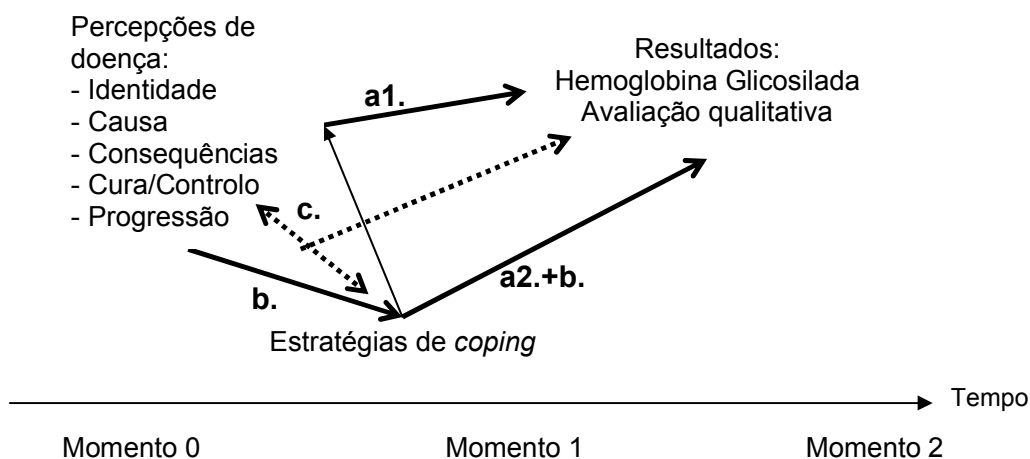


Figura 4 – Esquema de apoio à explicação dos resultados da investigação

De acordo com a Figura 4, **a1** representa o efeito directo exercido pelas percepções de doença sobre os resultados de adaptação, a **a2** representa o efeito directo exercido pelas estratégias de *coping* sobre os resultados de adaptação, **b** representa o efeito de mediação exercido pelas estratégias de *coping* e **c** representa o efeito de moderação das percepções de doença e estratégias de *coping* sobre os resultados de adaptação.

No que diz respeito a **a1.**, o tratamento dos dados pode revelar duas realidades, a existência ou a ausência de uma relação significativa entre as percepções de doença (identidade, causas, consequências, cura/controlo e progressão) e os resultados de adaptação. Caso se verifique um efeito directo, as percepções de doença influenciam por si só os resultados, e qualquer alteração nas

primeiras, provoca alterações na segunda. Ainda dentro do efeito directo, podemos verificar a existência de um efeito dito parcial, isto é, só alguns dos componentes das percepções exercerem influência sobre os resultados no seu todo, ou apenas em parte deles.

Relativamente a **a2.**, esta segue a mesma linha de pensamento de **a1.**. Pode existir ou não um efeito directo das estratégias de *coping* sobre os resultados. Caso se verifique uma relação significativa, quer dizer que a adopção de determinadas características conduz, se positiva, a melhores resultados, e se negativa a resultados menos adaptativos. Neste sentido, seria possível identificar quais as estratégias de *coping* a promover para esta população.

No que concerne a **b.** pretendeu-se averiguar sobre a existência de um efeito de mediação, uma vez que os estudos revistos que utilizam uma metodologia *cross-sectional* referem apenas um potencial efeito de mediação por parte do *coping*, e o modelo de referência postula a sua existência incondicional.

Caso se verifique um efeito de mediação, via *coping*, significa que quando controlados os efeitos do *coping*, a contribuição das percepções de doença para a explicação dos resultados de adaptação tornam-se menos significativa, isto é, perdem força. É necessário ter em conta que, segundo Baron e Kenny (1986, cit. por Maroco, 2003), para que as estratégias de *coping* se constituam como mediadora é preciso que as percepções de doença e estratégias de *coping* tenham uma relação significativa, as estratégias de *coping* tenham uma associação igualmente significativa com a adaptação e que a introdução das estratégias de *coping* para estudar a relação entre percepções e adaptação, diminua a importância da variável independente. A não existência de um efeito de mediação coloca em causa o poder explicativo do modelo de senso comum.

Relativamente a **c.**, o objectivo consistiu em perceber se existia um efeito de interacção entre as percepções de doença e as estratégias de *coping* que explicassem de forma mais eficiente a adaptação dos indivíduos.

Caso se verifique um efeito de moderação, os efeitos das percepções de doença e estratégias de *coping* sobre os resultados serão menos relevantes, quando analisadas isoladamente. Isto acontece porque as variáveis moderadoras têm o poder de afectar a magnitude e a direcção da relação. Espera-se neste estudo, que, caso se verifique, o efeito seja só em termos de magnitude.

Todas as relações acima mencionadas poderiam ser inferidas partindo de outro tipo de metodologia, contudo a pertinência deste estudo reside na possibilidade de estudar as relações entre as variáveis percepções de doença, estratégias de *coping* e resultados de adaptação ao longo do período de um ano, em

três momentos distintos. Para cada momento, é preciso estabelecer as relações entre percepções de doença e resultados, directa ou via *coping*, entre *coping* e resultados e entre a associação das percepções de doença e o *coping* e os resultados. A tarefa incide na identificação e interpretação das diferenças nas relações entre momento 0 e momento 1 e entre o momento 1 e momento 2.

Grosseiramente, se existirem diferenças nas relações estudadas nos vários momentos, então, pode afirmar-se que o tempo se constitui como uma variável significativa na evolução das relações. Contudo a variável tempo aqui em causa corresponde essencialmente à experiência de doença, logo não é necessariamente o tempo, mas sim o período de contacto com a condição que tem impacto nas relações estudadas. Caso não se verifiquem mudanças, este facto pode dever-se ao intervalo de tempo não ser suficiente para que essas mudanças se manifestem ou por outro lado, o factor tempo não exerce um impacto significativo, ficando essa influencia a cargo de outras variáveis não inseridas no estudo.

Conclusões gerais e reflexões para a prática

Tal como foi feito para os resultados, também as conclusões serão um conjunto de possíveis inferências a retirar dos resultados.

No que diz respeito à relação directa entre as percepções de doença e os resultados da adaptação poder-se-ia concluir que a presença de um efeito directo entre as variáveis demonstraria o papel das percepções construídas pelo indivíduo. Se for possível identificar paralelamente os componentes das percepções que melhor expliquem a adaptação torna-se possível intervir de uma forma mais eficaz a este nível. Neste sentido, o mesmo poderemos concluir para a possível relação directa entre as estratégias de *coping* e a adaptação. Não esquecendo que neste estudo se tentou apreender a avaliação objectiva da adaptação, utilizando a medida de hemoglobina glicosilada, e a avaliação subjectiva e individual. Nem sempre a adaptação física corresponde à adaptação psicológica.

A detecção de um efeito de moderação poderia ter implicações importante para a área das intervenções. As intervenções teriam fortes indicações para integrarem conjuntamente as variáveis de forma a obter melhores resultados.

Este facto tem outras implicações, nomeadamente, na formação do técnicos que lidam com a população em causa. Torna-se necessário que os profissionais avaliem as percepções de doença e as estratégias de *coping* de forma a compreender e a intervirem no processo de adaptação.

O modelo postulado por Leventhal e col. (1980) assume a existência de uma efeito de mediação exercido pelo *coping*, que se tem revelado difícil de comprovar. No presente estudo, a ausência do efeito de mediação permite concluir que o impacto das percepções de doença não é explicado pelo *coping*, isto é, as percepções de doença continuam a associar-se aos resultados obtidos, sem a intervenção do *coping*. Se mais uma vez o efeito de mediação não for confirmado, mesmo utilizando uma metodologia longitudinal, então, a sua integração enquanto mediador pode revelar-se questionável

No que diz respeito às comparações realizadas, a presença de mudanças leva a concluir que a variável tempo possui impacto sobre as variáveis em estudo, no sentido positivo ou negativo. Este facto está na dependência dos resultados. A questão central reside em perceber se mudanças nas percepções de doença e nas estratégias de *coping* desencadeiam alterações na adaptação e se tal acontece, em que condições é mais provável o facto acontecer.

Num futuro seria útil averiguar sobre o papel do feedback dos resultados sobre as percepções de doença e estratégias de *coping*, isto é, qual é o impacto da interpretação do indivíduo. Estar-se-ia neste caso a analisar a relação inversa. Um vez que o controlo da Diabetes é pautado pela monitorização, seria conveniente perceber como é que o indivíduo lida com esses dados e quais as suas repercussões na adaptação.

Outra sugestão passa pela integração dos objectivos como uma variável, de forma a estudar qual o seu impacto nas percepções de doença, na escolha e implementação das estratégias de *coping* e no ajustamento/adaptação. Além do referido, poderia ser interessante investigar se o estabelecimento de objectivos medeia a relação entre as percepções e as estratégias de *coping*, partindo da ideia de que o estabelecimento de objectivos e, nomeadamente, as intenções de implementação, melhoram os resultados do ajustamento.

Limitações

Apesar da metodologia apresentada corresponder a um estudo hipotético, este poderia dentro de algumas condições, nomeadamente, em termos de tempo, ser aplicado. Contudo e apesar de hipotético, apresenta à partida algumas limitações.

No primeiro momento, prevê-se dificuldades em reunir um conjunto de indivíduos, com as características estipuladas em número suficiente para estudar os

efeitos de mediação e moderação através do PLS e para colmatar as desistências e exclusões inerentes a uma metodologia longitudinal. Este é um dos motivos pelos quais na literatura não abundam estudos de tipo longitudinal, contudo, sem que os mesmos se concretizem apenas será possível estudar os fenómenos no imediato, fazendo previsões pouco apoiadas.

Ainda no que se refere à amostra, uma vez que se pretende recolher dados de indivíduos que frequentam as consultas de endocrinologia e algumas entidades de apoio a esta população, pode pensar-se que o acompanhamento técnico pode favorecer a sua adaptação, e desta forma, os resultados não serem explicados pelas variáveis em estudo. É certo que o fenómeno da adaptação é multidimensional e este aspecto deve ser sempre tido em conta.

Por outro lado, os dados recolhidos através do *Coping Strategies Inventory* (CSI) para a avaliação do *coping* podem revelar-se desactualizado e desta forma condicionar a relevância dos resultados. O instrumento parece não ter acompanhado a evolução da conceptualização (Skinner e col., 2003). A escolha do instrumento foi difícil, uma vez que a quantidade de instrumentos existentes para medir o mesmo fenómeno é grande e encontram-se longe de serem correspondentes. Se assim fosse, não existiram tantos.

Além destes aspectos, uma área fundamental que pode igualmente apresentar limitações é a área estatística, devido aos obstáculos ditados pelas variáveis qualitativas¹⁷. O estudo estatístico deste tipo de variáveis necessita que se cumpram determinados requisitos, nem sempre possíveis. Logo é necessário, antes de iniciar a escolha dos instrumentos, prever quais os testes estatísticos a serem usados de forma a obter o tipo de resultados esperado. Esta particularidade melhora a qualidade dos dados obtidos.

¹⁷ Variáveis qualitativas são *variáveis cuja escala de medida apenas indica a sua presença em categorias de classificação discreta exaustivas e mutuamente exclusivas* (p. 17). Não permitem a ordenação e a quantificação das diferenças entre elas (Maroco, 2003).

V - Referências bibliográficas

- Aldwin, C.M. & Park, C.L., (2004). *Coping* and physical health outcomes: an overview. *Psychology and Health*, 19, 3, 277-281.
- Argyrous, G. (2000). *Statistics for Social and Health Research – with a guide to SPSS*. London. Sage Publications.
- American Diabetes Association, (2000). Report to the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. Clinical Practice Recommendations, 23 (suppl.1), 4-19.
- Anderson, R., Freedlan, K., Clouse, R. & Lustman, P., (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis, *Diabetes Care*, 24, 6, 1069-1077.
- Bagozzi, R.P. & Edwards, E.A., (2000). Goal setting and goal pursuit in the regulation of body weight. In P. Norman, C. Abraham e M. Conner (Eds.). *Understanding and changing health behaviour from health beliefs to self-regulation* (pp. 261-298). New York. Psychology Press.
- Bandura, A., (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1358.
- Bardin, L., (1979). *A análise de conteúdo*. Lisboa. Edições 70.
- Benyamini, Y., Gozlan, M. & Kokia, E., (2004). On the self-regulation of a health threat: cognitions, *coping* and emotions among women undergoing treatment for infertility. *Cognitive therapy and research*, 28, 5, 577-592.
- Boekaerts, M., Maes, S. & Karoly, P., (2005). Self-regulation across domains of applied psychology: Is the an emerging consensus?. *Applied Psychology: An international review*, 54 (2), 149-154.
- Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J. & Weinman, J., (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- BrownLee-Duffeck, M., Peterson, L., Simmons, J.F., Kilo, C., Goldstein, D. & Hoette, S., (1987). The role of health beliefs in the regimen adherence and metabolic control of adolescents and adults with diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 2, 139-144.
- Carlisle, A.C.S., John, A.M.H., Fife-Schaw, C. & Lloyd, M., (2005). The self-regulatory model in women with rheumatoid arthritis: relationships between illness representations, *coping* strategies and illness outcome. *British Journal of Health Psychology*, 10, 571-587.

- Carver, C. S., Weintraub, J. K. & Scheier, M. F., (1989). Assessing *Coping* Strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 2, 267-283.
- Cox, D.J. & Gonder-Frederick, L., (1992). Major developments in behavioural Diabetes research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 4, 628-638.
- De Ridder & Kuijer, (2006). Managing immediate needs in the pursuit of health goals: the role of *coping* in self-regulation. In D. De Ridder & J. De Wit. *Self-Regulation in Health Behavior*. Jons Wiley & Sons.
- De Ridder, D. & Schreus, K., (2001). Developing Interventions for Chronically ill patients: Is *coping* a helpful concept?. *Clinical Psychology Review*, 21, 2, 205-240.
- Duangdao, K. M. & Roesch, S. C., (2008). *Coping* with Diabetes in adulthood: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 4, 291-300.
- Engun, A., Mykletun, A., Midthjell, K., Holen, A. & Dahl, A., (2005). Depression and diabetes: a large population-based study of sociodemographic, lifestyle, and clinical factors associated with depression in type 1 and type 2 diabetes, *Diabetes Care*, 28, 8, 1904-1908.
- Estrela. A. (1994). Teoria e prática de observações de classes -.Uma estratégia de formação de professores (4º ed.) Lisboa. Porto Editora.
- Fisher, L., Chesla, C., Mullan, J., Skaff, M. & Kanter, R., (2001). Contributors to depression in Latino and European-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 24, 10, 1751-1757.
- Folkman, S. & Moskowitz, J.T., (2004). *Coping*: Pitfall and Promises. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Gollwitzer & Oettingen (2000).The emergence and implementation of health goals. In P. Norman, C. Abraham e M. Conner (Eds.). *Understanding and changing health behaviour: from health beliefs to self-regulation* (pp. 229-260). New York. Psychology Press.
- Gonder-Frederick, L., Cox, D. & Ritterband, L., (2002). Diabetes and behavioral medicine: the second decade, *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 70, 3, 611-625.
- Grey, M., (2000). *Coping* with Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 13, 2, 167-173.
- Grigsby, A., Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R. & Lustman, P., (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1053-1060.

- Groarke, A., Curtis, R., Coughlan, R., & Gsel, A., (2005). The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoid arthritis: a longitudinal study. *Psychology and Health*, 20, 5, 597-613.
- Hagger, M.S. & Orbell, S., (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18, 2, 141-184.
- Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2007). 4º Inquérito Nacional de Saúde - 2005/2006. Informação à comunicação social.
- Jonsson, B., (2002). Revealing the cost of type II diabetes in Europe. *Diabetologia*, 45, 5-12.
- Kaptein, A.A, Heelder, D.I., Scharloo, M., Van Kempen, G.M., Weinman, J., Van Houvelingen, H.J. & Ross, R.A., (2006). Illness perceptions and *coping* explain well-being in patients with Huntington's disease. *Psychology and Health*, 21, 4, 431-446.
- Karlsen, B. & Bru, E., (2002). *Coping* styles among adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 7, 3, 245-259.
- Karlsen, B., Idsoe, T. Hanestad, B. R., Murberg, T. & Bru, E., (2004). Perceptions of support, diabetes-related *coping* and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 9, 1, 53-70.
- Karlsen, B., Idsoe, T., Dirdal, I., Hanestad, B.R. & Bru, E., (2004). Effects of a group-based counselling programme on diabetes-related stress, *coping*, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Patient Education and Counselling*, 53, 299-308.
- Karoly, P., (1993). Mechanisms of self-regulation: a systems view. *Annual Review Psychology*, 44, 23-52.
- Koopmanschap, M., (2002). *Coping* with Type II diabetes: the patient's perspective. *Diabetologia*, 45, 18-22.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984), *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer.
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D., (1980). The common sense model of illness danger. In Rachman, S. (Ed.) *Medical Psychology*. Vol.2, 7-30, New York. Pergamon.

- Leventhal, H., Nerenz, D.R., & Steele, D.J., (1984). Illness representations and *coping* with health threats. In A. Baum, S.E. Taylor & J.E. Singer (Eds.). *Handbook of Psychology & Health*, Vol. IV, 219-252, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Llewellyn, C.D., McGurk, M. & Weinman, J., (2007). Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: Is Leventhal's common sense model a useful framework for determining changes in outcomes over time?. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 17-26.
- Lloyd, C., Smith, J. & Weinger, K., (2005). Stress and diabetes: A review of the links. *Diabetes Spectrum*, 18, 2.
- Lundman & Norberg (1993). *Coping* strategies in people with insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetic Education*, 19, 198-2004.
- Lustman, P., Anderson, R., Freedlan, K., Groot, M., Carney, R. & Clouse, R., (2000). Depression and poor glycemic control – a meta-analytic review of the literature, *Diabetes Care*, 23, 7, 934-941.
- Macrodimitris, S.D. & Endler, N.S., (2001). *Coping*, Control and Adjustment in Type 2 Diabetes. *Health Psychology*, 20, 3, 208-216.
- Maes, S. & Gebhardt, W., (2000). Self-regulation and health behaviour. In M. Boekaerts, P. Pintrich e M. Zeidner (Eds.). *Handbook of Self-Regulation*. New York. American Press
- Maes, S. & Gebhardt, W. (2005). Self-regulation and Health behaviour – the health goal model. In M. Boekaerts, P. Pintrich & M. Zeidner, (Eds.). *Handbook of Self-Regulation* (pp. 343-368). San Diego: Academic Press.
- Maes, S. & Karoly, P., (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: a review. *Applied Psychology*, 54, (2), 267-299.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística – com utilização do SPSS*. Lisboa. Edições Sílabo.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D. & Buick, D., (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1, 1-16.
- Odgen, J., (1999). *Psicologia da Saúde* (Trad.). (pp. 25-54)., Lisboa. Climepsi Editores.
- Organização Mundial de Saúde (2008) Fact Sheet nº312. Retirado em Novembro de 2008 de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/
- Parker, J.D., & Endler, N.S., (1992) *Coping* with *coping* assessment: a critical review. *European Journal of Personality*, 6, 321-344.

- Pereira, M.G. & Almeida, P., (2004), Auto-eficácia na diabetes: conceito e validação da escala, *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 585-595.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C., (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 20, 161-173.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L., (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well being. *American Psychologist*, 55, 1, 68-78.
- Scharloo, M., Kaptein, A.A., Weinman, J., Hazes, J.M., Willemns, L.N., Bergman, W. & Rooijmans, H.G., (1998). Illness perceptions, *coping* and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*. 44, 5, 573-585.
- Scheier, M., Weintraub, J., & Carver, C., (1986). *Coping* with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Schiaffino, K., Shawaryn, M. & Blum, D., (1998). Examining the impact of illness representations on psychological adjustment to chronic illnesses, *Health Psychology*, 17, 3, 262-268.
- Schwarzer, R. & Schwarzer, C., (1996). A critical survey of *coping* instruments. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.). *Handbook of coping*, New York, Wiley.
- Searle, A., Norman, P., Thompson, R. & Vedhara, K., (2007). A prospective examination of illness beliefs and *coping* in patients with type 2 diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 12, 621-638.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H., (2005). Variáveis psicológicas associadas à adesão ao tratamento da diabetes mellitus. *Análise Psicológica*, Vol. XVIII (2), 159-171.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H. & Serra, M.B., (2004). Stress, controlo glicémico e complicações crónicas em indivíduos com diabetes mellitus. *Psicologia: Teoria, Investigação e prática*, 1, 65-80.
- Skinner, E. A. & Zimmer-Gembeck, M.J., (2007). The Development of *coping*. *Annual Review Psychology*, 58, 119-144.
- Skinner, E.A., Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H., (2003). Searching for the structure of *coping*. A review and critique of category systems for classifying ways of *coping*. *Psychological Bulletin*, 129, 2, 216-269.

- Smári, J. & Valtysdóttir, H., (1997). Dispositional *coping*, psychological distress and disease-control in diabetes. *Personality Individual Differences*, 22, 2, 151-156.
- Stein, J. & Rotheram-Borrus, (2004). Cross-sectional and longitudinal associations in *coping* strategies and physical health outcomes among hiv-positive youth. *Psychology and Health*, 19, 3, 321-336.
- Taylor, S.E. & Aspinwall, L.G. (1990). Psychosocial aspects of chronic illness, In P.C. Costa & G.R. Vandenbos (Eds.). *Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases and clinical care*. Washington, D.C., APA.
- Timmers, L., Thong, M., Dekker, F.W., Boeschoten, E.W., Heijmans, M., Rijken, M., Weinman, J. & Kaptein, A.D., (2008). Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychology and Health*, 23, 6, 679-690.
- Tobin, D., Holroyd, K., & Reynolds, R., (1982). The assessment of *coping*: The psychometric development of the *Coping* Strategies Inventory. Artigo apresentado no encontro da Association for the Advance Behavior Therapy, Los Angeles.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.S., Reynolds, R.V. & Wigal, J.K., (1989). The hierarchical factor structure of the *coping* strategies inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13. 4, 343-361.
- Todd, M., Tennen, H., Carney, M. A., Affeck, G. & Armeli, S., (2004). Do We Know How to Cope? Relating Daily *Coping* Reports to Global and Time-Limited Retrospective Assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 2, 310-319.
- Tsenkova, V.K., Love, G.D., Singer, B. & Ryff, C., (2008). *Coping* and positive affect predict longitudinal change in glycosylated haemoglobin. *Health Psychology*, 27, 2 (supl), 163-171.
- Vaughan, R., Morrison, L. & Miller, E., (2003). The illness representation of multiple sclerosis and their relations to outcome. *British Journal of Health Psychology*, 8, 287-301.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Ratsep, A., Levasseur, G., Petek, D., Van Dam, H. Et al (2007). Obstacles to adherence in living with type 2 diabetes: an international qualitative study using meta-ethnography, *Primary Care Diabetes*, 1, 25-33.

- Walker, R. & Rodgers, J. (2006). Diabetes de tipo 2 – respostas às suas perguntas. (A. M. P. da Silva, Trad.). Porto: Civilização Editora.
- Watkins, K.W., Connell, C. M., Fitzgerald, J.T., Klem, L., Hickey, T. & Ingersoll-Dayton, B., (2000). Effect of adults' self-regulation of diabetes on quality of life outcomes. *Diabetes Care*, 23, 10, 1511-1515.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R. & Horne, R., (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-441.
- Welsh (2004). The Diabetes *Coping* Measure: A measure of cognitive and behavioral *coping* specific to diabetes. In C. Brandley (Ed.). *Handbook of Psychology: a guide to psychological measurement in diabetes and practice* (pp. 391-404). Harwood Academic. London.
- Wild, S., Roglic, G. Green, A., Sicree, R., King, H. (2004). Global Prevalence of diabetes – Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5), 1047-1053.
- Williams, G.C., Grow, V.M., Freedman, Z., Ryan, R.M. & Deci, E.L., (1996). Motivational predictors of weight-loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 115-126.
- Williams, G.C., Freedman, Z. & Deci, E.L., (1998). Supporting autonomy to motivate glucose control in patients with diabetes. *Diabetes Care*, 21, 1644-1651.
- Wing, Epstein, Nowalk & Lamparski (1986). Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus. *Psychological Bulletin*, 99, 1, 78-89.