

Empirical Articles

Adaptação e Validação Cultural de Questionário de Aconselhamento na Diabetes do Tipo 2

Adaptation and Cultural Validity of the Clinician Self-Reported Behaviour Questionnaire (CSRBQ)

Carolina C. Silva^{*a}, Maria João Gouveia^b, Marta M. Marques^c

[a] ADAPT Research Centre and Trinity Centre for Practice & Health Care Innovation, School of Nursing and Midwifery, Trinity College Dublin, Dublin, Ireland. [b] APPsyCI Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal. [c] ADAPT Research Centre and Trinity Centre for Practice & Health Care Innovation, Trinity College Dublin, Dublin, Ireland.

Resumo

Objetivo: O objetivo do estudo é contribuir para a validação do Questionário de Avaliação dos Fatores Associados ao Aconselhamento na Diabetes do Tipo 2 (CSRBQ), que avalia os fatores psicossociais envolvidos na prestação de aconselhamento nutricional, de atividade física e de educação continuada (e.g., autoeficácia).

Método: Foi utilizada uma metodologia mista, com recurso a questionário e entrevistas individuais com profissionais de saúde. Primeiro foram feitas análises à sensibilidade e fiabilidade do instrumento numa amostra de 74 profissionais de saúde envolvidos diretamente na consulta de Diabetes do Tipo 2 (médicos e enfermeiros); posteriormente, foi feita uma análise facial do instrumento através da análise de conteúdo de 17 entrevistas individuais.

Resultados: A versão portuguesa do CSRBQ apresenta medidas descritivas e consistência interna aceitáveis para quase todas as escalas e, de um modo geral, foi bem aceite e interpretada pelos profissionais de saúde. A análise das entrevistas sugere a necessidade de ajustamento do questionário ao nível da sua organização e clarificação.

Conclusão: O CSRBQ pode oferecer informação relevante acerca das barreiras e facilitadores à prestação de aconselhamento pelos profissionais de saúde na diabetes do tipo 2.

Palavras-Chave: diabetes do tipo 2, profissionais de saúde, aconselhamento, mudança comportamental, metodologia mista

Abstract

Aim: The aim of this study is to contribute to the validation of the Clinician Self-Reported Behaviour Questionnaire (CSRBQ), which evaluates the psychosocial factors associated with the provision of nutritional advice, physical activity advice, and ongoing education (e.g., self-efficacy).

Method: A mixed methods approach was used, using survey-based data collection and interviews with healthcare professionals. First, we analysed the sensitivity and reliability of the measure in a sample of 74 healthcare professionals directly involved in type 2 diabetes consultations (medical doctors and nurses); afterwards, we examined the face validity of the instrument through the content analysis of 17 individual interviews.

Results: The Portuguese version of the CSRBQ shows adequate descriptive statistics and internal consistency in almost all scales, and it was generally accepted and understood by the health care professionals. Findings from the interviews suggested the need for adjustments in terms of the organization and clarity of the questionnaire.

Conclusion: The CSRBQ can offer valuable information about the barriers and enablers of the provision of advice in type 2 diabetes by health care professionals.

Keywords: type 2 diabetes, health care professionals, advice, behaviour change, mixed methods

Psychology, Community & Health, 2019, Vol. 8(1), 249–262, <https://doi.org/10.5964/pch.v8i1.317>

Received: 2019-03-10. Accepted: 2020-04-02. Published (VoR): 2020-05-14.

Handling Editor: Marta Matos, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal

*Corresponding author at: ADAPT Research Centre and Trinity Centre for Practice & Health Care Innovation, O'Reilly Institute, Trinity College Dublin, 25 Westland Row, Dublin 2, Ireland. E-mail: silvac@tcd.ie



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Dada a importância do aconselhamento prestado na área da saúde, nomeadamente na gestão de doenças crónicas como a Diabetes *Mellitus* do Tipo 2 (DM2), a existência de instrumentos que permitam avaliar a qualidade desse aconselhamento torna-se essencial, podendo ter implicações ao nível da prevenção da doença e das suas principais complicações. Assim, procuramos, com este estudo, adaptar culturalmente o único instrumento que avalia os fatores envolvidos no aconselhamento prestado pelos profissionais de saúde a esta população, bem como avaliar a sua validação facial e de conteúdo.

Diabetes

A DM2 tem como principais fatores de risco a predisposição genética, o sedentarismo, maus hábitos alimentares, e o excesso de peso ou a obesidade. Embora tenha uma forte componente hereditária, este tipo de diabetes pode ser prevenido e, após o diagnóstico, pode ser controlado, através da modificação dos fatores de risco (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2016; Observatório da Diabetes, 2016).

As diretrizes da National Institute for Health and Care Excellence (National Institute for Health and Care Excellence, 2011, 2015) sugerem que alterações ao nível da alimentação e dos níveis de atividade física podem prevenir a DM2, e estabelecem como prioridades para a gestão da DM2: i) educação continuada (baseada na evidência e individualizada, com objetivos específicos de aprendizagem para desenvolver atitudes, crenças, e conhecimentos para a autogestão da diabetes), ii) aconselhamento nutricional (juntamente com outros aspetos de modificação de estilos de vida, como o aumento da atividade física e a perda de peso), iii) gestão da pressão arterial (recurso a medicação caso o aconselhamento relativo ao estilo de vida não seja suficiente para reduzir a pressão arterial), iv) gestão de controlo glicémico (encorajar os indivíduos a atingir e manter o valor alvo de hemoglobina glicosilada, HbA1c), e v) tratamento farmacológico (e.g., metformina). A alteração de hábitos alimentares e a perda de peso desempenham, portanto, um papel fundamental, quer na prevenção como na gestão da DM2, sendo que existem resultados de estudos promissores, apontando no sentido de que estas mudanças possam mesmo reverter a DM2 (Lean et al., 2018).

Para atrasar a progressão desta doença, e reduzir os seus riscos, é fundamental que haja uma boa adesão aos seus tratamentos (World Health Organization, 2003, 2016). Contudo, a adesão aos tratamentos em doenças crónicas, nomeadamente na DM2, é um problema de grandes proporções (World Health Organization, 2003), sendo que a não adesão à medicação leva a resultados de saúde precários (e.g., complicações médicas ou menor qualidade de vida) e, conseqüentemente, a um maior uso dos serviços de saúde e a custos acrescidos dos mesmos (Iuga & McGuire, 2014; World Health Organization, 2003).

Qualidade dos Cuidados de Saúde

Relativamente à prestação de cuidados na DM2, estão definidas recomendações estandardizadas de como os tratamentos devem ser realizados, contudo, existem evidências de que a qualidade destes serviços é inferior ao desejado em algumas áreas (Eccles et al., 2011; Nam et al., 2011; Presseau et al., 2014). A variabilidade na prestação de cuidados pode dever-se a variações na fisiologia e comportamento dos pacientes (Eccles et al., 2011; Nam et al., 2011) – sendo que a maioria dos estudos relativos à autogestão da DM2 foca-se exclusivamente nos pacientes (e.g., (não-)adesão ao regime de tratamento, atitudes, crenças e conhecimentos que têm acerca da diabetes, recursos financeiros, ou existência de co-morbilidades; Nam et al., 2011) – mas também

a diferenças na gestão clínica dos médicos e/ou das suas organizações (Brundisini et al., 2015; Eccles et al., 2011; Nam et al., 2011). Assim, para melhorar a auto-gestão da doença é importante compreender a qualidade do aconselhamento prestado pelos profissionais de saúde – quer ao nível de fatores individuais (e.g., crenças, atitudes e conhecimentos sobre a gestão da doença), como das suas interações com os pacientes, e, ainda, do ponto de vista organizacional das instituições e do próprio sistema de saúde (Nam et al., 2011).

Avaliação dos Fatores Psicossociais Associados ao Aconselhamento na DM2

Para compreender melhor os fatores envolvidos na prestação de cuidados e aconselhamento na DM2, Eccles et al. (2011) desenvolveram um instrumento, que sofreu posteriormente alterações (Presseau et al., 2014), com o objetivo de identificar as cognições (percepções e crenças) dos profissionais de saúde relativas à realização de 6 comportamentos clínicos que refletem a prática recomendada na gestão da DM2 – prestação de aconselhamento nutricional personalizado, fornecimento de educação continuada acerca da diabetes tipo 2, fornecimento de aconselhamento de atividade física personalizado, prescrição adicional de medicamentos anti-hipertensivos, exame da circulação e sensibilidade do pé, e prescrição de terapia adicional para controlo glicémico. Este instrumento foi desenvolvido tendo por base Teorias de Mudança Comportamental muito usadas no contexto de saúde – Teoria do Comportamento Planeado, Teoria Social Cognitiva, Processos Pós-Intencionais Volitivos, Modelo Refletivo-Impulsivo, Teoria do Comportamento Planeado, e Comportamentos Orientados a Objetivos (Eccles et al., 2011; Presseau et al., 2014; consultar <https://osf.io/qdjf7/> para mais informações) – que permitem identificar e testar que determinantes devem ser alterados para que ocorra mudança (Marques & Teixeira, 2014). Para o desenvolvimento e refinamento do instrumento, Presseau et al. (2014) realizaram entrevistas com uma amostra de profissionais de saúde, de forma a garantir a sua adequação. No que diz respeito às qualidades psicométricas, não estão ainda disponíveis dados para este instrumento; contudo, a sua versão preliminar apresentou valores de consistência interna satisfatórios (Eccles et al., 2011).

Objetivo do Estudo

Dado que as complicações mais severas da DM2 podem ser prevenidas e, potencialmente, revertidas (Lean et al., 2018) através de mudanças no estilo de vida – nomeadamente ao nível da alimentação e da atividade física – é essencial que os profissionais de saúde que acompanham estes pacientes regularmente prestem o aconselhamento adequado, de modo a potenciar a mudança comportamental. Havendo indicadores de que a sua qualidade é inferior ao desejável para alguns comportamentos clínicos (Eccles et al., 2011; Nam et al., 2011; Presseau et al., 2014), torna-se importante analisar quais os fatores psicológicos, baseados nas teorias de mudança comportamental, que podem explicar o processo de aconselhamento por parte destes profissionais. Esta é uma área de investigação recente, pelo que existe, ainda, uma escassez de trabalhos focados na mudança comportamental dos profissionais de saúde. Além disso, não existe um instrumento de avaliação destes fatores em Português que possa responder às adaptações culturais do contexto de saúde em Portugal.

Assim, o principal objetivo deste estudo é o de contribuir para a adaptação linguística e cultural, bem como efetuar a validação facial e de conteúdo do único instrumento compreensivo na área do aconselhamento de mudança comportamental em DM2. Note-se que este incorpora uma série de constructos teóricos que normalmente são avaliados de forma isolada para compreender os fatores envolvidos no aconselhamento nutricional,

de atividade física e de educação continuada na DM2, permitindo identificar e compreender as dificuldades e barreiras dos profissionais de saúde na realização destes comportamentos de aconselhamento – tendo por base a versão do instrumento desenvolvida por [Presseau et al. \(2014\)](#). Para tal, este instrumento foi traduzido para a língua portuguesa e aplicado a uma amostra de profissionais de saúde, tendo posteriormente sido realizadas entrevistas para avaliar a compreensão e adequabilidade do mesmo ao contexto nacional de saúde.

Método

Participantes

Recorreu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência, sendo que a amostra foi recrutada em território nacional, sobretudo, através de conhecimentos pessoais (contacto telefónico e endereço de correio eletrónico) e por referência dos próprios participantes (amostragem *snowball*). Os participantes foram contactados diretamente por via telefónica ou endereço de correio eletrónico, tendo sido explicado o procedimento e os objetivos principais da investigação.

A amostra do estudo é composta por 74 profissionais de saúde (59 do sexo feminino e 15 do sexo masculino), envolvidos na consulta de Diabetes do Tipo 2, dos quais 60 são médicos/as e 14 são enfermeiros/as. Os participantes têm idades compreendidas entre os 26 e os 65 anos ($M = 41.03$, $DP = 11.60$).

Relativamente ao local de trabalho, 37 participantes trabalham em Centros de Saúde, 34 em Centros Hospitalares, dois em Centro de Saúde e Centro Hospitalar, e um em Centro de Saúde e Clínica Privada. O tempo de exercício de profissão varia entre 1 e 38 anos ($M = 15.43$, $DP = 11.59$) e o número de consultas realizadas por semana a utentes com Diabetes do Tipo 2 varia entre 1 e 100 ($M = 14.39$, $DP = 14.93$).

Os critérios de inclusão para a participação no estudo foram serem médicos/as ou enfermeiros/as envolvidos/as na consulta de Diabetes do Tipo 2.

Materiais

Foram utilizados dois tipos de materiais para a recolha de dados – Questionário (composto por questões sociodemográficas e pelo instrumento de Avaliação de Fatores Psicossociais Associados ao Aconselhamento na DM2) e Entrevista.

Questionário de Avaliação dos Fatores Associados ao Aconselhamento na Diabetes do Tipo 2 (CSRBQ)

[Eccles et al. \(2011\)](#) desenvolveram um instrumento para avaliar os fatores cognitivos associados a 6 comportamentos clínicos, que refletem a prática recomendada na gestão da DM2. Este instrumento sofreu, posteriormente, alterações ([Presseau et al., 2014](#)), nomeadamente nos comportamentos clínicos abordados: (i) prestação de aconselhamento nutricional personalizado; (ii) fornecimento de educação continuada acerca da diabetes de tipo 2; (iii) fornecimento de aconselhamento para a prática de atividade física; (iv) prescrição adicional de medicamentos anti-hipertensivos; (v) exame da circulação e sensibilidade do pé; e (vi) prescrição de terapia adicional para controlo glicémico. Para este estudo, foram analisados apenas três dos seis comportamentos clínicos do instrumento considerado ([Presseau et al., 2014](#)): (i) prestação de aconselhamento nutricional personalizado, (ii) fornecimento de aconselhamento de atividade física personalizado, e (iii) fornecimento

de educação continuada acerca da Diabetes de Tipo 2 – por se tratarem de fatores de risco modificáveis com um impacto muito significativo na gestão da DM2 e para os quais existem menos recomendações de como e quando fazer o aconselhamento por parte das agências nacionais de saúde, em comparação, por exemplo, com o exame do pé ou do controlo glicémico.

Este instrumento avalia a influência das principais variáveis cognitivas que têm sido associadas à mudança comportamental em saúde para cada um destes três comportamentos clínicos. As variáveis cognitivas (i.e., as escalas) são as seguintes: 1) Planeamento da ação (Processos Pós-Intencionais Volitivos; [Sniehotta, Schwarzer, Scholz, & Schuz, 2005](#); 3 itens – e.g., “Tenho um plano detalhado em relação a como irei fornecer aconselhamento de atividade física personalizado”); 2) Autoeficácia (Teoria Social Cognitiva; [Bandura, 1977, 1998](#); 3 itens – e.g., “Estou confiante de que sou capaz de fornecer aconselhamento nutricional personalizado a utentes com diabetes do tipo 2 e IMC superior a 30kg/m², mesmo quando o utente apresenta tentativas anteriores de perda do peso que não foram bem-sucedidas”); 3) Automaticidade (Modelo Refletivo-Impulsivo; [Strack & Deutsch, 2004](#); 4 itens – e.g., “Fornecer aconselhamento nutricional personalizado a utentes com diabetes do tipo 2 e IMC superior a 30kg/m², é algo que faço automaticamente”); 4) Atitude (Teoria do Comportamento Planeado; [Ajzen, 1991](#); 3 itens – e.g., “Na minha gestão de utentes com diabetes do tipo 2 considero que é benéfico para a sua saúde fornecer-lhes aconselhamento de atividade física personalizado”); 5) Norma subjetiva (Teoria do Comportamento Planeado; [Ajzen, 1991](#); 1 item – e.g., “Presto aconselhamento de atividade física a estes utentes porque é esperado que eu o faça”); 6) Intenção (Teoria do Comportamento Planeado; [Ajzen, 1991](#); 3 itens – e.g., “Na minha gestão de utentes com diabetes do tipo 2 tenciono fornecer aconselhamento de atividade física personalizado”); 7) Perceção de facilitação de objetivos (Comportamentos Orientados a Objetivos; [Presseau et al., 2009](#); 3 itens – e.g., “Durante a consulta de diabetes, outras coisas que faz têm uma prioridade superior a fornecer aconselhamento nutricional personalizado”); e 8) Planeamento de estratégias de coping (Processos Pós-Intencionais Volitivos; [Sniehotta et al., 2005](#); 3 itens – e.g., “Eu tenho um plano detalhado para conseguir fazer aconselhamento nutricional personalizado a utentes com diabetes do tipo 2 e IMC superior a 30kg/m², se o doente apresentar tentativas anteriores de perda do peso que não tenham sido bem-sucedidas”). Além dos anteriores, foi feita uma avaliação relativamente à gestão do tempo de consulta (1 item – e.g., “Numa consulta habitual com um utente com diabetes do tipo 2, aproximadamente quantos minutos utiliza para fornecer educação continuada acerca da diabetes?”), assim como do comportamento passado (1 item – e.g., “Do que se recorda, aproximadamente a quantos dos seus 10 últimos doentes com estas características, providenciou aconselhamento nutricional personalizado?”).

Ao instrumento foram, ainda, acrescentados dois grupos de questões, um relativo à motivação que leva à realização dos comportamentos (6 itens – e.g., “Presto aconselhamento nutricional a estes utentes porque me proporciona satisfação prestar o melhor aconselhamento possível”), composto pelas subescalas de motivação autónoma, motivação controlada e amotivação (tendo por base a Teoria da Autodeterminação; [Ryan & Deci, 2017](#)), e outro referente à importância atribuída aos comportamentos clínicos (1 item – e.g., “De 1 a 7 qual é a importância que considera que o aconselhamento nutricional tem na gestão da diabetes do tipo 2?”).

A ação e contexto alvo de cada comportamento clínico encontram-se descritos no início de cada secção (e.g., “Todas as questões nesta área clínica referem-se à prestação de aconselhamento nutricional a utentes com diabetes do tipo 2 cujo Índice de Massa Corporal (IMC) seja superior a 30kg/m²”). Relativamente à escala de resposta, ela varia entre 1 (*discordo fortemente*) e 7 (*concordo fortemente*) para todos os grupos, à exceção dos referentes à gestão do tempo e ao comportamento passado.

A avaliação das escalas é feita calculando a média dos scores de cada constructo, de forma isolada e para cada comportamento clínico, sendo que quanto maior forem os resultados obtidos melhor (e.g., maior a intenção de fornecer aconselhamento nutricional), salvo para a percepção de facilitação de objetivos (no qual quanto menor forem os resultados obtidos, menos obstáculos existem à prestação de aconselhamento) e nas subescalas de Motivação Controlada e de Amotivação.

Entrevista

Foi desenvolvido um guião de entrevista, com categorias pré-estabelecidas, com o propósito de verificar a validade facial do questionário através de entrevistas individuais semiestruturadas. O guião foi dividido em questões mais gerais para obter uma apreciação dos participantes sobre o questionário – organização do questionário, tamanho do questionário, modo de preenchimento, terminologia/linguagem – e outras mais específicas sobre o instrumento, com o objetivo de verificar se os sujeitos identificam o que se pretendia avaliar, se consideram relevante a sua avaliação, ou se existem dúvidas relativamente às instruções, escala de medida e/ou itens de resposta. Além disso, no final, são feitas questões sobre a existência de obstáculos à prestação de aconselhamento, sobre a adequação da avaliação e é deixado um espaço para reflexões e comentários.

Procedimento

Este estudo foi realizado no âmbito do Mestrado de Psicologia da Saúde (Silva, 2017).

O questionário foi traduzido para a língua portuguesa por dois psicólogos com conhecimentos sólidos da língua inglesa, tendo sido, posteriormente, verificado por um terceiro investigador. Sempre que existiram incongruências foi realizada uma discussão entre os três investigadores até ser alcançado um consenso. Quando o consenso não foi alcançado, as versões traduzidas foram apresentadas a uma pessoa não envolvida no estudo para obter a sua interpretação sobre as mesmas.

Antes da aplicação do instrumento, este foi apresentado a um profissional de saúde (médico de medicina geral e familiar) como forma adicional de contribuir para a garantia de que o questionário era compreensível e que usava terminologia adequada para a população em questão.

O questionário foi aplicado através da plataforma online Qualtrics e divulgado pelos potenciais participantes através de um link de acesso. A primeira página do questionário consistia num consentimento informado onde eram, novamente, explicados os objetivos principais da investigação, e garantido o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados recolhidos. Caso os participantes não dessem o seu consentimento o questionário era terminado de imediato.

No final do questionário era pedido aos participantes para indicarem uma forma de contacto caso consentissem participar numa entrevista posterior sobre o próprio instrumento. Aos 17 sujeitos que aceitaram participar (22.97% da amostra que completou o questionário) foi feito um contacto via telefone ou endereço de correio eletrónico e marcada uma entrevista presencial, via telefone ou Skype, de acordo com a disponibilidade do participante. As entrevistas tiveram uma duração aproximada de 40 minutos, foram gravadas com o consentimento dos participantes e transcritas, posteriormente, com as respetivas codificações.

Análise de Dados

Recorreu-se ao *software* SPSS Statistics (v. 24, 2016) para efetuar as análises estatísticas. Para os questionários, foram obtidas as estatísticas descritivas para cada subescala (mínimo, máximo, média e desvio-padrão). Foi também avaliada a normalidade através dos valores de assimetria e achatamento (critério: valores absolutos abaixo de 3 e 7, respetivamente; Marôco, 2014). Relativamente à fiabilidade do instrumento, realizaram-se análises de correlação item-total (critério: valores superiores a .3) e de consistência interna, avaliada através do Alpha de Cronbach (critério: valores inferiores a .6 inaceitáveis, valores superiores a .7 aceitáveis, valores superiores a .8 bons, valores superiores a .9 excelentes; Murphy & Davidsholder, 1988, cit. por Marôco & Garcia-Marques, 2006).

A avaliação da viabilidade e aceitação do questionário pelos participantes foi feita através da análise temática das entrevistas. As transcrições das entrevistas foram codificadas com base em categorias pré-estabelecidas, sendo que as codificações foram estabelecidas previamente tendo em conta as informações que se pretendiam obter sobre o instrumento (e.g., ao nível da organização e clareza dos enunciados e itens de resposta, e da adequação e pertinência do instrumento), permitindo, assim proceder à análise das entrevistas realizadas.

Resultados

Estatística Descritiva, Sensibilidade e Fiabilidade

A informação sobre as principais características psicométricas do questionário CSRBQ está descrita na Tabela 1 (para informação mais detalhada das estatísticas descritivas, de sensibilidade e fiabilidade consultar <https://osf.io/auv2r/>).

Tabela 1

Características Psicométricas para os Comportamentos Aconselhamento Nutricional, Atividade Física e Educação Continuada (n = 74)

| Modelo / Constructo | Comportamento 1: Aconselhamento Nutricional | | | Comportamento 2: Aconselhamento de Atividade Física | | | Comportamento 3: Educação Continuada | | |
|--------------------------------------|--|----------|-------------|---|----------|-------------|---|----------|-------------|
| | N itens | α | Média (DP) | N itens | α | Média (DP) | N itens | α | Média (DP) |
| PPIV | | | | | | | | | |
| Planeamento da Ação | 3 | .949 | | 3 | .945 | | 3 | .969 | |
| Planeamento de Estratégias de Coping | 3 | .892 | | 3 | .900 | | 3 | .917 | |
| TSC | | | | | | | | | |
| Autoeficácia | 3 | .753 | | 3 | .853 | | 3 | .890 | |
| MRI | | | | | | | | | |
| Automaticidade | 4 | .917 | | 4 | .952 | | 4 | .966 | |
| TCP | | | | | | | | | |
| Atitude | 3 | .886 | | 3 | .904 | | 3 | .904 | |
| Norma Subjetiva | 1 | n/a | 5.68 (1.11) | 1 | n/a | 5.64 (1.27) | 1 | n/a | 5.89 (1.19) |
| Intenção | 3 | .951 | | 3 | .938 | | 3 | .982 | |

| Modelo / Constructo | Comportamento 1: Aconselhamento Nutricional | | | Comportamento 2: Aconselhamento de Atividade Física | | | Comportamento 3: Educação Continuada | | |
|--------------------------------------|--|----------|-------------|---|----------|-------------|---|----------|-------------|
| | N itens | α | Média (DP) | N itens | α | Média (DP) | N itens | α | Média (DP) |
| COO | | | | | | | | | |
| Perceção de Facilitação de Objetivos | 3 | .385 | | 3 | .226 | | 3 | .436 | |
| TAD | | | | | | | | | |
| Motivação Autónoma | 2 | .704 | | 2 | .736 | | 2 | .800 | |
| Motivação Controlada | 3 | .402 | | 3 | .546 | | 3 | .510 | |
| Amotivação | 1 | n/a | 1.59 (1.19) | 1 | n/a | 1.77 (1.42) | 1 | n/a | 1.73 (1.49) |
| N/A | | | | | | | | | |
| Importância Atribuída | 1 | n/a | 6.50 (0.90) | 1 | n/a | 6.36 (0.84) | 1 | n/a | 6.70 (0.59) |
| Gestão do Tempo | 1 | n/a | 9 (5.92) | 1 | n/a | 4.93 (4.15) | 1 | n/a | 7.94 (8.70) |
| Comportamento Passado | 1 | n/a | 5.82 (2.70) | 1 | n/a | 5.86 (2.70) | 1 | n/a | 7.53 (2.60) |

Nota. PPIV = Processos Pós-Intencionais Volitivos; TSC = Teoria Social Cognitiva; MRI = Modelo Refletivo-Impulsivo; TCP = Teoria do Comportamento Planeado; COO = Comportamentos Orientados a Objetivos; TAD = Teoria da Autodeterminação; n/a = não aplicável.

Relativamente aos valores de assimetria e achatamento, apenas as escalas Atitude, Amotivação e Importância Atribuída revelam problemas. Na Atitude, embora os valores de assimetria sejam adequados, os valores de achatamento apresentam problemas graves de sensibilidade nos itens 1 e 2 da Atividade Física e da Educação Continuada ($Ku > 7.53$). Na escala Amotivação, o item do Aconselhamento Nutricional apresenta problemas de sensibilidade ($Ku = 9.12$). Finalmente, na escala Importância Atribuída, é o item do Aconselhamento Nutricional que apresenta problemas de sensibilidade ($Ku = 8.74$).

A maioria das escalas apresenta correlações itens-total superiores a .32 e valores de fiabilidade entre aceitáveis a excelentes (.70 a .98). Contudo, a escala Perceção de Facilitação de Objetivos obteve valores de correlações itens-total muito baixos, assim como de consistência interna nas diferentes escalas ($\alpha_{AN} = .39$, $\alpha_{AF} = .23$ e $\alpha_{EC} = .44$). Na Motivação Controlada os valores de consistência interna para os comportamentos clínicos foram muito baixos ($\alpha_{AN} = .40$, $\alpha_{AF} = .55$ e $\alpha_{EC} = .51$), podendo aumentar com a remoção do item 1 (“Presto aconselhamento nutricional a estes utentes porque é esperado que eu o faça”) em todos os comportamentos, que apresenta também correlações item-total muito baixas (i.e., inferiores a .2).

Validade Facial e Aceitação do Instrumento

Como já foi referido, dos 74 participantes que preencheram o questionário, 17 (13 médicos/as e 4 enfermeiras) disponibilizaram-se para a realização de uma entrevista.

No que respeita aos comportamentos clínicos, o objetivo das escalas foi identificado pela maioria dos participantes, à exceção das escalas Atitude, Norma Subjetiva, Intenção ($n = 6$; onde foi manifestada dificuldade em discriminar os itens referentes à intenção, especialmente entre os itens 5 e 6) e Planeamento de Estratégias de Coping ($n = 6$; dos quais 3 sujeitos consideraram este grupo muito semelhante ao do planeamento da ação e 2 ao de autoeficácia).

Relativamente ao enunciado das escalas, oito participantes consideraram que no grupo Planeamento da Ação, o termo “plano detalhado” deveria ser reformulado ou clarificado (e.g., Entrevista 9: “Aquilo que para mim mais me custou a objetivar é que aqui pergunta muitas vezes se nós temos planos... se perguntasse só um plano

em geral, a gente até faz sempre mais ou menos um plano... mas como tem sempre “plano detalhado” a gente fica um bocado na dúvida até que ponto é que o nosso plano é um plano detalhado ou não...”). No grupo Percepção de Facilitação de Objetivos, seis participantes consideraram que este grupo é demasiado subjetivo e lato, dificultando o seu preenchimento. No Planeamento de Estratégias de Coping, quatro sujeitos concordaram que o seu enunciado deveria ser reformulado para a seguinte proposta: “tenho um plano do que fazer para conseguir prestar aconselhamento nutricional personalizado a utentes com Diabetes do Tipo 2 e IMC superior a 30, perante as seguintes situações (...”).

Nas escalas de Motivação e Automaticidade surgiu uma questão relacionada com a redundância dos itens, sendo que na Motivação oito entrevistados salientam este problema para os itens 4 e 6 (e.g., Entrevista 13: “Sim, eu acho que isto é igual... a única diferença é que um diz “apesar” e o outro diz “não vejo”, acho que isto é igual...”), tendo sido discutida a possibilidade de eliminar o item 6 ou de o reformular para: “Não vejo a relevância do aconselhamento de atividade física a estes utentes, por isso não faço”, por exemplo. Para a escala Automaticidade, nove sujeitos consideraram vários itens redundantes, sendo que três concordaram que este grupo poderia ser avaliado com apenas um item (e.g., Entrevista 16: “...sim eu concordo que se calhar se conseguiria resumir numa questão apenas”).

O grupo referente à Gestão do Tempo foi difícil de responder para a maioria dos participantes, por se tratar de algo bastante variável. Como forma de facilitar a sua resposta, três sujeitos consideraram que seria mais simples se a questão fosse formulada sob a forma de percentagem. Além disso, quatro participantes concordaram que seria adequado acrescentar uma questão acerca do tempo total de consulta (e.g., Entrevista 7: “...há sítios onde se tem 30 minutos, há outros que se tem 20 minutos ou 15 minutos... e daí pode depois dar um tempo diferente e a percentagem até ser mais ou menos igual...”).

Ao nível da organização do questionário, a maioria dos participantes ($n = 14$) descreveu o questionário como sendo claro e bem organizado, tendo sido, porém, considerado por mais de metade destes repetitivo ($n = 8$). Relativamente à ordem de apresentação dos comportamentos clínicos, quatro sujeitos sugeriram uma alteração: apresentação do comportamento “Educação Continuada” em primeiro lugar, em vez de último.

Quando questionados relativamente ao tamanho do questionário, oito participantes consideraram o questionário longo e extenso; desses, cinco afirmaram que apesar de extenso, o seu preenchimento é exequível. Contrariamente, nove consideraram que o tamanho é aceitável e adequado (e.g., Entrevista 14: “Normal, é aceitável, em termos de tempo disponível, não satura, não é tempo a mais, está adequado”).

Quando inquiridos sobre o modo de preenchimento preferencial – papel e caneta ou suporte informático – 12 participantes expressaram que o preenchimento seria mais adequado via online, três indicaram que seria indiferente e um preferiu em formato de papel.

Relativamente à relevância dos diferentes grupos de questões associadas a cada um dos Comportamentos Clínicos, 11 participantes consideraram importantes e pertinentes as temáticas abordadas (e.g., Entrevista 8: “Eu acho que sim, eu acho que este questionário veio até chamar um bocadinho à atenção para a nossa consulta e para a maneira como gerimos a consulta, a importância que damos às coisas... acho que está muito pertinente...”), e 13 entrevistados consideraram que este instrumento pode ser uma medida adequada de avaliação.

Quanto à terminologia/linguagem utilizada no instrumento, 13 participantes consideraram que o questionário é claro, compreensível e que a linguagem utilizada é adequada, tendo, no entanto, surgido algumas questões mais específicas: um participante considerou que por vezes as frases são demasiado longas; outro que se deveria utilizar um termo diferente de “fornecer” (e.g., Entrevista 2: “Tem a ver com o “fornecer aconselhamento nutricional”, eu não sei o que posso sugerir, mas o fornecimento dá-me a entender que é uma coisa que é feita e eu dou a outro (...) o “prestar” já é diferente, o “prestar” parece que já estou mais aberta ao que o outro me vai dizer...”); outro referiu que o comportamento clínico Educação Continuada não tem a designação mais acertada; e outro ainda levantou questões relativamente aos termos “aconselhamento” e “aconselhamento personalizado” (e.g., Entrevista 7: “esta questão do “aconselhamento nutricional personalizado” é algo que não ficou muito bem definido desde o início... porque uma coisa é dar aconselhamento nutricional, outra coisa é ele ser personalizado para aquela pessoa...”, “para nós não é claro o que quer dizer aconselhamento nem personalizado porque não é algo que estejamos muito habituados a ver, a fazer e a discutir...”).

Ao nível dos obstáculos à prestação do aconselhamento, 13 participantes referiram as características dos pacientes como fatores importantes, tais como a resistência dos doentes; a dependência de terceiros para compreender e/ou executar os seus (auto)cuidados; a desresponsabilização do seu papel na gestão da sua doença; a falta de motivação; a não adesão às terapêuticas; as crenças erróneas acerca da doença e/ou dos seus tratamentos; a iliteracia da população na área da saúde; a inexistência de manifestações visíveis da doença; e dificuldades económicas. Além disso, também foram mencionadas características organizacionais, tais como o tempo estipulado de consulta e forma de organização dos serviços. Por fim, no que diz respeito a características do próprio profissional de saúde, foram indicadas possíveis dificuldades em adequar o discurso aos pacientes, dificuldade em motivar o paciente para a mudança, e a falta de ferramentas/conhecimentos para aconselhar em termos nutricionais de uma forma mais minuciosa.

Discussão

Este estudo teve como principal objetivo contribuir para a adaptação e desenvolvimento do instrumento CSRBQ (Presseau et al., 2014). Nesse sentido, após a sua aplicação a um grupo de profissionais de saúde, foram tidas em consideração as estatísticas descritivas, análise da sensibilidade e fiabilidade das várias escalas e, posteriormente, uma análise qualitativa às entrevistas individuais realizadas para avaliar a validade facial do instrumento e identificar possíveis aspetos a ser melhorados.

Relativamente às qualidades psicométricas do instrumento de avaliação, a maioria das escalas apresentou valores satisfatórios de fiabilidade e de sensibilidade para os três comportamentos clínicos (aconselhamento nutricional, aconselhamento de atividade física e educação continuada). Os valores de consistência interna da escala de Planeamento de Ação, Autoeficácia, Automaticidade, Atitude, Intenção, Planeamento de Estratégias de *Coping* e Motivação Autónoma encontram-se todos acima de .7. Destas escalas, a de Atitude apresenta, no entanto, problemas ao nível da sensibilidade para a Atividade Física e Educação Continuada. Considerando que a eliminação do terceiro item da atitude (“Considero que fornecer aconselhamento nutricional personalizado é uma boa utilização do tempo da consulta”) poderá aumentar a consistência interna da escala, em todos os comportamentos, seria importante fazer uma análise mais detalhada, utilizando uma amostra maior, para testar outros elementos de validade da escala e do item.

Outras escalas apresentaram valores inferiores ao desejado em termos da fiabilidade, são elas a de Percepção de Facilitação de Objetivos e a de Motivação Controlada. No que diz respeito à primeira, os resultados de consistência interna e de correlação item-total são muito baixos, chegando mesmo a assumir valores negativos. Estes dados sugerem que este grupo está a avaliar conceitos diferentes, não inversos, indo ao encontro das conclusões de [Presseau et al. \(2011\)](#) de que a facilitação de objetivos e o conflito de objetivos são constructos distintos e que preveem o comportamento de forma diferente; ou seja, neste caso, o facto de uma atividade não facilitar a realização de um tipo de aconselhamento, não significa que dificulte a sua realização. Quanto à segunda, nesta escala optou-se por não distinguir os diferentes subtipos desta motivação (Regulação Externa e Introjetada), o que pode explicar a falta de fiabilidade encontrada, assim como as baixas correlações item-total., atendendo a que apesar de todos os itens se referirem a motivação controlada, estão a ser avaliados tipos de regulação diferentes.

Outra questão importante está relacionada com a dificuldade em discriminar itens em algumas escalas. Relativamente à escala de Automaticidade, muitos sujeitos manifestaram, nas entrevistas, dificuldade em discriminar os seus itens, sendo que esta escala apresenta correlações item-total muito elevadas, assim como uma excelente fiabilidade. Tal poderá significar que, de facto, alguns itens podem ser redundantes. Estas conclusões são coerentes com informações dos próprios autores da escala ([Gardner, 2015](#)), que referem também ter obtido esse feedback. Esta escala poderá eventualmente ser reduzida. A escala de Intenção levantou também dificuldades de discriminação pelos participantes, sendo que muitos reportaram não ver diferenças nos 3 itens e consideraram-nos redundantes (“tenciono...”, “tenho como objetivo...”, e “irei...”). Embora, do ponto de vista teórico, seja possível discriminar diferentes fases da intenção, na prática poderá ser difícil discriminá-las, pelo que uma reformulação ou clarificação dos itens pode ser necessária.

As entrevistas realizadas tiveram como propósito avaliar a adequação do instrumento e respetivas escalas, possibilitando, através da sua análise, aperfeiçoar e ajustar o instrumento à população com que vamos trabalhar (profissionais de saúde) e ao seu contexto de atuação. Através das entrevistas verificou-se que, de um modo geral, o questionário foi percebido como claro, coerente e relevante pelos participantes. Quanto às principais sugestões de mudanças, salientam-se: (i) mudar a ordem dos comportamentos clínicos, começando pela Educação Continuada (do geral para o particular); (ii) acrescentar uma questão sobre a duração total de consulta; (iii) clarificar e reformular alguns dos enunciados, nomeadamente o do planeamento da ação (definir o que se pretende com “plano detalhado” e/ou alterar o enunciado para “Tenho um plano em relação a...”), o de percepção de facilitação de objetivos (clarificar o que se pretende com “outras atividades”), o de planeamento de estratégias de coping (e.g., alterar o enunciado para “Eu tenho um plano do que fazer para conseguir prestar aconselhamento nutricional personalizado a utentes com diabetes do tipo 2 e IMC superior a 30kg/m², perante as seguinte situações...”), e o do comportamento passado (alterar o enunciado para “Do que se recorda, aproximadamente a quantos dos seus 10 últimos doentes com diabetes do tipo2 e IMC superior a 30kg/m², providenciou aconselhamento nutricional personalizado?”); e (iv) alterar o item 2 da autoeficácia (e.g., dizer “o utente mostra alguma resistência a discutir o peso”, em vez de “o utente não está disposto a discutir o seu peso”).

Em suma, a maioria das escalas apresenta valores de sensibilidade e fiabilidade aceitáveis, embora algumas exijam uma análise mais aprofundada no que diz respeito às suas qualidades psicométricas. Quanto às entrevistas realizadas, estas permitiram obter informações importantes para ajustar o instrumento.

Em termos de limitações, é de indicar o risco inerente às medidas de autoresposta, uma vez que poderão ser mais suscetíveis de enviesamentos (e.g. desejabilidade social ou aquiescência). Contudo, uma vez que o instrumento foi aplicado via online e o anonimato e confidencialidade foram assegurados, este risco poderá ser minorizado. Outra questão que importa assinalar prende-se com a composição da amostra, pois teria sido desejável um maior equilíbrio no que diz respeito ao sexo dos participantes e ao tipo de profissionais de saúde incluídos - neste caso tivemos maioritariamente médicos e sujeitos do sexo feminino.

Já em relação aos pontos fortes, salienta-se a realização de uma análise à validade facial do instrumento, neste estudo, através da realização de entrevistas aos 17 participantes que, após responderem ao questionário, acederam em fazê-lo. Isto permitiu obter informações importantes para a adequação do instrumento ao contexto de saúde em Portugal, nomeadamente ao possibilitar testar a aceitabilidade e adequabilidade dos constructos usados em profissionais de saúde envolvidos na consulta de DM2. Consideramos a metodologia mista usada neste trabalho extremamente útil e enriquecedora. Além disso, este questionário foi aplicado a uma amostra suficientemente grande para garantir a sua utilização de forma rotineira no contexto nacional de saúde, uma vez que foi adaptado à realidade dos profissionais de saúde em Portugal.

Pretende-se, futuramente, aplicar o instrumento revisto numa amostra mais significativa a nível nacional, de forma a avaliar outras qualidades psicométricas do instrumento (i.e., validade convergente/divergente e validade de critério). Sugere-se, ainda, a realização de estudos futuros focados na perspetiva do aconselhamento que os pacientes relatam receber, possibilitando uma comparação com aquela que os médicos afirmam providenciar. Poderá, ainda, ser testado o peso relativo de cada preditor de mudança usada no aconselhamento, no comportamento de autocuidado dos pacientes com DM2.

Concluindo, o instrumento desenvolvido vem fornecer informações importantes acerca dos fatores associados ao aconselhamento na consulta de DM2, permitindo criar um racional para possíveis intervenções com vista a melhorar os autocuidados de saúde de sujeitos com DM2, agindo sobre os determinantes do aconselhamento eficaz.

Financiamento

Os autores não têm financiamento a declarar.

Conflito de Interesses

O primeiro autor é membro da Equipa Editorial da *Psychology, Community and Health*, mas não desempenhou nenhum papel editorial neste artigo nem no procedimento de revisão.

Agradecimentos

Ao Dr. Justin Presseau por permitir o uso do seu instrumento e aos profissionais de saúde que foram contactados e aceitaram participar no preenchimento do questionário e nas entrevistas.

Referências

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
[https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. (2016). *O que é a diabetes?* Retrieved from <http://www.apdp.pt/diabetes/a-pessoa-com-diabetes/o-que-e-a-diabetes>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health*, *13*, 623-649. <https://doi.org/10.1080/08870449808407422>
- Brundisini, F., Vanstone, M., Hulan, D., DeJean, D., & Giacomini, M. (2015). Type 2 diabetes patients' and providers' differing perspectives on medication nonadherence: A qualitative meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, *15*, Article 516. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1174-8>
- Eccles, M. P., Hrisos, S., Francis, J., Stamp, E., Johnston, M., Hawthorne, G., . . . Hunter, M. (2011). Instrument development, data collection, and characteristics of practices, staff, and measures in the improving quality of care in diabetes (iQuAD) study. *Implementation Science*, *6*, Article 61. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-61>
- Gardner, B. (2015). A review and analysis of the use of 'habit' in understanding, predicting and influencing health-related behaviour. *Health Psychology Review*, *9*(3), 277-295. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.876238>
- Iuga, A. O., & McGuire, M. (2014). Adherence and health care costs. *Risk Management and Healthcare Policy*, *7*, 35-44. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S19801>
- Lean, M. E. J., Leslie, W. S., Barnes, A. C., Brosnahan, N., Thom, G., McCombie, L., . . . Taylor, R. (2018). Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): An open-label, cluster-randomised trial. *Lancet*, *391*, 541-551. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33102-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33102-1)
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Pêro Pinheiro, Portugal: Report Number.
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, *4*, 65-90.
- Marques, M. M., & Teixeira, P. J. (2014). Modificação comportamental na gestão do peso: Da teoria à prática. *Revista Factores de Risco*, *34*, 56-66.
- Nam, S., Chesla, C., Stotts, N., Kroon, L., & Janson, S. (2011). Barriers to diabetes management: Patient and provider factors. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *93*, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.02.002>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Diabetes in adults: Quality standard* (Report No. QS6). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/qs6/resources/diabetes-in-adults-pdf-58299425989>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Type 2 diabetes in adults: Management* (Report No. NG28). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng28/resources/type-2-diabetes-in-adults-management-pdf-1837338615493>
- Observatório da Diabetes. (2016). *Diabetes: Factos e números – O ano de 2015 – Relatório anual do observatório nacional da diabetes – Edição de 2016*. Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

- Presseau, J., Francis, J., Campbell, N., & Sniehotta, F. (2011). Goal conflict, goal facilitation, and health professionals' provision of physical activity advice in primary care: An exploratory prospective study. *Implementation Science*, 6, Article 73. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-73>
- Presseau, J., Hawthorne, G., Sniehotta, F., Steen, N., Francis, J., Johnston, M., . . . Eccles, M. (2014). Improving diabetes care through examining, advising, and prescribing (IDEA): Protocol for a theory-based cluster randomised controlled trial of a multiple behaviour change intervention aimed at primary healthcare professionals. *Implementation Science*, 9, Article 61. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-61>
- Presseau, J., Sniehotta, F., Jillian, J., & Campbell, N. (2009). Multiple goals and time constraints: Perceived impact on physicians' performance of evidence-based behaviours. *Implementation Science*, 4, Article 77. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-77>
- Ryan, R., & Deci, E. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York, NY, USA: Guilford.
- Silva, C. (2017). *Adaptação e desenvolvimento de um instrumento de avaliação de fatores associados ao aconselhamento na diabetes tipo 2* (Master's thesis, ISPA – Instituto Universitário, Lisbon, Portugal). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.12/5315>
- Sniehotta, F., Schwarzer, R., Scholz, U., & Schuz, B. (2005). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: Theory and assessment. *European Journal of Social Psychology*, 35, 565-576. <https://doi.org/10.1002/ejsp.258>
- Strack, F., & Deutsch, R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 8(3), 220-247. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0803_1
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Retrieved from https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
- World Health Organization. (2016). *Global Report on Diabetes* (France). Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=C920BB2C08FB73B4C7B212B27A689CE1?sequence=1