

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
CLÍNICA E DA SAÚDE

Comunicação para o autocuidado da diabetes *mellitus* tipo 2: estudo qualitativo

Andreia Raquel Nogueira Monteiro

M

2019



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**COMUNICAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DA DIABETES *MELLITUS* TIPO
2: ESTUDO QUALITATIVO**

Andreia Raquel Nogueira Monteiro

novembro, 2019

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, área de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora **Maria Emília Costa** (FPCEUP) e co-orientada pela Professora Doutora **Mariana Veloso Martins** (FPCEUP).

Aviso Legais

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceituais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

À professora Mariana pela disponibilidade, incentivo e orientação.

À Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, por tornar este projecto possível.

A todos os participantes que generosamente acederam colaborar.

À família e amigos pela constância do apoio.

Resumo

O objectivo deste estudo foi entender a comunicação entre o indivíduo com diabetes tipo 2 e profissionais de saúde para o autocuidado da diabetes *mellitus* tipo 2. Um total de 10 profissionais de saúde (2 médicos, 4 enfermeiros, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 farmacêutico e 1 técnico de cardiopneumologia) e 11 indivíduos com diabetes tipo 2, inseridos na Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), foram entrevistados. Os resultados foram organizados nas seguintes categorias: autocuidado: percepções de profissionais de saúde e indivíduos com diabetes tipo 2; o papel da família para o autocuidado; componentes da comunicação para o autocuidado; conhecimento e processo de acção; equipa multidisciplinar e comunicação para o autocuidado; relação terapêutica crónica e comunicação.

Na APDP, as principais estratégias de acção para a comunicação do autocuidado são: comunicação de conhecimentos e habilidades, avaliação do conhecimento prévio, percepções, crenças, conhecimento do indivíduo e suas necessidades. A comunicação para o autocuidado é influenciada pela quantidade de informação massiva no momento do diagnóstico e início da terapêutica, percepção dos profissionais de saúde sobre o indivíduo com diabetes tipo 2 e do indivíduo sobre os profissionais de saúde, literacia, literacia em saúde, fontes alternativas de informação e tempo (frequência e duração de consultas). O tempo foi relacionado com a influência de variáveis macrossistémicas: organização do sistema nacional de saúde.

A equipa multidisciplinar, família e relação terapêutica com o profissional de saúde são as condições que intervêm no fenómeno em estudo.

Apesar de o indivíduo com diabetes tipo 2 conhecer as principais áreas de autocuidado não as implementa. A incomunicação entre profissional de saúde – indivíduo com diabetes tipo 2 foi condensada no resultado paradoxal “o indivíduo não fala o profissional não pergunta”.

Palavras – Chave: comunicação; autocuidado; diabetes tipo 2.

Abstract

The aim of this study was to understand the communication between the individual with type 2 diabetes and health professionals for the self-care of type 2 diabetes mellitus. A total of 10 health professionals (2 doctors, 4 nurses, 1 psychologist, 1 nutritionist, 1 pharmacist and 1 cardiopulmonary technician) and 11 individuals with type 2 diabetes, inserted in the Protective Association of Diabetics of Portugal (APDP), were interviewed. The results were organized into the following categories: self-care; perceptions of health professionals and individuals with type 2 diabetes; the family's role in self-care of type 2 diabetes; components of communication for self-care; knowledge and process of action; multidisciplinary team and self-care communication; chronic therapeutic relationship and communication.

In APDP, the main action strategies for self-care communication are: communication of knowledge and skills, assessment of prior knowledge, perceptions, beliefs, knowledge of the individual and their needs. Self-care communication is influenced by the amount of massive information at the time of diagnosis and initiation of therapy, health professionals' perception of the person with type 2 diabetes, and the individual's knowledge of health professionals, literacy, health literacy, sources information and time alternatives (frequency and duration of consultations). Time was related to the influence of macrosystemic variables: organization of the national health system.

The multidisciplinary team, family and therapeutic relationship with the health professional are the conditions that intervene in the phenomenon under study.

Although the individual with type 2 diabetes knows the main areas of self-care does not implement them. The lack of communication between health professionals - individuals with type 2 diabetes was condensed in the paradoxical result “the individual does not speak the professional does not ask”.

Keywords: communication; self care; type 2 diabetes.

Resumé

Le but de cette étude était de comprendre la communication entre la personne atteinte de diabète de type 2 et les professionnels de la santé pour l'auto-prise en charge du diabète sucré de type 2. Au total, 10 professionnels de la santé (2 médecins, 4 infirmières, 1 psychologue, 1 nutritionniste, 1 pharmacien et 1 technicien cardiopulmonaire) et 11 personnes atteintes de diabète de type 2, insérées au sein de l'Association protectrice des diabétiques du Portugal (APDP), ont été interrogés. Les résultats ont été classés dans les catégories suivantes: soins personnels: perceptions des professionnels de la santé et des personnes atteintes de diabète de type 2; le rôle de la famille dans l'autogestion du diabète de type 2; composantes de la communication pour les soins personnels; connaissances et processus d'action; équipe multidisciplinaire et communication sur les soins personnels; relation thérapeutique chronique et communication.

Dans le programme APDP, les principales stratégies d'action pour la communication sur les soins auto-administrés sont les suivantes: communication des connaissances et des compétences, évaluation des connaissances antérieures, des perceptions, des croyances, de la connaissance de la personne et de ses besoins. La communication sur les soins personnels est influencée par la quantité d'informations volumineuses au moment du diagnostic et du début du traitement, par la perception qu'ont les professionnels de la santé de la personne atteinte de diabète de type 2 et par leurs connaissances des professionnels de la santé, l'alphabétisation, la littératie en matière de santé, les sources d'informations et alternatives de temps (fréquence et durée des consultations). Le temps était lié à l'influence des variables macrosystémiques: organisation du système de santé national.

L'équipe multidisciplinaire, la relation familiale et thérapeutique avec le professionnel de la santé sont les conditions qui interviennent dans le phénomène à l'étude.

Bien que la personne atteinte de diabète de type 2 connaisse les principaux domaines de l'autosoin, elle ne les met pas en œuvre. La communication entre les professionnels de santé - les personnes atteintes de diabète de type 2 était condensée dans le résultat paradoxal «la personne ne parle pas, le professionnel ne demande pas ».

Most - clef: communication; soins personnels; diabète de type 2.

Índice

Introdução	1
<i>Diabetes e consequências psicossociais</i>	<i>1</i>
<i>Autocuidado.....</i>	<i>4</i>
<i>Comunicação</i>	<i>6</i>
<i>Comunicação e Autocuidado.....</i>	<i>8</i>
1. Método.....	8
<i>1.1. Participantes</i>	<i>9</i>
<i>1.2. Materiais.....</i>	<i>9</i>
1.2.1. Dados sociodemográficos	9
1.2.2. Entrevista semi-estruturada.....	9
<i>1.3. Procedimento</i>	<i>10</i>
<i>1.4. Análise dos dados.....</i>	<i>11</i>
2. Resultados.....	12
<i>2.1. Autocuidado : percepções de profissionais de saúde e indivíduos com DMT2....</i>	<i>13</i>
2.1.1 Áreas de autocuidado nomeadas por profissionais de saúde e indivíduos com DMT2	13
2.1.2. Percepção do grau de dificuldade das áreas de autocuidado	15
<i>2.2. O papel da família para o autocuidado da DM tipo 2.....</i>	<i>16</i>
<i>2.3. Componentes da comunicação para o autocuidado</i>	<i>18</i>
2.3.1. Avaliação do conhecimento prévio, comunicação de conhecimentos e habilidades	18
2.3.2. Avaliação de percepções, crenças, conhecer o indivíduo e as suas necessidades.....	20
2.3.3. Influências na comunicação para o autocuidado da DM tipo 2	22
<i>2.4. Conhecimento e processo de acção</i>	<i>25</i>
<i>2.5. Equipa multidisciplinar e comunicação para o autocuidado.....</i>	<i>27</i>
2.5.1. Equipa multidisciplinar	27

2.5.2. Continuidade de cuidados, acompanhamento e resposta ao isolamento	27
2.5.3. Comunicação entre equipa multidisciplinar: registo e partilha de informação clínica e não clínica	28
2.5.4. Médico como prescriptor, enfermeiro como educador e impacto na comunicação para o autocuidado	29
2.5.5. Da multidisciplinaridade para a interdisciplinaridade	30
2.6. <i>Relação terapêutica crónica e comunicação</i>	30
2.6.1. Relação terapêutica crónica.....	30
2.6.2. Formação contínua na área da comunicação em saúde	31
2.6.3. Modelo de comunicação centrado na pessoa e modelo de comunicação paternalista	31
2.6.4. A pessoa com diabetes tipo 2 não fala, o profissional de saúde não pergunta	32
3. Discussão	32
<i>Limitações e pontos fortes</i>	41
4. Conclusão	42
Referências	44
Anexos	54
<i>A – Guião de entrevista profissionais de saúde</i>	54
<i>B – Guião de entrevista indivíduo com diabetes tipo 2</i>	54
<i>C – Consentimento Informado Livre e Esclarecido</i>	56
<i>D - Material codificado por categoria</i>	58

Índice de Tabelas

Tabela 1. Sistema de categorias e subcategorias	13
--	----

Índice de figuras

Figura 1. Frequência de nomeação das áreas de autocuidado pelos profissionais de saúde e indivíduos com DMT2.....	14
--	----

Lista de Abreviaturas

DM – Diabetes *Mellitus*

DM tipo 2 – Diabetes *Mellitus* tipo 2

DMT2 – Diabetes *Mellitus* tipo 2

APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

ADO – Antidiabéticos orais

WHO – World Health Organization

PS – Profissional de saúde

ID – Indivíduo com diabetes tipo 2

Introdução

Diabetes e consequências psicossociais

A diabetes *mellitus* é descrita pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018) como uma doença caracterizada pela produção insuficiente ou uso inefectivo da insulina (hormona que regula o açúcar no sangue) segregada pelo pâncreas. De modo similar, a *American Diabetes Association* (2018) define diabetes como uma doença metabólica de origem multifactorial caracterizada por níveis elevados de glucose no sangue por défice na segregação e/ou acção da insulina.

São distinguidos dois tipos de diabetes: a tipo 1 e tipo 2. A diabetes tipo 1, sem causa reconhecida, é caracterizada pela produção deficiente de insulina, requerendo a sua administração diariamente. A diabetes tipo 2 resulta do uso ineficaz da insulina, produzida pelo corpo, o seu aparecimento é associado a excesso de peso e inactividade física (WHO, 2018). Apesar de a diabetes tipo 1 ser conhecida como insulino dependente e a tipo 2 não insulino dependente (Pignatelli & Carvalho, 1992) essa designação não se encontra, actualmente, na literatura.

O número de pacientes com diabetes aumentou de 108 milhões, em 1980, para 422 milhões, em 2014, (OMS, 2018). Globalmente, a diabetes *mellitus* tipo 2 representa a grande maioria dos casos (Palta et al., 2014) e nas últimas 3 décadas, em contraste com a diabetes tipo 1, pode ser considerada uma autêntica epidemia distribuindo-se de forma igualitária nos países industrializados e não industrializados (Sierra & Mendivil, 2009). De acordo com *Internacional Diabetes Federation* (IDF) é expectável que a sua prevalência continue a aumentar (IDF, 2018).

Segundo dados da OCDE, Portugal é o país europeu com a maior taxa de prevalência de diabetes antevendo-se uma tendência de crescimento nos próximos 4 anos (Diabetes: Factos e Números, 2016). No nosso país, o diagnóstico desta doença assomou mais de um milhão de indivíduos entre os 20 e os 79 anos de idade, distinguindo-se uma maior prevalência entre homens (15,9 %) comparativamente às mulheres (10,9 %) e um forte aumento da sua incidência com a idade (Diabetes: Factos e Números, 2016). No ano de 2015, foram diagnosticados 168 novos casos de diabetes por dia, situando-se a prevalência da doença nos 13,3% (Diabetes: Factos e Números, 2016). Estes números redundam num aumento da despesa associada ao tratamento da diabetes registando-se uma taxa de crescimento média anual de 16%, entre 2006-2015, nas vendas de

antidiabéticos não insulínicos, e uma taxa de crescimento média anual de 13% na venda de insulina, no mesmo período de tempo, embora os custos com o internamento tenham diminuído (Diabetes: Factos e Números, 2016). A despesa do sistema nacional de saúde com a diabetes, em 2015, representou um custo directo, estimado, entre 1 300 - 1 500 milhões de euros, o que representa 0,7 - 0.9 do PIB português e 8 a 10% da despesa em saúde em 2015 (ibid).

O desaparecimento virtual da actividade física não programada, o sedentarismo e acessibilidade de alimentos energeticamente densos, característicos da sociedade industrial e urbana, (Rucker, McDowd & Kluding, 2012; Sierra & Mendivil, 2009) favorecem a susceptibilidade ao aparecimento da diabetes tipo 2. O aumento da esperança média de vida e conseqüente envelhecimento da população sustenta a projecção deste aumento nos próximos anos (Rucker, McDowd & Kluding, 2012; Sierra & Mendivil, 2009). O aumento da taxa de incidência, a elevada morbimortalidade (Vasconcelos et al., 2018), tratando-se de uma das principais causas de morte (Cardoso, Queirós & Fontes Ribeiro, 2015) e o grande número de comorbilidades associadas elevam a diabetes a um problema de saúde pública.

A diabetes tipo 2 é, sistematicamente, associada a complicações microvasculares (Almeida et al., 2017; McCrimmon, Ryan & Frier, 2012; Vincent & Hall, 2015) como neuropatia (Almeida et al., 2017; Rucker, McDowd & Kluding, 2012) retinopatia (Almeida et al., 2017) e nefropatia (Almeida et al., 2017; Rucker, McDowd & Kluding, 2012). As complicações macrovasculares mais frequentes são: doença cardiovascular (doença cardíaca isquémica com angina, enfarte agudo do miocárdio, doença cardíaca isquémica sem angina) (Almeida et al., 2017; Vincent & Hall, 2015; Rucker, McDowd & Kluding, 2012) doença cerebrovascular (isquemia cerebral transitória, trombose/ acidente vascular cerebral, doença vascular cerebral) (Almeida et al., 2017) e doença arterial periférica (aterosclerose/doença vascular periférica) (Almeida et al., 2017; ADA, 2013 citado por Palta et al., 2014; Rucker, McDowd & Kluding, 2012). A redução abrangente do risco cardiovascular constitui o foco principal da abordagem terapêutica da diabetes tipo 2 (Duarte et al., 2018).

A diabetes tipo 2 é, também, identificada como factor de risco para amputação de membros, perda de visão, quedas, (Rucker, McDowd & Kluding, 2012) incapacidade, (Palta et al., 2014; Rucker, McDowd & Kluding, 2012) e decréscimo global da qualidade de vida (Vincent e Hall, 2015). Apesar da disfunção cognitiva não ser identificada como uma das complicações mais marcantes da diabetes tipo 2, a associação da doença à

demência e déficit cognitivo é reconhecida (Palta et al., 2014; Rucker, McDowd & Kluding, 2012). Diferentes investigações suportam a associação entre diabetes tipo 2 e baixo funcionamento cognitivo e DMT2 e maior declínio cognitivo (Camp et al., 2015). Por isso, o planeamento estratégico do *National Institutes of Health Diabetes Mellitus Interagency Coordinating* (NIH) identificou, em 2010, a cognição como uma das áreas prioritárias da investigação na diabetes (Palta et al., 2014). Adicionalmente, estudos epidemiológicos demonstram que pacientes com diabetes tipo 2 têm um risco duplo de desenvolver *Alzheimer* ou demência vascular (Camp et al., 2015). Este risco apresenta uma forte interação com factores comorbidos à diabetes: hipertensão, dislipidemia e apolipoproteína (Camp et al., 2015). São aliás, comorbilidades como obesidade, hipertensão, hipercolesterolemia e tensão alta (Palta et al., 2014) que aumentam a complexidade da autogestão da diabetes tipo 2 que implica aderir a um plano alimentar, actividade física, toma de medicação oral (Camp et al., 2015; Cyrino, 2005), controlo de peso e monitorização dos níveis de açúcar no sangue (Camp et al., 2015). Demandas exigentes com um forte impacto na vida do doente e sistema familiar (Rebelo, 1992). Também os défices cognitivos podem dificultar a autogestão da doença, os idosos, principalmente, recusam ajuda para manter a sua independência funcional e, em última instância, evitar o recurso a instituições de cuidados permanentes (Camp et al., 2015). O *stress* crónico do cuidador do indivíduo com diabetes tipo 2, especialmente frequente na população idosa, é documentado da literatura (ibid).

A gestão de uma doença crónica é frequentemente acompanhada de emoções negativas como o medo e raiva persistindo, ainda, a frustração (Schafer, Goldstein & Simmons, 2009). Na diabetes tipo 2 as reacções mais comuns são: medo, tristeza, raiva, negação e depressão (Burns & Skelly, 2005). Trinta e três por cento, dos utentes com diabetes tipo 2, sofrem de sintomas depressivos que impactam o seu funcionamento e qualidade de vida. A depressão é associada a níveis inferiores de adesão à medicação oral (hipoglicémica, anti-hipertensiva, hipolipemiantes) menor actividade física, dieta pouco saudável (Camp et al., 2015) controlo glicémico pobre, aumento do risco de morbilidade, mortalidade (Beverly et al., 2012) e maior severidade da diabetes (Clarke & Currie, 2009). O sofrimento emocional relacionado com diabetes é independente das suas complicações, comorbilidades e comportamentos associando-se, sobretudo, a factores psicossociais, comportamentais, estratégias de *coping*, crenças de saúde, desafios impostos pela doença crónica em geral e existência de sintomas depressivos (Beverly et al., 2012). Mesmo os indivíduos com diabetes tipo 2 que não cumprem critérios para o diagnóstico de

depressão apresentam sofrimento substancial que impede o autocuidado e afecta a funcionalidade de vários domínios (e.g., ocupacional, pessoal) (Massey, Feig, Serrano & Hoffman, 2017). Globalmente, o sistema de saúde tende a desarticular o tratamento da diabetes e depressão, tratando primeiro a doença física e posteriormente a saúde mental, ou vice-versa, apesar da existência de modelos que guiam o tratamento integrado da doença física e mental (Clarke & Currie, 2009). Note-se, que tratar a depressão com alguns fármacos acarreta efeitos no tratamento da diabetes. Os antidepressivos nortriptilina diminuem o controlo glicémico, enquanto os inibidores monoamina oxidase (IMAO) aumentam a hiperglicemia e “*food craving*” (ibd).

Autocuidado

A vivência de uma doença crónica como a diabetes tipo 2 envolve um regime de tratamento complexo que contempla a administração de terapêutica farmacológica, mudança de comportamentos, estilo de vida, e autocuidados contínuos traduzidos em ganhos de saúde (Bastos, Severo & Lopes, 2007). O autocuidado tem sido estudado e compreendido pelo referencial de Dorothea Orem (1959 – 1985) que preconiza que o ser humano possui um conjunto de habilidades para cuidar de si mesmo (Tanqueiro, 2013). O autocuidado é definido como a prática de actividades que um sujeito inicia e realiza ,por sua iniciativa, para manter a sua vida, saúde e bem-estar. É uma conduta aprendida em resultado de experiências cognitivas, culturais e sociais, exigindo o desenvolvimento de habilidades influenciadas por factores intrínsecos (idade, género, sistema familiar, estilo de vida) e extrínsecos (factores ambientais, acesso, adequação e disponibilidade de recursos de saúde) (Soderhamn, 2000). Em última análise, o conceito de autocuidado conecta-se com a definição contrutivista de saúde “*ela (saúde) é mais do que um estado, e um processo em permanente construção*” (Costa & Santos, 2013, p.41).

Importa distinguir terminologicamente autocuidado, aderência, concordância (*compliance*) e autogestão. O autocuidado abrange a manutenção da saúde física e mental, bem como a gestão diária de condições crónicas como a diabetes (Coulter & Ellins, 2007). A aderência contempla a extensão pela qual o comportamento relativamente à toma da medicação, cumprimento da prescrição da dieta e mudanças de estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas com o profissional de saúde (WHO, 2019). Concordância (*compliance*) difere da aderência no sentido em que não requer a concordância do indivíduo às recomendações/ prescrições dos profissionais de saúde. A autogestão refere

o papel activo do indivíduo face ao tratamento, enfatizando a pessoa como principal e primeiro responsável pelo autocuidado (Lorig, Hasteld & Loring, 2003). Não obstante, os três constructos inter-relacionam-se, o autocuidado pode ser um indicador indirecto da adesão, e a concordância (*compliance*) parece exercer um efeito directo na persecução do autocuidado.

O autocuidado pode ser associado ao conceito de activação. A activação corresponde à compreensão do indivíduo sobre o seu papel no desempenho do autocuidado, conhecimento, habilidade e confiança para gerenciar a saúde e cuidado com a saúde (Hibbard, Stockard, Mahoney & Tusker, 2004). A activação dos pacientes pode ser aferida através da *Patient Activation Measure*, uma escala composta por um conjunto de questões que mensuram o autoconceito para gerir a saúde e cuidados de saúde (Hibbard, Stuckard, Mahoney & Tusker, 2004). Igualmente, o autocuidado é parametrizado pela escala *Summary of Diabetes Self-Care Activities – SDSCA* (Toobert, Hampson & Glasgow, 2000) traduzida e adaptada para português por Bastos, Severo & Lopes (2007).

Existe um corpo de evidência crescente que demonstra que os pacientes com *scores* mais altos de activação, reportam, consistentemente, a experiência de cuidado como mais positiva obtendo, também, melhores resultados de saúde (e.g., índice de massa corporal, hemoglobina, A1c, pressão sanguínea, colesterol). Partindo de uma amostra de pacientes com diabetes, Rask et al., (2009) reportam uma associação entre *scores* mais altos de activação e cuidado com o pé, exame oftalmológico e prática de exercício regular, comparativamente a participantes com *scores* mais baixos de activação.

O constructo de activação parece ter um papel fundamental para a individualização do plano de cuidado. A entrevista motivacional pode auxiliar a combinação entre um plano individualizado de autocuidado, nível de activação e emparelhamento com profissionais de saúde. Por exemplo, um indivíduo com um nível menor de de activação poderá ser acompanhado por um médico e enfermeiro, enquanto um utente com níveis mais altos poderá receber apoio por parte de um grupo de suporte (Hibbard & Greene, 2013).

Os programas de diabetes *management* que incluem abordagens interactivas ,continuadas no tempo, de resolução de problemas apresentam eficácia no autocuidado dos pacientes com diabetes ao incentivarem a sua participação, a partir de uma relação de colaboração entre indivíduo com diabetes tipo 2 - profissional de saúde (Cardoso,

Queirós & Fontes Ribeiro, 2015). McEwen et al., (2010) confirmam que estes programas, também, têm efeito na diminuição do sofrimento associado à doença. Paralelamente, os participantes destes programas, apresentam, comparativamente aos indivíduos que não participam, maior eficácia na gestão da doença (Wu et al., 2011). Algumas intervenções desenhadas para construir habilidades e confiança demonstram ser efectivas no aumento dos níveis de activação dos pacientes (Hibbard & Greene, 2013).

Comunicação

A importância do estudo da comunicação no contexto da saúde está patenteada em diversas declarações internacionais que ao longo do tempo sistematizaram um conjunto de directrizes relativas à comunicação entre médico - doente: Consenso de Toronto (1991), Kalamazzo I (2001) ,Kalamazzo II (2004), Consenso Britânico da comunicação (2008), Consenso da Alemanha (2010) e Consenso Europeu (2012).

A *Accreditation Council on Graduate Medical Education* (ACCME) enumerou as capacidades de comunicação como uma das seis competências requeridas para a prática efectiva de medicina (Zill et al., 2014) particularmente importantes para atingir as três funções do encontro médico: construir a relação com o paciente, obter informação sobre o problema, avaliá-lo e saber como gerir determinado problema de saúde (Teal & Street, 2008). Ainda assim, a formação académica em medicina não foca a importância da comunicação na relação entre médico- paciente, atendendo, maioritariamente, à doença física e não ao paciente (Aitini, Martignoni & Labianca, 2014). Apesar das mudanças sócio-culturais no modo como a comunicação acontece, processando-se cada vez mais através de dispositivos electrónicos de forma veloz, a relação entre médico –paciente, continua a ser o centro da medicina e do trabalho médico (Salgado, 2008).

Van Mool et al., 2012 (citado em McAlinden, 2014) demonstraram que a maioria das queixas dos pacientes está relacionada com a comunicação (verbal e não verbal, com o paciente e/ família) por parte do médico e não com a sua competência clínica. Também Parveen (2005) (citado em Varela, 2017) afirmou que a comunicação com o médico é o factor mais importante na satisfação global dos utentes.

Genericamente (atendendo que a relação de comunicação estabelecida é condicionada pelas diferentes disciplinas de saúde) a comunicação é unidirecional, (despendendo-se pouco tempo a confirmar o entendimento do paciente) pautada por

questões fechadas que minam a comunicação interactiva da conversação *in a two-way* (questões abertas e fechadas, questões que conferem o entendimento acerca do que foi dito, utilização frequente da sumarização) e influenciada por fatores externos como a organização do sistema de saúde ou estratégias de contenção que reduzem o tempo com os pacientes (McAlinden, 2014). Diferenças culturais, religiosas ou linguísticas influenciam, igualmente, o estabelecimento da comunicação (ibid), assim como diferenças de género, idade, escolaridade e estatuto socioeconómico (Teal & Street, 2008).

Ainda que não exista um conjunto pré-definido de *skills* para o estabelecimento de uma boa comunicação esta deve preservar a individualidade de cada indivíduo usando a sua linguagem e evitando o jargão médico (Aitini, Martignoni & Labianca, 2014) não abranger, apenas, o exame clínico, sintomas, diagnóstico e tratamento, mas explorar factores sociais, comportamentais e emocionais. A expressão de sintomas e sentimentos é afectada por um conjunto de pistas não-verbais: linguagem corporal, postura, expressões faciais, contacto ocular, tom, volume e velocidade da fala (McAlinden, 2014) tornando a comunicação não-verbal tão importante como a comunicação verbal. No entanto, os estudos reportam que os médicos suscitam apenas metade das preocupações dos pacientes, especialmente, no que toca às percepções dos problemas e do seu impacto social e emocional (ibid).

A influência positiva da comunicação reflete-se em alguns resultados de saúde: saúde emocional, resolução de sintomas, estatuto psicológico, controlo da dor e diminuição da conflituosidade (Salgado, 2008).

A conceptualização da comunicação como uma habilidade inata ou como uma capacidade que se pode aperfeiçoar é discutida na literatura. Alguns autores defendem que comunicar implica técnica que se adquire e aperfeiçoa constantemente (Salgado, 2008), baseando-se em estudos que demonstram que as competências de comunicação são melhoradas através de treino efectivo, embora os programas de treino sejam raramente promovidos pelas organizações hospitalares (Boissy et al., 2016). O treino em aptidões comunicacionais tem sido associado ao reconhecimento do stress emocional (Salgado, 2008), melhoria dos resultados médicos, aderência, segurança e satisfação do paciente (Boissy et al., 2016). Todavia, a maturidade e a experiência pessoais são apontadas como facilitadores da gestão emocional e comunicação em consulta (Salgado, 2008).

As aptidões comunicacionais não são apenas benéficas para os utentes, sendo responsáveis pelo aumento da satisfação profissional dos médicos e prevenção do *burnout*

(Salgado, 2008). De modo oposto, segundo Fallowfield, (1995) (citado em McAlinden 2014) uma comunicação pouco efectiva contribui para o aumento dos níveis de stress dos médicos, pouca satisfação com o trabalho e aumento dos níveis de *burnout* emocional.

Comunicação e Autocuidado

Na diabetes tipo 2, a qualidade da comunicação percebida surge associada a menor sofrimento actual e maior bem-estar (Polonsky et al., 2017). Segundo Zolnieriek et al., (2009) (citado em Zill et al., 2014) uma comunicação mais funcional está, também, positivamente correlacionada com a aderência do paciente ao tratamento e melhor autocuidado (Heisler et al., 2003). Relativamente aos resultados de saúde Street et al., 2009 (citado em Zill et al., 2014) propõem um modelo que sugere que os resultados de saúde são influenciados pela comunicação via directa e indirecta. Os resultados proximais como a confiança no médico, entendimento, motivação, envolvimento e *rapport*, afectam os resultados intermédios como o auto-cuidado e compromisso com o tratamento que, consequentemente, afectam a saúde geral, emocional e vitalidade (Zill et al., 2014).

Coulter & Ellins, (2007) identificaram 67 revisões sistemáticas sobre como suportar o autocuidado de forma óptima. Apesar do número considerável de estudos que avaliam programas de intervenção para o autocuidado, permanece pouco claro quais as componentes mais eficazes destes programas. Adicionalmente, a evidência é diminuta relativamente a quais as estratégias de comunicação mais benéficas para a promoção do autocuidado em contexto diádico (indivíduo com diabetes tipo 2 – profissional de saúde). Sendo a comunicação um tema muito lato optou-se, nesta investigação, por estudar a comunicação no âmbito terapêutico, preventivo e de assessoramento do autocuidado, acedendo às actividades e interrelacções particulares dos seus principais actores: indivíduo com diabetes tipo 2 e profissionais de saúde, dado o reconhecimento generalizado do tratamento multidisciplinar da DM tipo 2 (Duarte et al., 2018). A natureza do problema de investigação impõe uma abordagem de investigação qualitativa. A utilização da metodologia qualitativa enseja enfatizar os processos, significados e alcançar conhecimento sobre o tema ao invés de delimitá-lo.

1. Método

1.1. Participantes

Participaram na investigação 21 sujeitos: 10 profissionais de saúde e 11 indivíduos com diagnóstico de diabetes tipo 2. O procedimento de seleção da amostra foi por conveniência.

Todos os profissionais de saúde exercem a sua actividade profissional na Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP). A amostra por categoria profissional assume a seguinte distribuição: 2 médicos, 4 enfermeiros, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 farmacêutico e 1 técnico de cardiopneumologia. A amostra dos profissionais de saúde incluiu 8 mulheres e 2 homens, a experiência profissional na área da diabetes varia entre os 2 e os 30 anos ($M = 15,4$; $DP = 10,21$).

Dos onze participantes com diabetes tipo 2, 10 são usuários dos cuidados de saúde prestados na APDP, 4 são mulheres e 7 são homens, com idades entre os 55 e 85 anos ($M = 69,8$; $DP = 10,347$). O tempo de diagnóstico de diabetes tipo 2 varia entre 2 meses e os 37 anos ($M = 14,7$; $DP = 10,5$). Relativamente à terapêutica instituída 7 participantes tomam anti-diabéticos orais (ADO), 3 ADO e insulina e 1 ADO e solução injectável.

1.2. Materiais

1.2.1. Dados sociodemográficos

No que concerne aos profissionais de saúde perguntou-se, directamente, sobre o número de anos de experiência profissional na área da diabetes. Relativamente ao indivíduo com diabetes tipo 2, além da idade, inquiriu-se cada participante sobre a ocupação profissional e tempo de diagnóstico da DM tipo 2.

1.2.2. Entrevista semi-estruturada

A metodologia qualitativa particularmente a abordagem referida como “*grounded theory*” não pressupõem a avaliação de uma hipótese previamente construída, é expectável que a teoria surja da confrontação com os dados (Staruss & Corbin, 1998). Assim, elegeu-se a entrevista como o método para aceder à perspectiva subjectiva dos participantes. O método de recolha de informação qualitativa escolhido, de entre os vários tipos de entrevista existentes, recaiu na entrevista semi-estruturada por enfatizar o papel activo de cada entrevistado na promoção e construção de conhecimento (s), permitir, a expressão subjectiva dos participantes partindo dos mesmos referenciais, proporcionando, ainda, ao investigador, uma abordagem mais flexível na condução das

entrevistas. De acordo com as orientações de Smith (1999) definiram-se dois sub-temas a explorar na entrevista: autocuidado e comunicação. A sequenciação e ordenação, das questões, do geral para o particular, priorizou a percepção sobre o autocuidado acedendo, posteriormente, às perspectivas subjectivas sobre a comunicação para o autocuidado. As questões foram pensadas para promover a partilha da vivência do entrevistado (Gubrium e Holstein, 2001).

Foram criados dois guiões de entrevista semi-estruturados: um dirigido aos profissionais de saúde e outro para os indivíduos com diabetes tipo 2 projectados para uma durabilidade, média, de 20-30 minutos (ver Anexo A e B).

1.3. Procedimento

As comissões de ética da FPCEUP e APDP autorizaram este estudo. Foi criada uma brochura, distribuída aos diversos profissionais da APDP, sobre o propósito do estudo e interesse em participar. Algumas entrevistas com profissionais de saúde foram agendadas com base neste procedimento. Os dados foram recolhidos entre 8 e 10 de Maio de 2019 nas instalações da APDP, em Lisboa. As entrevistas com os profissionais de saúde foram realizadas de acordo com a disponibilidade horária de cada profissional e decorreram no gabinete de consultas onde cada profissional desempenha habitualmente a sua actividade.

Os indivíduos com diabetes tipo 2 foram convidados a participar enquanto aguardavam pela consulta de podologia. Era-lhes dito que estava a ser conduzida uma investigação sobre a comunicação para o autocuidado da diabetes tipo 2, por uma estudante do 5º ano de mestrado em psicologia da Universidade do Porto. Quando acediam colaborar, os participantes eram conduzidos a um gabinete disponibilizado pela APDP para a realização das entrevistas. O anonimato e confidencialidade dos dados foram garantidos, e expresso de forma clara que a recusa em participar não acarretava qualquer prejuízo dos serviços disponibilizados pela associação.

Foram apresentadas aos 2 grupos de participantes informações sobre o estudo (ver Anexo C). Todas as entrevistas foram gravadas em áudio ,após, a assinatura do consentimento informado (ver Anexo C). Apenas um indivíduo com diabetes tipo 2 recusou a gravação áudio da entrevista, por essa razão a entrevista não foi realizada e a participação no estudo

interrompida expressando-se total aceitação pelos motivos apresentados para não gravar a entrevista (ver Apêndice C).

Para garantir o anonimato, confidencialidade na utilização dos dados e distinção dos participantes procedeu-se à numeração das entrevistas associada à nomenclatura profissional de saúde (PS) e indivíduo com diabetes (ID). Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra de forma cuidadosa e suficientemente exacta. Foram excluídas as apresentações iniciais e segmentos finais não relacionados com a temática. Todos os dados que pudessem identificar os entrevistados foram omitidos. As transcrições (ficheiro word com um total de 115 páginas) foram armazenadas numa pasta no computador da aluna acedida mediante introdução de uma palavra passe.

1.4. Análise dos dados

Para proceder à análise dos dados utilizou-se metodologia *grounded theory* (Charmaz, 1983;1990; Glaser, 1978; Glaser & Strauss, 1967; Strauss, 1987; Strauss & Corbin, 1990). A saber: 1) estabelecimento de comparações entre os dois grupos para a identificação e desenvolvimento de categorias, 2) as categorias e subcategorias propostas são suportadas e exemplificadas por material cotado das entrevistas, 3) microanálise (análise linha-a-linha) para abstrair relações entre as categorias, 4) organização da análise descritiva e analítica em 6 categorias principais, compostas por subcategorias que integram conceitos que visam a sua clarificação e especificação, 5) utilização de técnicas usuais de suporte técnico (memos e diagramas).

A análise e codificação dos dados entendendo-se codificação por “*operações pelas quais os dados são divididos, conceptualizados e reagrupados de forma diferente*” (Strauss & Corbin, 1998 p.57) foi auxiliada pelo software QRS NUD*IST 11 (*Qualitative Solutions and rearch PTy Ltd – Non-numerical, Unstrucred, Data: Indexing, Searching and Theorising*). Embora o processo analítico não esteja subordinado ou dependente de qualquer ferramenta tecnológica salienta-se a eficiência deste programa para a divisão, codificação e categorização de dados pouco estruturados permitindo desenvolver esquemas categoriais e conceptuais, e desta forma explorar as relações existentes entre os dados (Bazeley, 2000).

Para exemplificar a apropriação da abordagem qualitativa da investigação *grounded theory* em articulação com a utilização do software QRS NUD*IST N11 manteve-se durante todo o processo de análise um *audit trail*. (Strauss & Corbin, 1998;

Bazeley, 2000). O *audit trail*, narrativa do processo de investigação, é um critério de confirmabilidade para julgar a investigação qualitativa como credível e confirmável (Lincoln & Guba, 1985). A descrição do *audit trail* visa dar inteligibilidade ao processo que permitiu abstrair os resultados nas categorias e subcategorias descritas, mas, principalmente, mostrar que análise dos dados não é uma caminhada linear e simplista em que encetamos um conjunto de passos ordenados que desembocam num conjunto de resultados. Pelo contrário, o processo é sinuoso e irregular, caracterizado pela incessante (re)leitura dos dados até tentarmos dominar uma prática, ou tipo de raciocínio, que nos permite aceder ao modo como as coisas decorrem e aos mecanismos que as fazem acontecer.

2. Resultados

No final do processo de categorização abstraímos 6 categorias e 14 subcategorias. As categorias e subcategorias foram organizadas por forma a tornar as suas relações inteligíveis. Foi disposto o número total de entrevistas (E) analisadas para cada categoria. Cada subcategoria detém a frequência relativa (%) do material cotado das entrevistas dos profissionais de saúde (PS) e indivíduo com diabetes tipo 2 (ID) (ver Tabela 1). Após a apresentação do quadro síntese, analisa-se detalhadamente cada categoria e subcategoria, recorrendo-se, por vezes, a excertos exemplificativos de entrevistas seleccionadas. A selecção dos exemplos obedeceu a dois critérios: i) relevância do excerto para a categoria/subcategoria ii) permitir que o contributo de todos os participantes ficasse registado. A extensão total do material cotado que originou as categorias e subcategorias pode ser consultado (ver Anexo D).

Tabela 1.

Sistema de categorias e subcategorias

<p>Autocuidado: percepções de profissionais de saúde e indivíduos com DMT2 (E = 21)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Áreas de autocuidado nomeadas por profissionais de saúde e indivíduos com DMT2 (PS = 100%; ID = 100%) • Percepção do grau de dificuldade das áreas de autocuidado (PS = 70%; ID = 100%)
<p>O papel da família para o autocuidado da DMT2 (E = 18 ; PS = 90% ; ID = 81%)</p>
<p>Componentes da comunicação para o autocuidado (E = 17)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do conhecimento prévio, comunicação de conhecimento e habilidades (PS = 80%; ID = 18%) • Avaliação de percepções, crenças, conhecer o indivíduo e suas necessidades (PS = 70%; ID = 9%) • Influências na comunicação para o autocuidado da DMT2 <ul style="list-style-type: none"> Quantidade massiva de informação no momento do diagnóstico e início da terapêutica (PS = 30%) Percepção dos profissionais de saúde sobre o indivíduo com DMT2 e percepção do indivíduo com DMT2 sobre o profissional de saúde (PF = 50%; ID = 27 %) Literacia (PS = 20%), literacia em saúde (PS = 30%; ID = 27%) e fontes alternativas de informação (PF = 30 %; ID = 9%) Tempo: frequência (PS = 30 % ; ID = 9%) e duração das consultas (PF = 70% ; ID = 27%)
<p>Conhecimento e processo de acção (E = 16 ; PS = 80 %; ID = 72 %)</p>
<p>Equipa multidisciplinar e comunicação para o autocuidado (E = 13)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipa multidisciplinar (PS = 50%) • Continuidade de cuidados, acompanhamento e resposta ao isolamento (PS = 60%; ID = 9%) • Comunicação entre equipa multidisciplinar: registo e partilha de informação clínica e não clínica (PS = 60%) • Médico como prescriptor, enfermeiro como educador e impacto na comunicação para o autocuidado (PS = 90%; ID = 36 %) • Da multidisciplinaridade para a interdisciplinaridade (PS = 30 %)
<p>Relação terapêutica crónica e comunicação (PS = 13)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relação terapêutica crónica (PS = 50%; ID = 27%) • Formação contínua na área da comunicação em saúde (PS = 30 %) • Modelo de comunicação centrado na pessoa e modelo de comunicação paternalista (PS = 80 %; ID = 9 %) • A pessoa não fala, o profissional de saúde não pergunta (PS = 30 % ; ID = 27%)

2.1. Autocuidado: percepções de profissionais de saúde e indivíduos com DMT2

2.1.1 Áreas de autocuidado nomeadas por profissionais de saúde e indivíduos com DMT2

As áreas de autocuidados referenciadas pelos profissionais de saúde foram: insulino-terapia; autovigilância de níveis de glicemia; cuidados com os pés (feridas nos pés); prática de actividade física; toma de antidiabéticos orais; cuidados com alimentação (contagem de hidratos de carbono); controlo de patologias que influenciam a diabetes; controlo de comorbilidades associadas à DM tipo 2; detecção e correcção de hipo e hiperglicemia; administração de injectável subcutâneo. Os indivíduos com diabetes tipo 2 reportaram que as áreas de autocuidado mencionadas pelos profissionais de saúde incluem: insulino-terapia; toma de antidiabéticos orais; prática de actividade física (caminhar); cuidados com alimentação (alimentação polifraccionada); auto -vigilância de níveis de glicemia; cuidados com os pés; perda de peso; realização de exame oftalmológico; administração de injectável subcutâneo. As áreas de autocuidado mais frequentemente referidas pelos profissionais de saúde foram: ingestão de antidiabéticos orais e prática de actividade física. Os indivíduos com DMT2 mencionaram mais vezes a comunicação, por parte dos profissionais, dos cuidados relativos à alimentação.

Dispõem se, graficamente, a frequência de áreas de autocuidados reportadas por profissionais de saúde e indivíduo com diabetes tipo 2 (ver Figura 1).

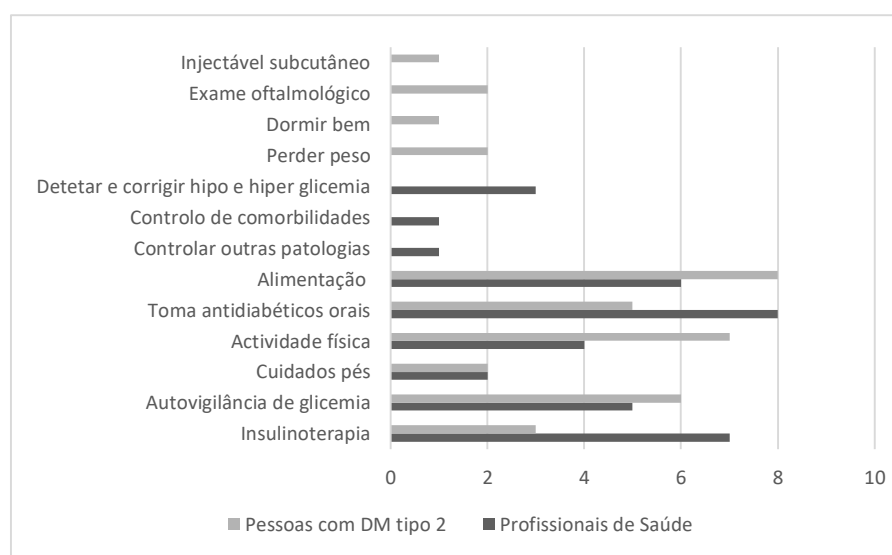


Figura 1. Frequência de nomeação das áreas de autocuidado pelos profissionais de saúde e indivíduo com diabetes tipo 2.

A insulino-terapia, prática de actividade física, autovigilância da glicemia e cuidado com o pé são áreas de autocuidados reportadas, simultaneamente, por profissionais de saúde e indivíduo com diabetes tipo 2. Perder peso, dormir bem e exame oftalmológico são áreas de autocuidado indicadas, apenas, pelos participantes com diabetes tipo 2. Só os profissionais de saúde apontaram a detecção e correcção de hipo e

hiperglicemia, controlo de patologias que influenciam a diabetes e comorbilidades associadas à doença como autocuidados inerentes à DMT2.

2.1.2. Percepção do grau de dificuldade das áreas de autocuidado

Globalmente, os participantes classificaram o autocuidado da DM tipo 2 como difícil, complexo e exigente.

O autocuidado foi definido como um mundo impressionante e complexo (1 ID) a sua dificuldade foi justificada pelo número de preocupações que devem ser atendidas durante todos os dias (1 ID), os pedidos dos profissionais de saúde, relativamente, ao autocuidado, qualificados como difíceis (1 ID).

Dois profissionais de saúde expressaram que para além do número de tarefas de autocuidados (cerca de 40 por dia, segundo um dos profissionais entrevistado) é a repetição dos autocuidados ao longo do tempo que torna a sua implementação exigente. Um profissional de saúde verbalizou a tendência para encarar o autocuidado com simplicidade, outro sublinhou a tendência para o relativizar. Um profissional acrescentou que além de empreender um conjunto de actividades, tarefas e responsabilidades associados à DMT2, o indivíduo continua a ter que desempenhar e conciliar um conjunto de outras tarefas ao nível pessoal, familiar, profissional e de integração na comunidade. Para este profissional o grau de complexidade do autocuidado assenta na obtenção de um padrão de resultados não homogéneos, apesar da administração cuidadosa da terapêutica. Um indivíduo com diabetes tipo 2 expressou, também, a imprevisibilidade face aos resultados obtidos. É interessante verificar que todos os profissionais de saúde, citados, utilizaram a comparação entre o indivíduo com diagnóstico de DMT2 e o indivíduo sem DMT2 para ilustrar a complexidade do autocuidado na diabetes tipo 2.

“estas tarefas na diabetes têm um outro ponto que introduz complexidade que é o facto de serem muito variáveis no dia a dia portanto o que nós exigimos das pessoas no seu plano, mesmo quando é aceite pelas pessoas, não têm um resposta homogénea de dia para dia ... mesmo que a pessoa tenha cuidado em tudo aquilo que come, na administração da sua terapêutica e monitorização da glicemia não tem que ter o mesmo resultado, isso introduz um componente complexo” (PS 9)

“às vezes quando a diabetes altera um bocadinho mais eu fico a pensar então eu ontem comi menos e aumentou e outras vezes quando meto o chocolate tenho a diabetes muito baixa” (ID 2).

A actividade física foi indicada como a área de autocuidado mais difícil para os profissionais de saúde (N = 5) justificando que a presença de comorbilidades e dificuldades osteoarticulares impedem a prática de exercício. Em consonância, dois participantes com DMT2 justificam a inactividade física pela dificuldade de locomoção e presença de outras patologias (e.g., hérnias, ciática).

A área de autocuidado percebida como mais difícil para os indivíduos com diabetes tipo 2 foram os planos de alimentação. Esta dificuldade foi relacionada com a exigência de uma alimentação polifracionada que colide com o exercício da actividade profissional. Um profissional de saúde ilustrou como o exercício de diferentes profissões se imiscui no autocuidado alimentar.

“a minha actividade profissional não me permite comer a meio da manhã, comer a meio da tarde, fazer cinco refeições, eu não tenho vida para isso obviamente faço 3 refeições e já está, quanto muito tomo um café a meio da manhã” (ID 11).

“porque podemos estar a falar de um bombeiro que é chamado para ir para um incêndio, podemos estar a falar de uma pessoa que trabalha por turnos, ninguém vai parar um incêndio para o bombeiro comer, um advogado que está numa reunião ou num tribunal, a operadora de uma caixa de hipermercado que não pode ter comida com ela” (PS 5).

A área de autocuidado percebida como mais fácil para profissionais de saúde (N = 5) e indivíduo com diabetes tipo 2 (N = 4) foi a toma de antidiabéticos orais. Um profissional de saúde argumentou que esta é a área de autocuidado mais normativa e fácil de introduzir na rotina diária. Além deste resultado, dois participantes com DMT2 verbalizaram representações sobre a eficácia da toma de antidiabéticos orais. Para um, o controlo da doença é consequência da medicação, o recurso aos fármacos antidiabéticos para compensar erros alimentares, foi advogado pelo segundo participante.

“acaba por ser uma coisa que é rotineira é uma hora específica ... muitas das pessoas que eu acompanho dão esse feedback... diria que é o mais normativo ou o extra mais fácil de colocar na rotina” (PS 8).

“eu tenho-os mais ou meu controlados por mim e por causa dos medicamentos” (ID 5).

2.2. O papel da família para o autocuidado da DM tipo 2

Os profissionais de saúde incluem nas suas práticas membros da família do indivíduo com DMT2. Um profissional arguiu que a presença dos familiares é sempre requerida, principalmente entre a população idosa. Pelo contrário, dois profissionais remetem, a decisão da presença da família, em consulta, para o indivíduo. A presença da família é especialmente relevante quando esta exerce a função de cuidadora (1PS) reforçando a explicitação, de outro profissional, que disse que é necessário providenciar informação substancial à família. A dificuldade na compreensão da informação e a vivência da fase de negação da doença são as premissas para a relevância da família como suporte de informação (1 PS). Outro profissional nomeou a importância de os

profissionais de saúde contemplarem a influência, das complexas fases de aceitação da doença crónica, nas acções e atitudes do indivíduo com diabetes tipo 2. Comunicar por escrito com o sistema familiar foi considerado preponderante para dois profissionais de saúde. Por último, a convocação do acompanhante para a consulta e o “*convite*” para estar presente no próximo agendamento orientam a acção de um profissional que deixou escapar que nem sempre é conveniente a presença do acompanhante. Um profissional disse que requisita por escrito a presença de alguns elementos da família salientando a importância da sua presença aquando do ensino de uma determinada terapêutica.

“Quando são uma mais valia é importante que venham à consulta desde que a pessoa autorize, principalmente se forem os cuidadores e temos muitos cuidadores de família (PS 5).

“o que eu acho é que temos que contar com as famílias e sabendo que elas existem é trabalhar com elas também, é comunicar com elas também, mesmo que presencialmente não estejam cá...é muito importante comunicar com elas (PS 2).

Os participantes com DMT2 consideraram que a família auxilia a implementação do autocuidado: marcando as consultas, inquirindo sobre o cumprimento da toma da medicação, alertando para o que deve ser feito, emitindo avisos para impedir o esquecimento de alguns autocuidados, adoptando o mesmo regime alimentar e rotina de actividade física, prestando auxílio na realização de autocuidados (e.g., cortar as unhas) ou questionando como a pessoa se sente.

Os profissionais de saúde, consideraram, contudo, que a família pode exercer um papel negativo quando periga o grau de independência (1 PS), autonomia e responsabilização do indivíduo na implementação do autocuidado (1 PS) ou irrompe em práticas de controlo (e.g., controlo de alimentos ingeridos) (2 PS). Três participantes com DMT2, também, referiram a influência menos positiva da família na área da alimentação. Especificamente: quando é necessário cozinhar comida que contraria o autocuidado alimentar, quanto a família propõe a ingestão de alimentos que não são benéficos para o autocuidado, ou quando vários elementos da família, também diagnosticados com diabetes tipo 2, cometem “*disparates*” na esfera da alimentação. Outro indivíduo disse que os conflitos familiares influenciam o autocuidado, outro disse, ainda, que apesar de a esposa querer ajudar o seu nervosismo e necessidade de explicações sucessivas o “*enervam*”. A incidência da diabetes tipo 2 em vários elementos da família ressaltou não só na entrevista de um participante com DMT2 como no testemunho de um profissional de saúde.

“porque não tenho um marido que consiga acompanhar-me, o meu marido é uma pessoa que só gosta de fritos ... não come grelhado e eu às vezes tenho que fazer outras coisas à parte ... quer dizer é difícil resistir ao que cozinheiro para ele” (ID 10).

2.3. Componentes da comunicação para o autocuidado

2.3.1. Avaliação do conhecimento prévio, comunicação de conhecimentos e habilidades

Cinco profissionais de saúde mencionaram a importância de avaliar o conhecimento prévio sobre qualquer tópico a ser transmitido durante as consultas. Um profissional considerou importante conhecer o que o paciente sabe, outro argumentou a necessidade de aferir se a díade possui o mesmo nível de conhecimento. Neste seguimento, outro profissional defendeu a adaptação ao conhecimento e capacidade de cada indivíduo, outro profissional disse ser necessário equilibrar o que cada utente sabe com o que é importante saber. Averiguar o que o indivíduo quer saber, também, deve integrar esta equação, de acordo com outro profissional de saúde. Por último, um colaborador, da APDP, defendeu que informação considerada básica para os diferentes profissionais poderá não ser para o indivíduo com diabetes.

“Primeiro tem que se adaptar ao nível de conhecimento de cada um e às capacidades de entendimento de cada um” (PS 3).

Partindo dos dados, verificou-se que a comunicação para o autocuidado na DM tipo 2 envolve a comunicação de conhecimentos e habilidades sobre a doença e tratamento. A definição de conhecimentos e habilidades foi delineada a partir da frequência de verbos transitivos utilizados pelos profissionais de saúde inquiridos. Assim, os conhecimentos sobre a doença e terapêutica implicam um conjunto de saberes (utilização do verbo saber 11 vezes) aprendidos (utilização do verbo aprender 14 vezes) a partir das explicações dos diversos profissionais (utilização do verbo explicar 17 vezes).

As habilidades compõem-se de um conjunto de acções práticas ensinadas pelos profissionais de saúde (utilização do verbo ensinar 4 vezes) e expressas pelo verbo fazer (52 vezes).

São várias as modalidades de transmissão de conhecimentos. A modalidade de transmissão de informação escrita foi valorizada por dois profissionais. Outro participante recorre a gráficos, imagens, esquemas, alegorias e informação disposta na *internet* para possibilitar uma melhor apreensão da informação a ser transmitida. Outro profissional

descreveu o uso de panfletos, elaborados por si, para potenciar a compreensão da informação comunicada oralmente. Apenas um dos profissionais entrevistados referiu a influência das diferentes faixas etárias e estádios de desenvolvimento no processo de comunicação, propondo estratégias específicas para comunicar com crianças e adolescentes com diabetes tipo 1.

Um indivíduo com diabetes afirmou que a informação sobre o autocuidado é transmitida oralmente, outro inquirido disse que recebeu informação escrita sobre a utilização do glucómetro e valores de glicemia.

“alegorias muitos de nós utilizamos o exemplo da chave-fechadura para explicarmos o funcionamento da insulina e do açúcar a entrar para as células. Explicando que a insulina é uma chave que possibilita que a energia passe para dentro do corpo, eu acho que as pessoas conseguem perceber melhor qual é o seu papel e qual a sua necessidade... depois levam sempre recomendações escritas dos passos que irão fazer para caso se esqueça de alguns passos poder seguir um guião (PS 3).

“ela deu-me uns papéis, em conjunto com o aparelho, depois além dos papéis em conjunto com o aparelho deu-me outros papéis com os valores escritos e os cuidados que devia ter“(ID 7).

O procedimento para a comunicação de habilidades foi consensual para 3 profissionais de saúde, que enfatizaram a importância de demonstrar, num primeiro momento, como se faz, apelando, seguidamente para a execução do observado. Perguntar a cada utente como faz, habitualmente, determinada habilidade ou demonstrar como a coloca em prática foi sinalizado, por um dos profissionais como uma estratégia para confirmar que as habilidades são realizadas de forma correcta. Nesta ordem, um indivíduo com diabetes tipo 2, contou que um profissional de saúde lhe mostrou como colocar a agulha na caneta de insulina. Pedir ao indivíduo que relate aquilo que percebeu com o intuito de confirmar, validar, e se preciso for corrigir foi uma estratégia listada por outro profissional de saúde.

“se estamos a explicar um glucómetro nós temos de estar a fazer junto da pessoa a fazer com ela... para termos a certeza que a pessoa está a fazer bem nós temos que pedir à pessoa para fazer, então dizemos ao senhor ou à senhora “então faça lá, então e o que é que nós falamos, agora é para fazer o quê, ora faça lá“(PS 5).

“mostrou-me como é que se punha a agulha na caneta“(ID 8).

Alternativamente, a “*formação de pares experts*” foi referenciada como importante, para a transmissão de conhecimentos e habilidades (2 PS). Por sentirem os mesmos problemas e dificuldades o apoio dos pares foi considerado fundamental, afigurando-se, em colaboração com os profissionais de saúde, fontes de transmissão de informação viável e confiável.

“acho que há outra coisa muito importante que é os pares, reunirmos com pares experts que possam transmitir uma informação que nós sabemos à partida que é viável e confiável também acho que é importante porque a pessoa reconhece que realmente nós temos a nossa qualificação, mas não sentimos o mesmo que eles, tenho a certeza que as pessoas sentem isso, se for um par o impacto será muito melhor e muito maior...” (PS 3).

O envolvimento do indivíduo, com diabetes tipo 2, em grupos de pares foi valorizado por 3 profissionais de saúde, influenciando a aceitação da doença (1 PS) e a motivação do próprio e do outro (1 PS). Descobrir que as dúvidas pessoais, são, afinal, transversais a outras pessoas facilita a discussão do autocuidado (1PS).

“mas às vezes as coisas em grupo tornam-se mais fáceis, não são só eles que têm aquela dúvida e que fazem assim, há mais pessoas...E depois temos outras sessões, por exemplo, do relógio da vida, que basicamente é um relógio e nós convidamos uma pessoa ou criamos uma história fictícia em que eles vão dizendo o que fazem ao longo de um dia, acordo às 8 da manhã tomo a medicação, o pequeno almoço e eles vão discutindo o que é que faziam igual ou diferente, é interessante” (PS 6).

2.3.2. Avaliação de percepções, crenças, conhecer o indivíduo e as suas necessidades

Avaliar percepções, crenças, conhecer o sujeito e as suas necessidades, são para os profissionais de saúde, sequências e fases de acção precedentes à transmissão de conhecimentos e habilidades. Seguidamente, analisamos em detalhe cada um destes elementos.

A avaliação das percepções sobre a doença foi considerada importante para dois profissionais de saúde. Um profissional, reconheceu, que a par da análise das percepções é necessário perceber como o indivíduo se sente. Um profissional questionou se comunica sobre a cronicidade da DM tipo 2 enquanto conversa com a pessoa, considerando esta informação um pressuposto importante para a comunicação subsequente.

“avaliar as percepções das pessoas que temos ali à nossa frente para perceber o que é que a pessoa acha de ter diabetes, porque é que acha que têm diabetes? o que é que é a diabetes? se sabe o que é que é a diabetes” (PS 8).

A insulino terapia e alguns tópicos relativos à alimentação são alvo de “mitos”. Os mitos sobre a insulina apareceram como os mais prevalentes (4 PS). Alguns dos significados associados à insulino terapia foram: aumento da gravidade da doença, medo da morte (referenciado por um indivíduo com DMT2 quando foi informado da necessidade de iniciar terapêutica insulínica), cegueira, amputação de membros, toxicod dependência, aumento de peso e agravamento da doença. Um profissional argumentou que algumas representações sobre a insulina surgem pela sincronia da sua

toma aquando do aparecimento de algumas das complicações associadas à doença, avolumando a associação da emergência destas complicações à terapia insulínica. Estes mitos são difíceis de rebater quando veiculados por profissionais de saúde ou familiares (1 PS).

“Ainda há pessoas que acham que a insulina ainda é o fim de linha...ah vou fazer insulina, a minha vizinha quando começou a fazer insulina poucos meses depois morreu” (PS 2).

Sobre a alimentação aglomeram-se mitos sobre os hidratos de carbono (1 PS), o “mito do açúcar” percebido como “veneno” e cuja ingestão é importante para o tratamento da hipoglicemia (1 PS). A ingestão de alimentos específicos (açúcar, mel, doces) é associada à origem causal da DM tipo 2, tal como a presença da doença em familiares de primeiro grau (1 PS). A procura de uma causa para o aparecimento da DM2 dificulta, no dizer, de um profissional de saúde, a aceitação da doença.

“ah eu tenho diabetes tipo 2 porque já a minha mãe tinha, ou tenho diabetes porque punha sempre mel no chá” pronto coisas assim do género...eu acho que é muito importante clarificar porque são pessoas que vêm com mais mitos relativamente aquilo que é a diabetes e relativamente à sua origem. Para algumas pessoas ter diabetes é não comer doces, há outras que ter diabetes é medir os valores” (PS 8).

Constatamos que 3 profissionais de saúde sublinharam a necessidade de clarificar, desconstruir, questionar e desmistificar ideias associadas à insulino-terapia, alimentação e origem da doença. Um profissional disse que estes “mitos” podem derivar das experiências de outros familiares ou membros da rede proximal.

Dois profissionais de saúde comunicaram a importância de “conhecer a pessoa” referindo explicitamente que o conhecimento do indivíduo precede a transmissão de conhecimentos e habilidades. “Conhecer a pessoa” é fundamental para perceber o que cada um precisa dos profissionais de saúde (1 PS). Outro profissional afirmou que o conhecimento do outro é realizado consulta a consulta em função do seu potencial transformativo em interacção com variáveis disposicionais do profissional de saúde. Em consonância, um participante relacionou a disponibilidade dos profissionais com factores pessoais. A escuta activa foi verbalizada, por um profissional, como a estratégia para descobrir o sujeito e aceder às suas dificuldades. Além deste profissional, o levantamento das dificuldades, relativamente ao autocuidado, foi percebido como uma tarefa importante para dois profissionais de saúde. Um profissional disse que é necessário criar espaços e tempos para o indivíduo verbalizar as suas dificuldades e maior disponibilidade do profissional para ouvir. Outro profissional, acrescentou, que o indivíduo precisa de tempo para exprimir dificuldades. Além do tempo para ouvir é preciso perguntar e “saber

ouvir” para, desta forma, neutralizar, a pretensão de “mandar na vida das pessoas” (1 PS).

“Acho que a estratégia que nós usamos é uma boa estratégia que é a escuta activa... escuta activa para conhecermos o melhor possível a pessoa que estamos a atender e os seus receios e as suas dificuldades... primeiro descobrir a pessoa que estamos a atender... como tinha dito é a partir da escuta activa o tal conhecer a pessoa perceber quais são as dificuldades da pessoa...descarregar informação não é o caminho, se não tentarmos conhecer a pessoa que temos ali e o que é que ela está a precisar de nós, porque nós não sabemos”(PS 4).

2.3.3. Influências na comunicação para o autocuidado da DM tipo 2

As influências na comunicação para o autocuidado da DM tipo 2 foram organizadas em: quantidade de informação massiva no momento do diagnóstico e início da terapêutica, percepção dos profissionais de saúde sobre o indivíduo com DMT2 e percepção do indivíduo sobre profissionais de saúde, literacia, literacia em saúde, influência de fontes alternativas de informação, tempo: frequência das consultas e tempo de consultas.

Quantidade massiva de informação no momento do diagnóstico e início da terapêutica

Três profissionais de saúde verbalizaram que a quantidade de informação comunicada ao indivíduo com DMT2 é massiva. Um profissional disse que a quantidade de informação é maior no momento do diagnóstico da doença, outro correlacionou a maior quantidade de informação transmitida com o início de uma nova terapêutica, outro associou, ainda, a grande quantidade de informação à rotina organizacional da APDP.

“das primeiras vezes que cá vêm é muita informação e não se esqueça que há pessoas que vêm aqui e estão aqui o dia inteiro porque entram às 7 e tal da manhã para fazer análises e depois estão sem comer e estão com fome, depois têm consulta, depois têm os pés, depois vão à cardiologia e ainda vão à nutrição e chegam aqui e a informação não entra” (PS 2).

Percepções dos profissionais de saúde sobre o indivíduo com diabetes tipo 2, e percepção do indivíduo sobre os profissionais de saúde

Para um profissional de saúde a diferença linguística dificulta a comunicação. Outro profissional referiu a antipatia de alguns indivíduos. A arrogância foi reportada como um entrave para outro profissional de saúde. As relações de amizade com os utentes também dificultam a comunicação para o autocuidado (1 PS). Um indivíduo contrariado em consulta dificulta, para um profissional de saúde, a comunicação. Dois profissionais acrescentaram que a tristeza e o estado depressivo, dificultam a comunicação.

“Há características de personalidade que eu reconheço que são para mim difíceis e um exemplo que eu reconheço muitas vezes é o padrão, é o estado depressivo, ou depressão e eu tendo a percepção disso tento ter especialmente cuidado de não reagir de maneira acentuada nestas situações.” (PS 9).

Os entrevistados com diabetes tipo 2, por sua vez, enumeram a percepção de agressividade (1 ID), brutalidade (2 ID) e a severidade (1ID) como obstáculos da comunicação para o autocuidado. Um indivíduo disse que a brutalidade dos profissionais de saúde se manifesta quando falam *“rispidamente”* e *“despacham”* os utentes.

“se for muito agressivo eu até penso “nunca mais lá volto” em vez de aderir corto, não vou” (ID 4).

Literacia, literacia em saúde e influência de fontes alternativas de informação

A literacia foi referenciada por um profissional de saúde como dificultadora da transmissão de conhecimentos e habilidades, exemplificando estratégias alternativas para indivíduos com graus diminutos de literacia. Contrariamente, um profissional defendeu que um indivíduo com menos literacia está mais receptivo à informação e aprendizagem, referindo a existência de preconceito por parte dos profissionais de saúde com estes utentes.

“pessoas que são analfabetas, por exemplo, essa foi também uma questão que tive dificuldade, ... Às vezes utilizamos em relação aos comprimidos as caixinhas com determinada cor, os comprimidos associados às cores. Pessoas que fazem insulina é pelos estalinhos rodamos o botão para ...ou seja quantas vezes é que têm que rodar para o estalinho indicado ou então por desenhos, uma lua para saberem que é à noite que tem que picar o dedo, ao almoço é uma panela, ou sol quando é o pequeno almoço. Conjugamos mais ou menos assim. E funciona” (PS 6).

“Olhe por exemplo às vezes uma pessoa com menos literacia está mais receptiva para receber informação e aprende tão bem, às vezes temos um bocado de preconceito que a pessoa não sabe ler nem escrever e não vai aprender a administrar insulina, mesmo em formações de grupo são pessoas que nos surpreendem porque falam da sua experiência de uma maneira extraordinária para as outras pessoas” (PS 4).

O baixo nível de literacia em saúde foi referenciado por um profissional como dificultadora da utilização de alguns termos. No mesmo sentido, um profissional disse não valer a pena utilizar termos técnicos. Outro profissional, acrescentou, que têm que existir uma adaptação à linguagem utilizada por cada indivíduo, mesmo quando são considerados diferenciados. Ainda no campo da linguagem, outro profissional mencionou a utilização de linguagem que seja perceptível para cada um. Entre o grupo de indivíduos com diabetes tipo 2, um lamentou a utilização de termos difíceis por parte dos profissionais, outro exprimiu que os médicos não gostam de ser claros. Contrariamente, outro participante opinou que os profissionais se expressam de modo entendível.

“pode haver uma barreira e estabelecer-se uma dificuldade se não nos pusermos, não é pusermos, é se nós não percebermos qual é a linguagem que aquela pessoa está a utilizar, e pode ser uma pessoa muito diferenciada” (PS 5).

A influência de fontes alternativas de informação foi referida na entrevista de um profissional de saúde, as informações comunicadas, pela família, vizinhos, amigos, programas de televisão, *internet* e páginas dedicadas à diabetes tipo 2 colidem, por vezes, com as informações comunicadas pelos profissionais de saúde. Outro profissional revelou que os indivíduos substituem os medicamentos por produtos naturais, largamente publicitados. Outro entrevistado verbalizou a necessidade de os profissionais de saúde aprenderem a confrontar-se com o acesso e procura de fontes alternativas de informação fora do sistema nacional de saúde. É possível apreciar no depoimento de um usuário da APDP a influência do discurso de um familiar na adesão a um antidiabético oral prescrito pelo médico.

“andei com os comprimidos, mas com os que o meu primo, mandou, não com os que o meu médico mandou” (ID 1).

Tempo: frequência e duração das consultas

O tempo foi analisado sobre dois eixos: frequência das consultas e duração temporal das consultas.

Frequência das consultas

Um profissional de saúde mencionou que a frequência de consultas asseguraria a continuidade do acompanhamento do indivíduo com DMT2 garantindo, ao mesmo tempo, a fluidez e constância da comunicação, sugerindo a necessidade de as instâncias superiores considerarem tempo efectivo de trabalho, não apenas a marcação de consultas, mas a resposta a *emails* ou telefonemas, garantindo, assim, a comunicação contínua entre consultas. Outro profissional, disse que ver os utentes, com diabetes, de seis em 6 meses configura perda de tempo porque os profissionais têm que colocar um maior número de questões para apurar as intercorrências durante esse hiato temporal. Um profissional afirmou que aumentar a frequência do contacto teria um efeito na motivação do indivíduo com diabetes tipo 2. Um entrevistado com DM tipo 2 comentou a disponibilidade da médica de família para o agendamento de consultas.

“Tempo para a continuidade do acompanhamento...o acompanhamento é muito importante porque a comunicação não pode ser única, quem diz única diz de 6 em 6 meses... comunicação, mais fluída e mais constante...a comunicação devia ser mais contínua, nos intervalos da consulta” (PS 2).

“e não estar muito tempo sem vir...a frequência ajuda e muito... e não estar muito tempo sem vir, vem cá uma vez e só voltam passado um ano, a motivação perde-se pelo meio” (PS 5).

Duração temporal das consultas

Um profissional de saúde disse que o tema “*tempos de consulta*” é conhecido pela população em geral. Cinco profissionais referiram que o seu trabalho é influenciado por contingências de tempo. Nomeadamente, no tempo para ouvir o outro (3 PS) na construção de uma relação terapêutica e tudo o que isso implica: ouvir o indivíduo, estimular a sua participação e envolvimento no processo (1 PS) possibilidade de confirmar o que foi veiculado em consulta (1 PS). Dois profissionais de saúde vaticinaram que, em geral, os enfermeiros dispõem de mais tempo com o paciente. Para um destes profissionais esta é a razão da educação terapêutica ser remetida para o profissional de enfermagem. Outro profissional defendeu que apesar da existência de medidas constitucionais sobre os tempos de consulta, o *locus* não pode ser colocado nas instituições directivas cabendo ao profissional lutar para que os indivíduos não sejam vistos como *numerus clausus*, argumentando, também, que o tempo de consulta está dependente de cada consultando. Um profissional afirmou que o tempo de consulta não é o principal elemento dificultador da comunicação efectiva entre profissionais de saúde e indivíduo com DMT2. Segundo este profissional, devem ser garantidos tempos mínimos de consulta, mas os profissionais devem aprender e receber treino para utilizar esses tempos mesmo que proclame que não existem transmissão de competências nesse sentido. Sobre este tema, um profissional, defendeu que saber gerir o tempo é importante, mas que é necessário “*tempo para fazer bem feito*”, assumindo que o tempo diminuto das consultas altera por vezes o seu tom de voz, acreditando, até, que o indivíduo com diabetes tipo 2 sente quando está a apressar uma consulta. Efectivamente um participante com DMT2 verbalizou sentir “*a falta de tempo*” dos profissionais. Outro frisou a desigualdade do tempo de atendimento dos profissionais com diferentes utentes. Um terceiro participante, lamentou a quantidade de tempo que espera para ser atendido.

“há muitos estudos que dizem que o tempo que os profissionais estão com pessoas com diabetes ou outras doenças crónicas é apenas 2% do tempo de vida daquela pessoa...na prática o enfermeiro tem mais esta área da educação terapêutica porque também a consulta de enfermagem dura mais tempo que a consulta médica...Nos seus atendimentos os enfermeiros têm mais tempo para cada utente, cerca de meia hora em média” (PS 4).

2.4. Conhecimento e processo de acção

A sobreposição das áreas de autocuidados referenciadas por profissionais de saúde e participantes diabetes tipo 2 denotam a existência de conhecimento sobre as principais áreas de autocuidado, porém este conhecimento não equivale à implementação dos

autocuidados. Mais de metade dos indivíduos com diabetes tipo 2 (7 ID) assumiu, claramente, não implementar os autocuidados comunicados pela equipa de saúde. Um disse que o facto de lhe dizerem “*o que tem de fazer*” o impulsiona a não querer fazer, outro afirmou que não quer que lhe digam o que pode ou não pode comer, depoimentos que vão ao encontro do discurso de um profissional de saúde que afirmou a importância do plano terapêutico não ser imposto. Não implementar autocuidados induz num participante a sensação de que não sofre da doença. Outro disse que não tem qualquer restrição se considerar estar “*normal*”, em conformidade, um profissional explicou que a ausência de sintomas inibe a implementação de autocuidados. Outro participante, diagnosticado com diabetes tipo 2, afirmou que a implementação dos autocuidados está dependente dos resultados alcançados, o que reforça a importância da análise dos benefícios da adesão aos autocuidados considerada uma estratégia importante por 5 profissionais de saúde, exercendo, até, influência directa na motivação, segundo dois profissionais.

“Os que eu tenho que ter eu sei mais ou menos, os que eu tenho não é bem a mesma coisa” (ID 2).

“se a pessoa reconhecer e valorizar a importância de uma boa alimentação e de uma boa actividade física, periódica e regular isso poderá ajudá-la a pôr na balança o que é que é melhor para a sua vida e se vale a pena investir na sua saúde desta forma ...analisar com a pessoa em conjunto quais são os benefícios do tratamento” (PS 4).

Segundo os profissionais de saúde os autocuidados são influenciados por: negação da doença (PS 1), indivíduo com DMT2 ser cuidador de outro (s) (4 PS), importância concedida pelo indivíduo, pelo profissional, ou ambos, às áreas de autocuidado, (1 PS), incómodo em ser visto a implementar o autocuidado (1 PS) não realização de autocuidado pela presença de outras comorbilidades: artrite, doenças reumatológicas, acuidade visual e auditiva baixa (1 PS). A influência de factores económicos na compra de medicação associada à diabetes foi mencionada por 2 profissionais. A presença de outras patologias pode, segundo um profissional gerar confusão face há multiplicidade de questões a gerir. Apenas três profissionais apontaram o papel da comunicação para o autocuidado. Um profissional mencionou que a comunicação é a diferença entre o que é dito e percebido, decorrendo daí a sua importância. Outro profissional disse que é fundamental sabermos comunicar uma mensagem ao outro assinalando que as competências do profissional para poder comunicar mais e melhor são determinantes. Um profissional expressou que a

comunicação tem um papel importante na educação da diabetes existindo, no entanto, outras influências.

2.5. Equipa multidisciplinar e comunicação para o autocuidado

2.5.1. Equipa multidisciplinar

A categoria equipa multidisciplinar - acções de encaminhamento entre as áreas de saúde e sociais (e.g., assistente social) que compõem a APDP e articulação com outros contextos de saúde - emergiu dos dados, incidentalmente, como relevante para a comunicação do autocuidado na DM tipo 2, como ilustram os depoimentos de 3 profissionais de saúde:

“nós aqui na APDP funcionamos muito em equipa multidisciplinar e nós também nem que seja pelos cursos que temos ao nível da comunicação temos outra visão que se calhar outros profissionais aí fora não têm” (PS 6).

“muito na base da alimentação que é desmistificada por toda uma equipa multidisciplinar ... evolução ao nível da motivação e sinto que foi consequência do trabalho desenvolvido em consulta, com certeza que o trabalho da equipa multidisciplinar” (PS 8).

“equipa no planeamento e parceria de cuidados” (PS 3).

O encaminhamento e articulação entre diferentes especialidades que integram a APDP é uma das acções de rotina dos vários profissionais, entrevistados, em estreita interacção com as políticas e procedimentos organizacionais da associação que aglomera no mesmo espaço diferentes áreas de saber médicas e não médicas (e.g., assistente social), acentuando o tratamento multidisciplinar da DM tipo 2. A interconexão com outros contextos de saúde é, também, prática corrente da equipa multidisciplinar.

“Porque se preciso encaminho para o pé, se preciso encaminho para a assistente social. Ou seja, tenho as respostas todas à minha volta” (PS 5).

“fora daqui só um ou outro problema que não tenha relação com a diabetes, por exemplo dermatologia não temos cá” (PS 1).

“também entramos em contacto com as colegas do centro de saúde e serem elas a dar, porque ele dava insulina e pouco tempo depois dava insulina outra vez porque já não se lembrava que tinha dado, como o centro de saúde ficava perto de casa conseguimos negociar com ele essa situação” (PS 4).

2.5.2. Continuidade de cuidados, acompanhamento e resposta ao isolamento

Dois profissionais de saúde afirmaram que a equipa multidisciplinar é importante para assegurar a continuidade dos cuidados (2 PS). Outros profissionais consideraram o papel da equipa multidisciplinar para que o indivíduo possa sentir-se acompanhado (2

PS) exercendo um papel salutar na quebra do isolamento vivenciado por alguns indivíduos com DMT2 (2 PS). O medo de “viver sozinha” foi verbalizado por um participante com DMT2 que teme não receber auxílio atempado num episódio de hipoglicemia.

“é mais a continuidade e a integração de cuidados que é relevante para as pessoas” (PS 1).

“mas eu tenho muito medo porque como vivo sozinha tenho muito medo de ter uma hipoglicemia durante a noite e não dar por ela o meu único companheiro é um gato e acho que os gatos não sentem isso” (ID 9).

Para três profissionais de saúde as diversas formas de comunicar (telefone, *email*) asseguram a continuidade e integração dos cuidados aos indivíduos com diabetes, igualmente, reconhecida por um participante com DMT2. Dois profissionais de saúde indicaram que a “*linguagem comum*” adoptada, pela equipa é uma das propriedades da equipa multidisciplinar.

“as pessoas têm diversas maneiras de falar connosco nós damos email, números de telefone, todos os dias respondemos a email nem que seja porque acabaram os medicamentos, desde a acabar um medicamento à pessoa dizer que desmaiou ou sei lá, sente-se e mal, ou a tensão subiu mais do que era suposto, ou desceu mais do que era suposto, pedimos registos por email ou por telefone, registos diários por isso acho que há muita forma de comunicar” (PS 7).

2.5.3. Comunicação entre equipa multidisciplinar: registo e partilha de informação clínica e não clínica

O registo e partilha da informação clínica, é a estratégia de comunicação utilizada pelos diversos profissionais de saúde para comunicarem entre si. Um dos profissionais revelou que o processo do registo de informação não se resume a informação relacionada com indicadores clínicos. Ainda que nenhum outro profissional de saúde evoque o registo de informação não clínica 4 profissionais de saúde expressaram a interferência de factores não clínicos (e.g., retorno dos filhos à casa dos pais, problemas no emprego) no autocuidado da DM tipo 2.

“uma vez que as coisas ficam escritas eu consigo saber quando é que a pessoa veio a uma consulta, quando é que aquela pessoa com diabetes fez um contacto telefónico, quando aquela pessoa teve contacto com um enfermeiro, que lhe deu aquilo tipo de aconselhamento ou referiu que havia aqui um problema” (PS 9).

Este método de comunicação necessita segundo, 3 profissionais de saúde, de ajustes. Um profissional contou que as informações dispostas no processo nem sempre correspondem à acção do indivíduo com DM tipo 2, outro mencionou a necessidade do registo do plano de contactos, cuidados e descrição do que é necessário fazer. Outro

profissional verbalizou o encontro presencial entre pares como importante para discutir a complexidade de alguns casos e expor dificuldades.

“quando eu apanho ali tensões que não estou a perceber muito bem as razões para aqueles valores peço para me mostrarem que medicação é que tomam e apanho muitos erros e às vezes não nos preocupamos com isso porque consultamos o processo e sabemos...o que eles estão a tomar, mas eu apercebi-me que o que está no processo não é o que eles fazem” (PS 7).

“devíamos ter um plano dos contactos e daquilo que é necessário fazer e isso às vezes acontece com mais facilidade ou menor facilidade dependendo normalmente do contexto onde os profissionais trabalham” (PS 9).

“gostava de ter reuniões com pares e reuniões com outros profissionais para debater casos mais complicados que também serviria para pormos cá para fora as nossas dificuldades” (PS 3).

2.5.4. Médico como prescritor, enfermeiro como educador e impacto na comunicação para o autocuidado

Apesar da defesa do funcionamento multidisciplinar, e de um profissional ter afirmado que não se revê no modelo que atribui ao enfermeiro o papel de educador, 4 profissionais de saúde salientaram a função prescritiva dos médicos, e o papel educativo dos enfermeiros (2 PF). Na mesma direcção, 3 indivíduos com diabetes tipo 2 referiram a importância dos enfermeiros na parte prática (e.g., execução dos planos de autocuidado, monitorização dos índices glicémicos).

“eu pessoalmente não gosto muito de resumir o papel do enfermeiro em diabetes à parte do educador em diabetes” (PS 9).

“Mas quem me ensinou a picar o dedo e a ver os valores quem me ensinou foi a enfermeira do centro de saúde que é muito simpática, foi a enfermeira que ensinou isso tudo” (ID 5).

Três profissionais de saúde noticiaram a relutância do indivíduo com DMT2 em relatar informações sobre indicadores de saúde ao médico. Quatro dos profissionais expuseram razões que podem explicar esta tendência:

“Acho que as pessoas se calhar se sentem mais à vontade com os enfermeiros” (PS 1).

“eu costumo dizer que o Dr. não bate, mas muitas vezes, muitas vezes. Algumas é nitidamente por medo que o médico se zangue porque os valores não estão bem (...)se calhar porque aqui nós também temos mais tempo e vamos abordando mais assuntos e eles acabam por dizer (...) nós também damos abertura à pessoa para dizer, porque nós olhamos e nós perguntamos, porque eu acho que nós temos uma forma de trabalhar de pergunta aberta para dar espaço à pessoa para falar e ali é muito mais direccionada para respostas fechadas: sim, não. Acho que é por isso (PS 5).

“acredito que desabafem mais com o enfermeiro do que com o médico, mas eu acho que é uma questão cultural (...)dizem muitas vezes que não vão dizer nada ao senhor doutor porque vão ouvir aquilo que não gostam e às vezes acho que não é para não chatear o médico” (PS 6).

“dizem-me que vão chegar ao médico e vão levar um ralhete porque isto ou aquilo (PS 7)

Alguns dos participantes com diagnóstico de diabetes tipo 2 partilharam :

“quando tihna que vir ao médico ficava completamente agitada porque já sabia que ia levar nas orelhas da médica e era assim um terror (ID 9).

“há uns que são assim mais agressivos eu noto isso (...)em alguns há aquela barreira eu sou o médico tu és o paciente e sente-se isso, e quando o médico diz assim abruptamente “olhe tem que perder peso senão não há nada a fazer” fica logo uma barreira entre nós e os médicos, eu sinto isso. ... diz-me assim na brincadeira “vês eu estou assim gordo, mas tu tens que fazer de forma diferente” e (...) ele diz a mesma coisa que os outros, mas mais a brincar (ID 4).

2.5.5. Da multidisciplinaridade para a interdisciplinaridade

Três profissionais de saúde defenderam a passagem da multidisciplinaridade para a interdisciplinaridade.

“ eu não acho que o médico é o prescriptor da terapêutica farmacológica e depois a nutricionista da parte da nutrição e depois há alguém da parte da actividade física e depois o enfermeiro que faça a educação, não me revejo nesse modelo (...) se não pusermos todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de educação a mim parece-me que estamos aqui a compartimentalizar uma situação que é transversal a todos os profissionais de saúde ”(PS 9).

Segundo um dos profissionais de saúde a equipa estruturada e multidisciplinar da ADPD diferencia a comunicação do autocuidado na DM tipo 2 comparativamente a outros contextos de saúde. Outro dos profissionais sinalizou que a frequência de contacto com indivíduos com DMT2 potencia a especialização no tratamento da doença, sendo este o marco diferenciados relativamente a outros contextos de saúde.

2.6. Relação terapêutica crónica e comunicação

2.6.1. Relação terapêutica crónica

A cronicidade da DM tipo 2 impulsionou 6 profissionais de saúde a mencionarem a existência e importância da relação terapêutica. Dois destes profissionais cunharam a expressão relação terapêutica crónica. Um profissional disse que a verbalização de alguns pontos de vista está dependente da relação terapêutica, acreditando que os indivíduos têm medo expressar algumas coisas na primeira consulta. Outro profissional arguiu que a adesão à diabetes envolve uma plêiade de factores, entre os quais a relação terapêutica.

Dois participantes com DMT2 utilizaram a palavra relação para expressarem a ligação com o profissional de saúde. A adjectivação da relação como “próxima” e “boa” está dependente, dos anos de contacto.

“nós não nos podemos esquecer que estamos a falar de uma doença crónica que gera relações profissionais crónicas, profissionais no sentido de profissional-utente, digo eu, porque a pessoa inevitavelmente sendo seguida aqui na associação tem uma doença crónica e vem cá de X em X tempo... e a própria relação é crónica” (PS 8).

2.6.2. Formação contínua na área da comunicação em saúde

Dois profissionais de saúde referiram a importância da formação para a aprendizagem do estabelecimento da relação terapêutica. Um profissional afirmou que há 39 anos, o tópico do estabelecimento da relação terapêutica integrava o plano de estudos do seu curso, enquanto outro profissional mencionou a necessidade de mais formação nesta área. Um dos profissionais reflectiu sobre a influência de variáveis macrosistémicas no ensino da comunicação em saúde.

“ o risco que ocorre nesta altura tem a ver que tudo o diz respeito à comunicação, é percebido pelos pelos decisores políticos como algo parecido como bom senso ou que faça parte das competências básicas de qualquer pessoa e isso é um erro porque todas as pessoas precisam de adquirir formação específica nestas áreas e a formação tem que ser contínua também não basta dizer que fez uma formação sobre comunicação em saúde há 5 anos atrás e portanto que já tem a formação que necessitava “(PS 9).

2.6.3. Modelo de comunicação centrado na pessoa e modelo de comunicação paternalista

Apesar da valorização da relação com os utentes, a análise das entrevistas dos profissionais de saúde revelou a confluência de dois modelos de comunicação: o modelo de comunicação centrado na pessoa e o modelo de comunicação paternalista. Por um lado, são vários os profissionais que valorizaram a necessidade de perceber a unicidade do indivíduo (1 PS), perceber qual a perspectiva do utente em relação ao tratamento, (1 PS) estimular a participação e envolvimento do paciente no processo para evitar orientações unilaterais e a passividade do sujeito (1 PS), negociação do plano, aferição da disponibilidade para mudar e o quê (1 PS), estabelecimento de objectivos reais para o indivíduo (1 PS).

Por outro lado, o modelo paternalista da comunicação foi ilustrado pela crença que o profissional de saúde sabe o que é melhor para cada indivíduo (1 PS) pela negociação da implementação dos autocuidados da maneira que o profissional acha mais conveniente (1 PS), pelo uso da expressão “*imposições pela equipa médica*” (1 PS), pelo reconhecimento da maior facilidade em prescrever uma receita do que construir uma receita em conjunto (1 PS), pela necessidade de controlo (1 PS), pela sobreposição dos objectivos do profissional de saúde em dialéctica com a passividade de alguns utentes (1

PS) mais prevalente nos idosos (1 PS), adoção do “*maternalismo*” ou “*paternalismo*”, sobretudo, com os mais idosos (1 PS). No discurso de dois profissionais de saúde houve, igualmente, indicadores de que o indivíduo com diabetes tipo 2 adota o modelo de comunicação paternalista, esperando que seja o profissional de saúde a tomar as decisões relativas ao tratamento (1 PS) esperando que este prescreva (1 PS). Um indivíduo com diabetes ilustrou a obediência à figura do médico.

“Quando os médicos ralham não tem que desmotivar pelo contrário tem que motivar, temos que baixar as orelhas e cumprir” (ID 3).

“estão sentadas à minha frente à espera que eu dê indicações, que eu prescreva” (PS 10)

2.6.4. A pessoa com diabetes tipo 2 não fala, o profissional de saúde não pergunta

A incomunicação para o autocuidado foi expressa por dois profissionais de saúde quando afirmaram que os indivíduos com diabetes tipo 2 não perguntam (1 PS) e não falam (2 PS) sobre o autocuidado. Pelo contrário, 3 participantes com DMT2 disseram que o médico e o enfermeiro não perguntam “*nada*”.

3. Discussão

A interface da comunicação para o autocuidado da DMT2 congloba a transmissão de conhecimentos e ensino de habilidades conducentes ao autocuidado, pelo profissional de saúde, e execução de ações práticas, pelo indivíduo com DMT2. Apesar do conhecimento, o indivíduo com DMT2 não implementa ações para o autocuidado. Profissionais de saúde e indivíduos com DMT2 pontuam as sequências comunicacionais, sobre o autocuidado, de modo diferente: os profissionais afirmam que o indivíduo não fala, o indivíduo que os profissionais, de saúde, não perguntam. Esta investigação incluiu a análise de 21 entrevistas semi-estruturadas (10 profissionais de saúde; 11 indivíduos com DMT2). Até onde sabemos é a primeira investigação que acede às percepções de profissionais de saúde e indivíduo com diabetes tipo 2 sobre o autocuidado.

A idade média dos participantes, de cerca de 70 anos, coincide com os dados do relatório anual do observatório da diabetes (Diabetes Factos e Números, 2016), relativamente à terapêutica instituída foi encontrada uma distribuição similar (Vasconcelos et al., 2017). O autocuidado foi considerado desafiante para profissionais de saúde e indivíduo com diabetes tipo 2 (Ortiz et al., 2018) que têm de integrar um conjunto complexo de comportamentos na sua rotina diária (Pedras, Pereira & Ferreira,

2012; Ose et al., 2019). As áreas de autocuidados reportadas pelos participantes são sobreponíveis às descritas na literatura. Dieta saudável, regime de exercício físico, agentes hipoglicémicos, terapia injectável (Garcia - Pérez, 2013), monitorização da glicemia, cuidado com os pés (Ose et al., 2019; Wang et al., 2018), injeção de insulina (Wang et al., 2018; Gao et al., 2013). Apenas um indivíduo com DMT2 nomeou “*dormir bem*” como uma área de autocuidado comunicada pelos profissionais de saúde. As perturbações do sono são uma queixa generalizada, porém, frequentemente ignorada além de associadas a autocuidado mais pobre nos idosos (Zhu et al., 2018). Os profissionais de saúde perceberam a prática de exercício físico como a área de autocuidado mais difícil, resultado disposto noutro estudo (Rodrigues, 2014). A área de autocuidado enunciada como mais difícil pelos participantes, com diabetes, são os cuidados com a alimentação (Vasconcelos, 2017). Profissionais de saúde e indivíduos com DM tipo 2 nomearam a ingestão de antidiabéticos orais como a área de autocuidado mais fácil (Sousa, 2003; Vasconcelos et al., 2017). Ademais, a terapêutica farmacológica foi considerada, pelos indivíduos com DMT2, a área de autocuidado mais importante para a compensação da doença. Deste modo, fica patente a interconexão entre a percepção da facilidade da ingestão de fármacos e eficácia percebida para o tratamento da doença. Apesar da identificação da área de autocuidado mais difícil ser dissemelhante entre profissionais de saúde e indivíduos com DMT2, salienta-se que a área de autocuidado mais frequentemente nomeada por cada um dos grupos foi, também, percebida como a mais difícil.

Profissionais de saúde e indivíduos com DMT2 enfatizaram a importância do sistema familiar para a colaboração ou auxílio na implementação de algumas tarefas inerentes às áreas de autocuidado, resultado similar ao de Sousa (2003). Nesta investigação, a percepção do papel facilitador da família para o autocuidado englobou, também, a adopção dos mesmos padrões alimentares e rotina de actividade física. Quer a assistência prática, quer o apoio emocional são influências positivas da família para o autocuidado global (Rosland et al., 2008). A importância do apoio do sistema familiar para o indivíduo com diabetes é reconhecida pela literatura desde há muito (McWhinney, 1989; Rebelo, 1992; Rolland 1990). Mais recentemente, o *Cronic Care Model* (Bodenheimer, Wagner & Grumbach, 2002) inclui a formação da interação entre paciente - família - equipa de saúde como um dos requisitos para o cuidado da doença crónica. Os profissionais de saúde entrevistados consideraram, contudo, que a família pode exercer um papel negativo quando periga o grau de independência, autonomia e

responsabilização, do indivíduo com DMT2, ou irrompe em práticas de controlo (e.g., vigiar alimentos ingeridos). De facto, a protecção exercida pela família ao indivíduo com diagnóstico de DMT2 foi associada a resultados negativos de autocuidado (Pedras, Pereira & Ferreira, 2012). Adicionalmente, existe evidência que atesta que a família pode constituir-se como fonte de controlo social na diabetes (Schokker et al., 2010). Como enunciado por um participante com DMT2: “*a minha esposa é muito boa, muito boa, mas é muito nervosa tenho que lhe explicar as coisas 20 vezes...ela coitada quer ajudar, mas só me enerva*” (ID 3), as esposas constituem-se como fontes de suporte negativo em detrimento do suporte positivo (elogiar, encorajar, lembrar) decisivo para gerir uma doença crónica (Pedras, Pereira & Ferreira, 2012). Os participantes com diabetes tipo 2 ilustraram, também, que a influência negativa da família se manifesta pela existência de conflitos familiares, identificados como um preditor negativo da adesão ao autocuidado (Marcy, Britton & Harrison, 2011), e pelo aliciamento para ingerir alimentos que podem periclitir o autocuidado alimentar. Sobre as diferenças entre o suporte providenciado por profissionais de saúde e sistema familiar Rosland et al., (2008) concluíram que o suporte dos profissionais de saúde é efectivo para tarefas que requerem conhecimento especializado e complexo (e.g., administração de insulina) evidenciando a influência, particular, do suporte da família na auto-eficácia para o autocuidado. Assim, os profissionais de saúde devem dotar a família de estratégias instrumentais de apoio que influem na auto-eficácia, associada, por sua vez, a mudança nos comportamentos de saúde (Lorig, Haltead & Homnan, 2003). É, igualmente, urgente consciencializar os profissionais de saúde sobre a influência dos seus discursos na auto-eficácia do indivíduo com DMT2. Discursos que preconizam altos níveis de auto-eficácia em contextos de saúde guiam o envolvimento em comportamentos de autocuidado (Gao et al., 2013). Também não devemos esquecer, que a concordância nos objectivos e estratégias para gerir a diabetes e a adopção da abordagem colaborativa (também designada por processo de decisão partilhada ou tomada de decisão informada melhorada pelo treino de competências de comunicação (Coulter & Ellins, 2007)) foram associadas a níveis mais altos de autoeficácia (Heisler, 2003). O suporte social da família, amigos e grupo de pares não é subsidiário da resolução de problemas (Moos e Schaefer, 1986) é necessário adoptar uma perspectiva de resolução de problemas, gestão de possíveis soluções e avaliação da sua resolução (D’Zurilla, 1986) relativamente ao autocuidado.

Nesta investigação, a comunicação para o autocuidado dividiu-se em: adquirir saber e conhecimento sobre a doença e tratamento, a partir das explicações dos

profissionais de saúde, e aprendizagem de habilidades (e.g., manusear a caneta de insulina) instituída pelo ensino de acções práticas que o indivíduo tem de executar para assegurar o autocuidado. A literatura revela, porém, que o conhecimento sobre a doença é um preditor significativo apenas para área da alimentação (McCleary, 2011). A comunicação escrita foi eleita, por profissionais de saúde e indivíduos com DMT2, como a modalidade de transmissão de conhecimentos preferencial. A importância da comunicação escrita para a recordação da informação, principalmente se for individualizada, foi referenciada noutros estudos (Coulter & Ellins, 2007; Tanqueiro 2013). O uso de panfletos para a comunicação de informação, utilizado por um profissional deste estudo, tem segundo a literatura, pouco impacto, devendo ser complementado por comunicação oral e informação escrita (Coulter & Ellins, 2007). O uso de outras fontes de informação como *websites*, mencionado apenas por um profissional de saúde, apresentam efeitos benéficos, a curto e longo prazo, na autoeficácia e comportamentos de saúde (Coulter & Ellins, 2007). A transmissão de conhecimentos e habilidades por pares *experts* e participação em programas educacionais, em grupo, foi mencionada e valorizada unicamente pelos profissionais de saúde. Os resultados sobre a aprendizagem mediada por pares que funcionam como *role models* são díspares. Lorig & Alvarez (2011) verificaram que os resultados de um programa de autogestão ministrado por líderes leigos, devidamente treinados, em contexto comunitário, se mantêm após 12 meses. Contrariamente, Warsi et al., (2004) atestaram que os cursos de autogestão realizados por grupos voluntários melhoram o conhecimento, *coping* e auto-eficácia, mas os seus efeitos esbatem-se ao longo do tempo. Os participantes de programas educacionais, em grupo, apresentam melhores resultados clínicos, indicadores psicossociais e melhoria significativa no *empowerment*/auto-eficácia (Steinsbekk et al., 2012), o que deve encorajar os profissionais a encetar este tipo de abordagem.

Os profissionais de saúde identificaram sequências e fases de acção precedentes à transmissão de conhecimentos e habilidades: “*conhecer a pessoa*”, avaliação do conhecimento prévio, percepções (sobre doença e tratamento), crenças e necessidades. A avaliação e discussão das percepções sobre o tratamento parecem realmente importantes uma vez que surgem associadas à adesão de três grandes áreas de autocuidado: ingestão de medicação, dieta e exercício físico (Broadbent, Donkin & Stroh, 2011). As crenças sobre a doença, designadas pelos profissionais de saúde como “*mitos*” actuam na compreensão da doença e *coping* (Leventhal et al., 1985 citado em Ogden, 1999). Nesta investigação, os profissionais de saúde advertiram para a dificuldade de disromper

cognições ou atitudes negativas sobre a DMT2 quando a sua transmissão é veiculada pela família e/ou os profissionais de saúde. Este resultado pode ser melhor entendido pela teoria dos papéis (Neto, 2004). A percepção do profissional como perito decorre durante o processo de socialização a partir de expectativas e normas internalizadas que justificam a inquestionabilidade, validade e irrefutabilidade das informações. A “*escuta activa*” foi nomeada, pelos profissionais de saúde, como a estratégia privilegiada para conhecer o indivíduo, “*ouvir a pessoa*” fulcral para abarcar as suas dificuldades e necessidades. Saber ouvir foi considerado um dos elementos mais importante nas práticas educativas da DM tipo 2 (Santos & Torres, 2012). Além da discussão das percepções e cognições da doença a literatura releva a necessidade de compreender a perspectiva dos pacientes (Bayer, 2001), entender a experiência e expectativas da pessoa e família face à doença (Epstein, Alper & Quill, 2004) antes de partilhar informações.

As percepções co-construídas sobre o outro, literacia, literacia em saúde, fontes alternativas de informação e tempo (frequência e durabilidade das consultas) foram identificadas, pelos dois grupos, como variáveis que influenciam a comunicação para o autocuidado. Apenas os profissionais de saúde referenciaram a influência da quantidade de informação numerosa no momento do diagnóstico e início da terapêutica na comunicação para o autocuidado. A rotina organizacional da APDP, que acopla em cada visita um circuito de consultas, explica o confronto com a comunicação de informações de várias especialidades num mesmo dia. No momento do diagnóstico, os pacientes esperam suporte emocional e provisão de informação certificada (Polonsky et al., 2017), mas quando a educação para o controlo e a compensação da diabetes acontece, no momento do diagnóstico os utentes, com DMT2, reportaram preparação inadequada para o autocuidado (Burns et al., 2005). Captieux et al., (2018) argumentaram que os componentes mais intensivos devem ser comunicados de acordo com a disponibilidade da pessoa para receber informação e não no momento cronológico do diagnóstico da doença. A avaliação do nível de activação do indivíduo com DMT2 pode fornecer indicações sobre a disponibilidade para receber informação. Além da antipatia, arrogância, frieza e proliferação de dialectos, que comprometem a compreensão das mensagens, os profissionais de saúde enunciaram que a percepção de sintomas depressivos e tristeza obstam o estabelecimento da comunicação. A percepção de profissionais de saúde agressivos, brutos e severos dificulta para, o indivíduo com DMT2, a comunicação. Não foram encontrados estudos sobre a influência da percepção de características pessoais na comunicação, embora esteja documentado que pacientes que

reportam mais sintomas depressivos apresentam maior relutância em discutir o autocuidado (Beverly et al., 2012)

A relação entre adesão e literacia em saúde esteve presente nas entrevistas dos dois grupos, no entanto os efeitos da literacia em saúde na adesão são controversos. Intervenções com o objectivo de atenuar os efeitos de baixos níveis de literacia melhoram o conhecimento e comportamento de saúde (Beckman et al., 2004), mas a literacia em saúde não foi identificada como um preditor significativo para o controlo glicémico tendo menos impacto quando comparada a factores psicossociais, autoeficácia, atitudes, crenças, experiências, motivação, questões culturais ou *locus* de controlo (Mancuso, 2010). Outro dos resultados encontrados foi o impacto das mensagens de familiares, pessoas próximas, e campanhas publicitárias (sobre produtos naturais) no conteúdo das informações veiculadas pelos profissionais de saúde. A procura de fontes alternativas de informação deve ser considerada como uma ferramenta focalizada no problema (Moss & Shaefer, 1989) negligenciada dos programas educacionais por ser entendida como básica (Lorig, Halstead & Holman, 2003). Os profissionais de saúde devem, por isso, auditar e propor fontes credíveis de informação sobre a doença e tratamento. Profissionais de saúde e pessoas com diabetes tipo 2 conectaram o processo comunicativo com a frequência e durabilidade das consultas, por sua vez, influenciadas por variáveis macrosistémicas (económicas, legislativas e institucionais) e condições substantivas como as diferentes especialidades de saúde (e.g., maior tempo de atendimento mediante a especialidade de saúde) o que significa que a comunicação não está confinada aos seus principais interlocutores.

Apesar do conhecimento das diferentes áreas de autocuidados os indivíduos com DMT2 não os implementam. Baseando-nos no facto do planeamento (quando, onde, como) mediar a intenção comportamental e a iniciativa da acção (Schwarzer & Renner, 2000) é premente elicitar, a partir de uma relação de colaboração, a preferência de cada indivíduo (Epstein, Alper & Quill, 2004; Coulter & Ellins, 2007) relativamente a um plano de acção, realista e exequível, que contemple: objectivos, actividades, resultados esperados, medidas de resultado mensuráveis e avaliação da autoeficácia percebida para realizar o plano (Loring, Halsted & Holman, 2003; Garcia – Pérez et al., 2013; Schaefer, Goldstein & Simmons, 2009).

Os profissionais de saúde enunciaram factores que influenciam a implementação do autocuidado: negação da doença, ser cuidador de outro; foco e importância da pessoa, profissional de saúde, ou ambos, face às áreas de autocuidado; incómodo em ser visto por

outros quando implementa o autocuidado; influência de comorbilidades; dificuldades económicas; interferência de factores não clínicos (e.g., retorno dos filhos à casa dos pais; problemas no emprego). Por seu turno, a imposição do tratamento, ausência de sintomas, e os resultados alcançados, são para o indivíduo com DMT2, os factores que influenciam o autocuidado. A ausência de sintomas e importância dos resultados alcançados foram os factores que emanaram, simultaneamente, das entrevistas de profissionais e indivíduo com DMT2, aportamos, por isso, alguns contributos teóricos. No paradigma das transições de vida para o entendimento da vivência da doença, Rudolph Moos (1986) propõem que uma das tarefas de adaptação, à doença, consiste em enfrentar os procedimentos implicados no seu tratamento, no caso da DMT2, a ausência de sintomas pode inibir não só a consciência da presença da doença como os comportamentos de autocuidado importantes para viver com a doença e preservar a qualidade de vida (Meleis et al., 2000). Relativamente aos resultados alcançados há muito que sabemos que as consequências positivas dos comportamentos reforçam a emissão desses comportamentos, por exemplo, a melhoria percebida do controlo glicémico advinda com a toma de medicação aumenta a probabilidade de adesão à medicação (García – Perez et al., 2013). Contudo se as consequências dos comportamentos influenciam a manutenção da acção as expectativas de resultado são importantes para a iniciativa da acção (Schwarzer, 2011).

Nesta investigação, os profissionais de saúde identificaram a comunicação dos benefícios potenciais da implementação do autocuidado como uma estratégia importante para a acção do autocuidado, estratégia, também reconhecida na literatura (Coulter & Ellins, 2007). Além desta estratégia, parece ser necessário enunciar as probabilidades de risco associadas à não implementação do autocuidado (Epstein, Alper & Quill, 2004). A ordem de apresentação da comunicação dos benefícios potenciais e probabilidades de risco deve ser reflectida e intencional. Quando perdas e ganhos são ponderados ou comparados directamente as perdas contam mais do que os ganhos, a assimetria entre o valor atribuído às experiências positivas e negativas remonta ao passado evolucionário, os organismos que tratam as ameaças com mais urgência do que as oportunidades têm maiores hipóteses de sobreviver e reproduzir-se, explicando, o valor psicológico associado à perda (Kahneman, 2012).

O trabalho em equipa multidisciplinar foi identificado, pelos profissionais de saúde, como a chave para a continuidade do acompanhamento do indivíduo com DMT2. Em consonância, o Chronic Care Model (Bodenheimer, Wagner & Grumbach, 2002)

propõe a equipa multidisciplinar como um componente importante do tratamento da diabetes, salientando a importância da parceria entre equipa e indivíduo com diabetes tipo 2 (Schafer, Goldstein & Simmons, 2009). No mesmo sentido, Beverley et al., (2012) salientou a importância da equipa para a continuidade do cuidado, provisão de feedback sobre os comportamentos de autocuidado e disponibilidade para ajudar a debelar as preocupações que a doença pode gerar. Em Portugal, Tanqueiro (2013) sublinhou a abordagem colaborativa que o autocuidado impõe. Apesar do reconhecimento da importância da equipa multidisciplinar parece importante investigar como decorre o processo de comunicação entre os membros da equipa de saúde e o que pode ser feito para melhorá-la já que, tal como nesta investigação, a manutenção da comunicação regular entre os membros da equipa gera preocupações (Beverley et al., 2012). Neste estudo, a palavra prescritor foi utilizada para traduzir a actuação do médico e o ensino a prática do enfermeiro relativamente ao autocuidado. Com efeito, o *International Council Nurse* (2019) propôs que os enfermeiros possam liderar o processo de consciencialização e a promoção do autocuidado. Também, Sousa, Peixoto & Martins (2009) evidenciaram a influência positiva do enfermeiro no autocuidado com a alimentação, pés e exercício físico. Os enfermeiros são considerados os principais facilitadores da gestão da diabetes cabendo-lhes não só o papel de educador como o de gestor de caso (Cardoso, Queirós & Ribeiro, 2015). Os profissionais de saúde consideraram que o indivíduo não comunica, especificamente, ao médico alguns resultados de saúde. A literatura circunscreve indicadores que explicam este resultado: medo de desapontar o médico, sentir-se julgado, culpa, vergonha e embaraço (Beverly et al., 2012). Também nesta investigação, o medo que o médico se zangue, chateie ou “ralhe” foram citados, pelos profissionais de saúde, para explicar a reticência de comunicar sobre o autocuidado com os médicos. Ainda sobre a equipa multidisciplinar, os vários profissionais de saúde defenderam a necessidade de transpor a multidisciplinaridade para a interdisciplinaridade. Isto é, unificar e transversalizar a educação em diabetes a todos os profissionais de saúde envolvidos no tratamento da doença ao invés de compartimentá-la por classes profissionais, algo que parece corresponder à figura do educador em diabetes, independente da área de formação em saúde (Santos & Torres, 2012).

A relação profissional de saúde- paciente é condição *sine qua non* da comunicação (Sutton et al., 2015). A construção da relação é a primeira fase da tarefa da comunicação (Bayer, 2001) e a segunda etapa de um modelo proposto para discutir evidência clínica com pacientes (Epstein, Alper & Quil, 2004). Por isso, a avaliação da comunicação e

relação são indicadores chave da *European Task Force Evaluation of General Practice* (Varela, 2017). Nesta investigação, o reconhecimento da necessidade de formação para estabelecer uma relação de comunicação com o outro, aliada à preocupação de os processos de comunicação, serem encarados como meras questões de bom senso reforçam a necessidade da aprendizagem metodológica e prática de estratégias de comunicação para que estas se tornem operacionais.

Os profissionais de saúde entrevistados valorizam e reconhecem o modelo de comunicação centrado na pessoa, mas na prática parece persistir um modelo de comunicação focado no modelo biomédico de provisão de informação e aconselhamento das medidas terapêuticas e preventivas aliadas a uma visão prescritiva e generalizável da construção do vínculo interpessoal. Por exemplo, os profissionais de saúde, verbalizaram saber o que é melhor para o tratamento do indivíduo com diabetes tipo 2, visão que pode ser integrada no modelo de relação paternalista (Emanuel & Emanuel, 1992) cujo âmago é persuadir o sujeito a autorizar o tratamento que o profissional considera melhor. Curiosamente, os profissionais de saúde sinalizaram a expectativa de uma atitude directiva por parte dos utentes. Tal como um profissional de saúde expressou, os idosos aceitam o controlo sem questionar e têm pouco envolvimento na tomada de decisão (Heisler, 2008; Hughes & Goldie, 2009). A eficiência e protecção, explicam a tendência dos profissionais de saúde para usurpar o autocuidado do idoso com diabetes tipo 2 (Jack et al., 2004). O baluarte da relação entre profissional de saúde - indivíduo com diabetes tipo 2 terá de ser a reciprocidade, constituindo a experiência de vida, o eixo sobre o qual assenta o processo de autocuidado (Tanqueiro, 2013). O resultado “a pessoa não fala, o profissional não pergunta” revela a importância dos programas educativos para a DMT2 e a formação dos profissionais de saúde focarem a temática da comunicação, sobretudo, a arte de formular questões. Não esqueçamos que saber formular questões aumenta a participação no autocuidado, além de incrementar os níveis de activação (Deen et al., 2011; Alegria et al., 2009). Reciprocamente, os pacientes com índices mais elevados de activação têm uma maior probabilidade de preparar questões aquando da visita ao médico (Hibbard & Greenne, 2013). O diálogo entre as áreas de saúde e ciências sociais afigura-se central para a concepção de um modelo de ensino de competências de comunicação que englobe: a dimensão biomédica, emocional e identidade cultural (Sutton et al., 2015).

Em resumo: podemos dizer que os profissionais de saúde e indivíduos com DMT2 valorizaram a importância da família, a transmissão de informação escrita e relação terapêutica na comunicação para o autocuidado. Apenas os profissionais de saúde

valorizaram a comunicação por pares experts, programas educativos em grupo e influência de variáveis não clínicas no autocuidado (e.g., divórcio, problemas no emprego). Não foi possível traçar um contraste, entre os dois grupos, sobre os componentes da comunicação para o autocuidado em virtude da globalidade dos participantes com DMT2 responderem às perguntas sobre comunicação de forma vaga apresentando um tempo de latência de resposta longo nas questões sobre esta temática. Estes dados são esclarecedores do desconhecimento da importância da comunicação em saúde pelos indivíduos com DMT2. O valor da formação em comunicação para os profissionais de saúde é indubitável, mas se um dos preditores da comunicação dos profissionais de saúde é a comunicação do paciente (Street, Gordon & Haidet, 2000) valerá a pena contemplar nos inúmeros e crescentes programas educativos para a gestão e autocuidado da diabetes a importância da comunicação com os profissionais de saúde para a construção da saúde.

Limitações e pontos fortes

A proporção desigual de género, a elevada média de idades dos indivíduos com diabetes tipo 2, a vivenciar o período da reforma, e ausência de indicadores clínicos comprometem a validade externa.

Os profissionais de saúde exercem a sua actividade profissional numa associação particular de solidariedade social, altamente especializada e composta por uma equipa multidisciplinar dedicada à prestação de cuidados de saúde de carácter preventivo, curativo e de reabilitação, em consequência, os resultados desta investigação não são generalizáveis para outros organismos de saúde. Os participantes dos dois grupos são voluntários o que pode significar que os sujeitos que recusaram participar possuam perspectivas diferentes sobre a comunicação para o autocuidado da diabetes tipo 2.

É possível questionar a estrutura das questões das entrevistas. Alguns dos participantes responderam ao que era perguntado sem grande elaboração, sobretudo no grupo de participantes com diabetes tipo 2. Ademais, o guião de entrevista não foi testado com investigadores experientes na condução de entrevistas, nem foi encetada a pilotagem do guião com não participantes, medidas importantes para adquirir treino, refinar e redefinir questões e ponderar estratégias para aspectos técnicos da condução de entrevistas. A realização das entrevistas no espaço da APDP pode ter introduzido algum viés de desajustabilidade social. Também o gravador, se revelou um artefacto que poderá ter

quebrando alguma espontaneidade dos entrevistados. O facto de a recolha dos dados e transcrição das entrevistas ter decorrido num único momento não permitiu a reformulação das questões, nem recolha posterior de informação a partir do questionamento, preliminar, dos dados.

Entre os dados e a sua análise interpõem-se o investigador. A utilização da entrevista directa pode comprometer a fidelidade da medida por sofrer viés do investigador. A atitude do investigador pode ter condicionado a exploração de alguns tópicos pelos entrevistados e introduzido algum viés na análise. A leitura de literatura afecta ao tema, também, pode ter influenciado a análise dos dados. A elevada heterogeneidade dos estudos sobre a comunicação, integrados na discussão, dificultou a clareza de comparação.

Até onde sabemos este é o primeiro estudo qualitativo que contrasta a perspectiva subjectiva de profissionais de saúde de diversas áreas e indivíduos com diabetes tipo 2 sobre a comunicação para o autocuidado. Esta investigação chama a atenção para a necessidade de definir um conjunto de convenções para a acção do autocuidado, assim como expressa a importância de transformar conhecimento tácito sobre a comunicação num conjunto organizado, sistematizado e formal de estratégias operativas de comunicação. Adicionalmente, conhecer as conexões entre comunicação, políticas organizacionais das instituições de saúde, conectadas com medidas legislativas e económicas, pode ajudar a preparar os profissionais e indivíduo com diabetes tipo 2 para as condições que influenciam a comunicação.

Estudos futuros poderão contrastar as categorias e subcategorias emergentes noutros contextos de saúde para identificar os componentes do processo de comunicação para o autocuidado da diabetes tipo 2 que transcendem os diferentes contextos de saúde. Isto permitirá o desenvolvimento, densidade, precisão e saturação das categorias, assim como a diferenciação e especificação do seu grau de variabilidade dimensional.

4. Conclusão

Esta investigação estudou a comunicação entre a díade profissional de saúde e indivíduo com DMT2 para o autocuidado da diabetes tipo 2, a partir de entrevistas semi-estruturadas. Quando se pergunta directamente aos participantes como decorre a comunicação, para o autocuidado, poucas dificuldades são relatadas. Porém, a postura de inquisitividade sobre os dados, revelou que o indivíduo com DMT2 não passa do

conhecimento para a acção, os profissionais valorizam a comunicação centrada no paciente, mas na sua prática subjazem os postulados condensados no modelo de relação paternalista. O resultado mais paradoxal opõe o discurso de profissionais de saúde e indivíduo com diabetes tipo 2. Os profissionais de saúde consideram que a pessoa com diabetes tipo 2 não fala, enquanto o indivíduo com diabetes diz que o profissional não pergunta.

Ainda que extravasasse o âmbito principal do estudo, foram identificados factores que influenciam a implementação dos autocuidados para a compensação da diabetes, prevenção de riscos e qualidade de vida. No constante a esta investigação sobressaiu a identificação de factores intrínsecos à doença. Partindo das teorias da psicologia da saúde e da doença foram propostas algumas linhas orientadoras para a comunicação do autocuidado na diabetes tipo 2, provando o inquestionável valor das perspectivas teóricas para a orientação da acção.

Referências

- Aitini, E., Martignoni, G., Labianca, R. (2014). Communication Models for Doctor-Patient Relationships. *Journal of Cancer Education*, 29, 211-212.
- Alegría, M., Sribney, W., Perez, D., Laderman, M., & Keefe, K. (2009). The role of patient activation on patient-provider communication and quality of care for US and foreign born Latino patients. *Journal of general internal medicine*, 24 Suppl 3(Suppl 3), 534–541. doi:10.1007/s11606-009-1074-x
- Almeida, V., Araújo, S., Negreiros, F., Aguiar, M., Moreira, T., Crispim, A. (2017). Complicações micro e macrovasculares em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 em atendimento ambulatorial. *Rev Rene*, 18(6),787-93. DOI:10.15253/2175-6783.2017000600012
- American Diabetes Association. (2018). The path to understanding diabetes starts here. Acedido em (<https://www.diabetes.org/diabetes>)
- International Diabetes Federation. (2018). Epidemiology & research. Acedido em ([file:///D:/Users/up200703673.BIBLIOTECA/AppData/Local/Packages/MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/IDF_DA_8e-EN-final%20\(1\).pdf](file:///D:/Users/up200703673.BIBLIOTECA/AppData/Local/Packages/MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/IDF_DA_8e-EN-final%20(1).pdf))
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall.
- Bastos, F, Severo, M., & Lopes, C. (2007). Psychometric analysis of diabetes self-care scale (translated and adapted to portuguese) (Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada). *Acta médica portuguesa*. 20 (6), 11-20.
- Bean, D., Cundy, T., Keith, P. (2007) Ethnic differences in illness perceptions, self-efficacy and diabetes self-care. *Psychology & Health*, 22(7), 787-811. doi: 10.1080/14768320600976240
- Beverly, E. A., Ganda, O. P., Ritholz, M. D., Lee, Y., Brooks, K. M., Lewis-Schroeder, N. F., Weinger, K. (2012). Look who's (not) talking: diabetic patients' willingness to discuss self-care with physicians. *Diabetes care*, 35(7), 1466–1472. doi:10.2337/dc11-2422
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. (2002) *JAMA*. (14)1775–1779. doi:10.1001/jama.288.14.1775.

- Boissy, A., Windover, K. A., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, M. R., Merlino, J., Rothberg, B. M. (2016). Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction, *Journal of General Internal Medicine*, 31(7), 755-61.
- Brazely, P. (2000). *The NVivo qualitative project book*. Los Angeles: Sage Publications.
- Breslow, L. e Enstrom, J.E. (2004) "Persistence of health habits and their relationship to mortality (Abstract)." *Preventive Medicine* 9, 469-483 DOI: 10.1016/0091-7435(80)90042
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0091743580900420>.
- Broadbent E, Donkin L, Stroh JC. (2011). Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care*, 34(2), 338-40.
- Burns, D; Skelly, A. H. (2005). African American women with type 2 diabetes: Meeting the daily challenges of self-care. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 11(3), 6-10.
- Camp, J. C., Fox, K., Skrajner, J. M., Antenucci, V., Haberman, J. (2015). Creating Effective Self-Management for Older Adults with Type 2 Diabetes and Cognitive Impairment. *Advances in Aging Research*, 4, 33-41. doi: 10.4236/aar.2015.42005
- Campbell T. L. (1991). Family Interventions in Physical Health: How family interaction affects health. *Canadian family physician Médecin de famille canadien*, 37, 2407–2419.
- Captieux M, Pearce G, Parke HL, et al. Supported self-management for people with type 2 diabetes: a meta-review of quantitative systematic reviews. *BMJ Open* 2018;8: e024262. doi:10.1136/bmjopen-2018-024262
- Cardoso, A., Queirós, P., Fontes Ribeiro, C. (2015). Intervenções para a aquisição do autocuidado terapêutico da pessoa com diabetes mellitus: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2),246-255. doi:10.1016/j.rpsp.2015.04.001
- Clarke, D.M., Currie, K.C. (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust*, 6;190(7 Suppl), 54-60.
- Costa, L.S., Santos, M. (2013). Factores Psicossociais de risco no trabalho: lições aprendidas e novos caminhos. *International Journal on working conditions*, 5, 40 – 47.

- Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* (Clinical research ed.), 335(7609), 24–27. doi:10.1136/bmj.39246.581169.80
- Cyrino, A. (2005). As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à Educação e Comunicação em Saúde. (Tese de doutoramento, Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo, São Paulo). Acedido em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02022006-155115/pt-br.php>
- Duarte, R., Melo, M., Silva Nunes, J., Melo, P.C., João F. Raposo, J. F., Carvalho, D. (2018). Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicemia na Diabetes Tipo 2 – Actualização 2018/19 com Base na Posição Conjunta ADA/EASD. *Revista Portuguesa de Diabetes* 13(4), 154-180
- D'Zurilla, Thomas J. (1986). Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention. New York: Springer.
- Emanuel. E.J., & Emanuel, L.L. (2000). Four models of the physician – patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267, 2221 – 2230.
- Epstein, RM., Alper, BS. Quill, TE. (2004) Communicating Evidence for Participatory Decision Making. *JAMA*, 291(19), 2359–2366. doi:10.1001/jama.291.19.2359
- Gao, J., Wang, J., Zheng, P., Haardorfer, R., Kegler, M. C., Zhu, Y., Fu, H. (2013). Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Fam Pract.* 24, 14-66. doi: 10.1186/1471-2296-14-66.
- García-Pérez, LE., Álvarez, M., Dilla, T., Gill- Guillén, V., Orozco- Beltrán, D. (2013). Adherence to Therapies in Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Ther*, 4 (2), 175 - 194. doi: 10.1007/s13300-013-0034-y
- Gubrium, J. F., & Holstein, J. A. (2001). Handbook of interview research: Context & method. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hatcher, E., Whittemore, R. (2007). Hispanic adults' beliefs about type 2 diabetes: clinical implications. *J Am Acad Nurse Pract*, 19(10), 536-45. doi: 10.1111/j.1745-7599.2007.00255.x
- Heisler, M., Vijan, S., Anderson, M. R., Ubel, A. P., Bernstein, J. S., Hofer, P. T. (2003). When do Patients and Their Physicians Agree on Diabetes Treatment Goals and Strategies, and What Difference Does It Make? *Journal of General Internal Medicine*, 18(11), 893-902.

- Heisler, M., Cole, I., Weir, D., Kerr, A. E., Hayward, A. R. (2007). Does Physician Communication Influence Older Patient' Diabetes Self- Management and Glycemic Control? Results From the Health Retirement Study (HRS). *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 62(12), 1435-1442.
- Heisler M. (2008). When is Social Support Important? The Association of Family Support and Professional Support with Specific Diabetes Self- Management Behaviors. *Journal of General Internal Medicine*, 1435-1441.
- Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R., & Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health services research*, 39(4 Pt 1), 1005–1026. doi:10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x
- Hibbard, J.H., Greene, J. (2013). What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes and Care Experiences; Fewer Data On Costs. *Health Affairs* 32 (2), 207-214. doi:10.1377/hlthaff.2012.1061
- Hughes, C.M., Goldie, R. (2009). "I just take what I am given": adherence and resident involvement in decision making on medicines in nursing homes for older people: a qualitative survey. *Drugs Aging*, 26(6), 507 – 17. doi: 10.2165/00002512-200926060-00007.
- Internacional Council Nurse (2019). Strategic Plan. Retrieved from: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Strategic%20plan.pdf>
- International Diabetes Federation. (2018). Epidemiology & research. Acedido em:D:/Users/up200703673.BIBLIOTECA/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/IDF_DA_8e-EN-final%20(1).pdf
- Jack, L., Airhihenbuwa, C., Namageyo-Funa, A., Owens, M., Vinicor, F. (2004). The psychosocial aspects of diabetes care. *Geriatrics*, 59 (5), 26-32.
- Kahneman, D. (2011). *Pensar depressa e devagar*. Lisboa: Temas e dabetes Circulo de Leitores.
- Khan, C. M., Stephens, M. A. P., Franks, M. M., Rook, K. S., & Salem, J. K. (2013). Influences of spousal support and control on diabetes management through physical activity. *Health Psychology*, 32(7), 739-747. doi: [10.1037/a0028609](https://doi.org/10.1037/a0028609)
- Lemessa, F. (2012). Assessment of self care practices and associated factors among type 2 diabetic patients at Tikur Anbessa specialized hospital Addis Ababa, Ethiopia.

- (Thesis of Masters of Science in Advanced Adult Health Nursing, Addis Ababa University of Minnesota) Acedido em:
<http://localhost:80/xmlui/handle/123456789/7038>
- Lincoln, S. Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications
- Lorig, K., Alvarez, S. (2011). Re: community based diabetes education for Latinos. *Diabetes Educ*, 37(1), 128.
- Lorig, R, K., Halsted, R., Holman, R, H. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *The Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01
- Loke, Y. K., Hinz, I., Wang, X., Rowlands, G., Scott, D., & Salter, C. (2012). Impact of health literacy in patients with chronic musculoskeletal disease--systematic review. *PloS one*, 7(7), e40210. doi: 10.1371/journal.pone.0040210
- Mancuso, J. (2010). Impact of health literacy and patient trust on glycemic control in an urban USA population. *Nurs Health Science.*, 12 (1), 94-104. doi: 12(1):94-104. doi: 10.1111/j.1442-2018.2009.00506. x.
- Massey, C.N., Feig, E.H., Duque-Serrano, L., Wexler, D., Moskowitz, J.T., Huffman, J.C. (2019). Well-being interventions for individuals with diabetes: A systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 147, 118-133.
- Marcy, T.R., Britton, M.L. & Harrison, D. (2011). Identification of barriers to appropriate dietary behavior in low-income patients with type 2 diabetes mellitus. *Diab Ther.* 2(1), 9–19. doi:10.1007/s13300-010-0012-6
- McAlinden, C. (2014). The importance of doctor-patient communication. *British Journal of Hospital Medicine.* 75(2), 64–65. doi:10.12968/hmed.2014.75.2.64
- McCleary-Jones (2011). Health literacy and its association with diabetes knowledge, self-efficacy and disease self-management among African Americans with diabetes mellitus. *ABNF J.*, 2, 5-32.
- McCrimmon, J.R., Ryan C.J., Frier, M. B. (2012). Diabetes and cognitive dysfunction. *Lancet Published Online* 379: 2291–99. doi:10.1016/S0140-6736(12)60360-2
- McEwen, M.M., Pasvogel, A., Gallegos, Gwen., Barrera, L. (2010). Type 2 Diabetes Self-Management Social Support Intervention at the U.S.-Mexico Border. *Public Health Nursing*, 27(4), 310-319. doi:10.1111/j.1525-1446.2010.00860.x
- McWhinney's Textbook of Family Medicine (2016). New York: Oxford University Press.

- Meleis, A. (2005). *Theoretical nursing: development and progress* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moos, R.H. & Schaefer, J. (1989). *The Crisis of Physical Illness: An Overview and Conceptual Approach* in: Rudolph Moos (Ed) *Coping with Physical Illness* 83-25) New-York: Plenum Publishing Corporation.
- Neto, F. (1998 - 2000). *Psicologia Social*. Lisboa: Universidade Aberta
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores
- Ortiz, C., Guadalupe. L., Cabriales, G., Carlota, E., González, G., Gerardo, J., Meza, G., Vinicio, V. (2018). *Conduas de autocuidado e indicadores de saúde em adultos com diabetes tipo 2*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (4), 18(4), 7 tel.
- Ose D, Kamradt M, Kiel M, Freund T, Besier W, et al. (2019) *Correction: Care management intervention to strengthen self-care of multimorbid patients with type 2 diabetes in a German primary care network: A randomized controlled trial*. *PLOS ONE* 14(8). doi: [10.1371/journal.pone.0221229](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221229)
- Palta, P., Schneider, A., Biessels, G., Touradji, P., Hill-Briggs, F. (2014). *Magnitude of Cognitive Dysfunction in Adults with Type 2 Diabetes: A Meta-analysis of Six Cognitive Domains and the Most Frequently Reported Neuropsychological Tests Within Domains*. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 20, 278–291.
- Pedras, S., Pereira, G., Ferreira, G. (2012). *Influência das variáveis familiares nos autocuidados em diabéticos tipo 2*. Artigo em acta de conferência. <http://hdl.handle.net/1822/18945>
- Pignatelli, D., Carvalho, D. (1992). *ABC da Diabetes*. Lisboa: Helsinn, Produtos Farmacêuticos, SA.
- Polonsky, H.W., Capehorn, M., Belton, A., Down, S., Alzaid, Aus., Gamerman, V., Nagel, F., Lee, J., Edelman, S. (2017). *Physician-patient communication at diagnosis of type 2 diabetes and its links to patient outcomes: New results from the global Introdia study*. *Diabetes Research and Clinical Practice*, I 27, 265- 274.
- Rask, KJ., Ziemer, DC., Kohler, SA., Hawley, JN., Arinde, FJ., Barnes, CS. (2009). *Patient activation is associated with healthy behaviors and ease in managing diabetes in an indigent population*. *Diabetes Educ*, 35(4), 622-630. doi: [10.1177/0145721709335004](https://doi.org/10.1177/0145721709335004)

- Rebelo, L. (1992). A Doença Crónica, O Doente Crónico e a Sua Família. Repercussão Psicossocial da Diabetes. *Psicosociologia da Diabetes, Acta Médica Portuguesa*, 5, 383-387.
- Ribeiro, José Luís Pais. (2003). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Rodrigues SF. (2014). Os estilos de gestão do regime terapêutico e a sua influência nas atividades de autocuidado da população com diabetes mellitus tipo 2. (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Acedido em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/77758>
- Rolland, J.S. (1990). The impact of illness on Philadelphia Family. In: RAKEL, RE, editor. *Textbook of family practice*. Philadelphia: Sanders.
- Rosland, M. A., Kieffer, E., Israel, B., Cofield, M., Palmisano, G., Sinco, B., Spencer, M., Heisler M. (2008). When is Social Support Important? The Association of Family Support and Professional Support with Specific Diabetes Self-Management Behaviors. *Journal of General Internal Medicine*, 1435-1441.
- Rucker, L. J., McDowd, M. J., Kluding, M.P. (2012). Executive Function and Type 2 Diabetes: Putting the Pieces Together. *Physical Therapy*, 92 (3), 454- 462.
- Salgado, R. (2008). O que facilita e o que dificulta uma consulta. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 24, 513-8.
- Santos, Laura, & Torres, Heloísa de Carvalho. (2012). Práticas educativas em diabetes mellitus: compreendendo as competências dos profissionais da saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(3), 574-580. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300012>
- Schaefer J, Miller D, Goldstein M, Simmons L. (2009). *Partnering in Self-Management Support: A Toolkit for Clinicians*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. Disponível em: www.IHI.org.
- Schwarzer, R., Lippke, S., & Luszczynska, A. (2011). Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: The Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabilitation Psychology*, 56(3), 161-170. doi:10.1037/a0024509
- Shapira, M., Nattinger, B., McHorney, A. (2011). Frequency or probability? A qualitative study of risk communication formats used in health care. *Med Des Making*, 21, 459 – 467.

- Sierra, I., Mendivil, C., y colaboradores. (2009). Diabetes Mellitus Tipo 2 Abordaje en el consultorio. Bogotá: Ángela Pilone Herrera
- Söderhamn, O. (2000). Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(4), 183-189. doi: 10.1080/110381200300008724
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia: Diabetes Factos e Números - O Ano de 2015. Lisboa: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes; 2016.
- Sousa, M; Peixoto, M. & Martins, T. (2009). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: Influência na adesão ao regime terapêutico. [Diabetic's satisfaction with the nursing care: the influence in adherence to the therapeutic regime]. *Referência*, II (8), 59-67.
- Sousa MR. (2003). Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2. (Dissertação de Mestrado de Educação. Braga: Universidade do Minho). Acedido em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/668/1/tesefinalMS.pdf>
- Schokker, M.C., Stuive, I., Bouma, J., Keers, J.C., Links, T.P, Wolffenbuttel, B., Hagedoorn, M. (2010). Support behavior and relationship satisfactions in couples dealing with diabetes: Main and Moderating effects. *Journal of Family Psychology*, 24(5), 578-586.
- Stephens, M.A., Rook, K.S., Franks, M.M., Khan, C., & Iida, M. (2010). Spouses use of social control to improve diabetic patient's dietary adherence. *Families, Systems, & Health*, 28(3), 199-208.
- Strauss, A. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Strauss, A., Corbin, J. (1997). *Grounded theory in practice*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Steinsbekk A, Rygg LØ, Lisulo M, Rise MB, Fretheim A. Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12:213. Published 2012 Jul 23. doi:10.1186/1472-6963-12-213
- Sutton, A., Grijalva, M., Maya, A., Dorantes-Barríos, P., Ramírez, E., García-Téllez, S., Durán-Pérez, V., Hernández-Torres, I. (2015). Las tres dimensiones de la comunicación médico--paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. *Revista Conamed*, 20(1), 17-26.

- Tanqueiro, M. (2013). A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III série nº 9, 151-160. doi: 10.12707/RIII1202.
- Toobert, DJ., Hampson, SE., Glasgow, RE. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23(7), 943-940. doi:10.2337/diacare.23.7.943.
- Varela, A. (2017). A importância da relação e comunicação médico-doente na satisfação do utente em Portugal. Uma revisão sistemática. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 6(2),142-153.
- Vasconcelos, A., Pereira, C., Bastos, C., Leão, J., Fevereiro, M., Cunha, S., Rodrigues, S., & Ribeira., S. (2017). Capacitação de pessoas com Diabetes Tipo 2 nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 13(1), 18-25. doi: 10.1016/j.rpedm.2017.10.055
- Vincent, Hall, A.P. (2015). Executive Function in Adults With Type 2 Diabetes: A Meta-Analytic Review. *Psychosomatic medicine*, 77, 631-642.
- Wang, L., Yu, Y., Tao, T., Zhang, J., Gao, W. (2018). The self-care dilemma of type 2 diabetic patients: The mechanism of self-regulation resource depletion. *PLoS ONE*, 13(12). doi: 10.1371/journal.pone.0208690
- Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Archives of Internal Medicine*. 2004;164(15):1641–9
- Wilson. V. (2011). Economic change: A barrier to diabetes self-management? *Prim Health Care*, 21(8), 27-30. doi: 10.7748/phc2011.10.21.8.27.c8737
- World Health Organization. (2018) Diabetes. Retrieved from (<https://www.who.int/health-topics/diabetes>)
- World Health Organization. (2019). Adherence to long term therapies. Retrieved from: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_Section1.pdf
- Wu S.-F., Lee M.-C., Liang S.-Y., Lu Y.-Y., Wang T.-J., Tung H.-H. (2011). Effectiveness of a self-efficacy program for persons with diabetes: A randomized controlled trial. *Nursing and Health Sciences*, 13, 335–343. doi:10.1111/j.1442-2018.2011.00625.x
- Zajdel, M., Helgeson, V. S., Seltman, H. J., Korytkowski, M. T., & Hausmann, L. (2018). Daily Communal Coping in Couples with Type 2 Diabetes: Links to Mood and Self-Care. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 52(3), 228–238. doi:10.1093/abm/kax047

- Zhu, B., Vincent, C., Kapella, MC., Quinn, L., Collins, E., Ruggiero, L., Chang, P., Fritschi, C. (2018). Sleep disturbance in people with diabetes: A concept analysis. *J Clin Nurs*, 27(1-2), 50-60. doi:10.1111/jocn.14010
- Zill, M, J., Christalle, E., Muller, E., Harter, M., Dirmaier, J., Scholl, I. (2014). Measurement of Physician-Patient Communication - A Systematic Review, *PLOS ONE*, 1-20.

Anexos

A – Guião de entrevista profissionais de saúde

- quais as tarefas e responsabilidades principais subjacentes ao autocuidado de uma pessoa com diabetes tipo 2?
 - de que forma costumam reagir as pessoas com diabetes tipo 2 a essas tarefas e responsabilidades?
 - quais as actividades de autocuidado mais fáceis de gerir? quais as mais difíceis? porquê?
- qual a importância da família ou dos cuidadores na implementação do autocuidado?
- quais as principais dificuldades no estabelecimento da comunicação sobre o autocuidado com a pessoa diabética tipo 2?
 - de que forma os vários profissionais de saúde prestam ajuda à pessoa com diabetes tipo 2 para resolver problemas específicos associados ao autocuidado; são referenciados outros serviços/ centros de referência para o tratamento da diabetes a que a pessoa pode aceder para facilitar o autocuidado?
 - na comunicação com a pessoa com diabetes tipo 2 de que forma podem os profissionais de saúde actuar ao nível da motivação e da confiança pessoal para a implementação das tarefas de autocuidado?

B – Guião de entrevista indivíduo com diabetes tipo 2

- no seu dia a dia, que cuidado especial tem que ter devido à diabetes tipo 2?
 - como reagiu ao facto de ter que implementar as tarefas de autocuidado? quais as actividades de autocuidado mais fáceis de gerir e quais as mais difíceis, porquê?
- qual é a importância dos seus familiares ou pessoas mais próximas na implementação do autocuidado?

- qual é a importância dos profissionais de saúde na implementação do autocuidado?
 - foram abordadas estas tarefas por parte do médico ou outros profissionais de saúde? de que forma?
 - quando tem problemas específicos associados ao autocuidado da diabetes tipo 2 recorre aos profissionais de saúde? a quem? conseguem ajuda- lo?
 - já foi referenciado para outros serviços (e.g., centros de referência para o tratamento da diabetes na sua zona de residência; cuidados de enfermagem; grupos de apoio da diabetes com o propósito de facilitar o autocuidado?
- quais as principais dificuldades que enfrenta no estabelecimento da comunicação sobre o autocuidado com os profissionais de saúde?
 - o que é um profissional de saúde deveria dizer ou de que forma poderia comunicar para assegurar que a pessoa com diabetes tipo 2 tem um bom autocuidado
 - de que forma podem os profissionais de saúde atuar ao nível da motivação e da confiança pessoal para a implementação das tarefas de auto cuidado?.

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO ESTUDO: A importância da comunicação entre profissional de saúde e pessoa com Diabetes para o autocuidado da diabetes *mellitus* Tipo 2.

ENQUADRAMENTO: Este estudo tem como principal objectivo conhecer o processo de comunicação, sobre o autocuidado, entre profissional de saúde e pessoa com diabetes tipo 2. O estudo é realizado no âmbito de uma tese de mestrado na área da Psicologia da Saúde, realizada na Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto, sob a orientação da Prof. Dra. Mariana Martins e da Prof Dra. Emília Costa.

EXPLICAÇÃO DO ESTUDO: O estudo implica a gravação áudio de uma entrevista composta por questões semi-estruturadas relacionadas com a comunicação entre as pessoas com diabetes e os profissionais de saúde que as acompanham. Posteriormente os dados serão transcritos para o programa informático de investigação qualitativa, designado NVIVO. O investigador encontra-se com o profissional de saúde apenas uma vez, durante cerca de 20 minutos, nas instalações da APDP. As gravações serão destruídas depois da entrega da tese de mestrado em Novembro de 2019.

CONDIÇÕES E FINANCIAMENTO: Não existe qualquer pagamento de deslocações ou contrapartidas. A participação no estudo é voluntária. O estudo mereceu Parecer favorável da Comissão de Ética da APDP.

PROTEÇÃO DE DADOS/CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO: Para a realização deste estudo serão recolhidos dados pessoais, designadamente: género; número de anos de prática profissional. Gravação áudio da entrevista..

Todos os dados serão anonimizados e devidamente guardados e protegidos, sendo somente utilizados para as finalidades do estudo. A sua identificação nunca será tornada pública e todos os contactos serão efetuados em ambiente de privacidade e sigilo profissional.

Os seus dados pessoais não serão conservados após o final do estudo.

De acordo com os limites legais e quando aplicável, os titulares dos dados têm o direito de retirar o consentimento, solicitar a retificação dos dados, o apagamento, a limitação do tratamento, a oposição ao tratamento, a portabilidade dos dados, bem como apresentar reclamação à CNPD ou

outra entidade competente. Sempre que o titular dos dados quiser exercer qualquer um dos direitos mencionados, deve solicitá-lo ao investigador que o acompanha.

Este estudo cumpre a legislação aplicável, nomeadamente o Regulamento (UE), 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE, tendo sido também revisto e aprovado pela Comissão de Ética da APDP.

A APDP designou um Encarregado de Proteção de Dados cujo contacto é rgpd@apdp.pt.

Receberá uma cópia deste formulário de Consentimento Informado Escrito.

TÍTULO DO ESTUDO: Comunicação para o autocuidado da diabetes *mellitus* tipo 2 : estudo qualitativo

Eu _____(nome completo), declaro ter lido e compreendido o documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de colocar questões sobre o estudo e esclarecer as minhas dúvidas;

Desta forma, declaro que:

- Recebi informação que considero suficiente sobre o estudo;
- Permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, unicamente para esta investigação, sendo garantida o anonimato e confidencialidade;
- Falei com _____ (nome do investigador);
- Compreendi que a minha participação no estudo é voluntária;
- Fui informado que a minha participação neste estudo não me confere o direito a qualquer tipo de remuneração;
- Concordo em participar neste estudo de livre vontade;

O participante _____

O Investigador _____

Data (dd/mm/aa): ____/____/____

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

D - Material codificado por categoria

Sequenciaram-se as citações por grupo de participantes: profissionais de saúde; indivíduos com diabetes tipo 2. Sempre que existe um testemunho contrastante ou consonante, do outro grupo, esse depoimento é colocado imediatamente a seguir.

Categoria 1 : Autocuidado : percepções de profissionais de saúde e indivíduos com DMT2

1.1. Áreas de autocuidado nomeadas por PF e ID

Frequência de áreas nomeadas (gráfico)

1.2. Percepção do grau de dificuldade das áreas de autocuidado

“É difícil ter uma doença crónica deste género e todos os dias ter que ter estas preocupações” (E9 indivíduo com diabetes tipo 2).

“eu acho que pedem coisas muito difíceis “ (E2 indivíduo com diabetes tipo 2).

“é um mundo impressionante de autocuidado e auto-vigilância bastante complexo” (E4 indivíduo com diabetes tipo 2).

“É uma doença que se repete vezes e vezes e vezes sem conta ao longo do dia, ao longo de não sei quantos dias e não sei quantos anos e os estudos apontam que estas pessoas têm cerca de quarenta e tal tarefas por dia que a pessoa com diabetes terá que fazer a mais do que uma pessoa que não tenha” (E3 Profissional de saúde).

“Não é fácil é muita coisa, que nós temos muita tendência para relativizar” aí é fácil, a diabetes leva-se, consegue-se fazer tudo”. Não é uma doença tão má assim se a pessoa tiver alguns cuidados consegue-se fazer a coisa, isto é verdade, só que enquanto se eu quiser sair pego em mim e vou, se tiver diabetes e estiver a fazer medicação tenho que pensar na medicação, no tempo que eu vou demorar e se houver alguma coisa vou demorar mais X, portanto eu tenho que levar um lanchinho porque senão depois o medicamento está a fazer efeito e eu posso ter uma baixa de açúcar. Portanto existe um conjunto de atitudes ou de coisas em que eu tenho que pensar. Por exemplo, eu vou almoçar, se eu fizer insulina tenho que ver quanto é que tem, fazer insulina e depois almoçar ... Mas é muito difícil, a diabetes é muito difícil, é uma doença em que a pessoa pode viver com qualidade, como se costuma dizer pode viver como os outros, pode comer como os outros e fazer como os outros ... mas tem que ter muitas outras coisas por trás quando vão fazer. Existem um conjunto de passinhos pequenos todos os dias, que ao longo dos dias, dos meses, dos anos, não é fácil” (E5 profissional de saúde).

“aquilo que se exige às pessoas com diabetes é normalmente considerado, às vezes é encarado com simplicidade, mas aquilo que é exigido tem um peso significativo na vida da pessoa porque introduzimos um conjunto de actividades, tarefas e responsabilidades que outras pessoas não têm, mas que não as livra de terem que desempenhar todas as outras tarefas ao nível pessoal, familiar, profissional e integração na comunidade. E estas tarefas na diabetes têm um outro ponto que introduz complexidade que é o facto de serem muito variáveis no dia a dia portanto o que nós exigimos das pessoas no seu plano, mesmo quando é aceite pelas pessoas, não têm um resposta homogénea de dia para dia, ou seja o comportamento da pessoa, mesmo que seja em termos de glicemia não é o mesmo, mesmo que a pessoa tenha cuidado em tudo aquilo que come, na administração da sua terapêutica e monitorização da glicemia não tem que ter o mesmo resultado, isso introduz um componente complexo “ (E1 profissional de saúde).

“às vezes quando a diabetes altera um bocadinho mais eu fico a pensar então eu ontem comi menos e aumentou e outras vezes quando meto o chocolate tenho a diabetes muito baixa” (E2 indivíduo com diabetes tipo 2).

“são pessoas que já têm uma dificuldade de mobilidade, portanto dificulta muito a parte da actividade física, eu acho” (E8 profissional de saúde).

“E depois temos doentes que têm muitos problemas osteoarticulares que tem muita dificuldade em mobilizar-se. Alguns deles mesmo fazer uma caminhada é um bocado complicado porque têm atrozes, artralgias do joelho, da anca e não conseguem ter uma actividade regular e isso limita um bocado a parte da actividade física que pode ajudar na compensação” (E1 profissional de saúde).

“para mim o mais difícil é o exercício...custa-me porque as pernas já não são o que eram “(E8 pessoa com diabetes tipo 2).

“caminhar, coisa que eu não faço porque tenho muitos problemas na coluna, tenho hérnias discais e ciática e vários problemas que me impedem de caminhar muito, eu caminho todos os dias, mas não posso caminhar muito, não é aquela caminhada que eles me exigem de uma hora “ (E4 indivíduo com diabetes tipo 2).

“nem sempre é fácil a pessoa cumprir primeiro os planos da alimentação ´no meu caso é... porque é um contrasenso porque eu trabalho num café que é uma pastelaria, por isso é que é difícil porque a alimentação que lá está não é... aquela que está é a que existe no mercado, por isso eu aí eu vingo-me um bocadinho nas sandes porque do que lá está se calhar é o menos prejudicial porque há lá muito

salgado, muito bolinho, há lá muita coisinha, eu felizmente ainda resisto a muita coisa “ (E4 indivíduo com diabetes tipo 2).

“eu não tenho hipótese mesmo ao nível do trabalho não dá não faço restrições nenhuma” “ (E5 indivíduo com diabetes).

“procuro ser cuidadoso, não sou tão cuidadoso como os médicos me aconselham porque tinha que estar sempre a comer e eu não tenho vida para estar sempre a comer, a minha actividade profissional não me permite comer a meio da manhã, comer a meio da tarde, fazer cinco refeições, eu não tenho vida para isso obviamente faço 3 refeições e já está, quanto muito tomo um café a meio da manhã e já está “ (E11 indivíduo com diabetes tipo 2).

“porque podemos estar a falar de um bombeiro por exemplo que é chamado para ir para um incêndio, podemos estar a falar de uma pessoa que trabalha por turnos, ninguém vai parar um incêndio para o bombeiro comer, um advogado que está numa reunião ou num tribunal, a operadora de uma caixa de hipermercado que não pode ter comida com ela” (E5 profissional de saúde).

“O que me parece mais acessível, não sei se fácil ou não, será a medicação porque acaba por ser uma coisa que é rotineira é uma hora específica e muitas vezes diria eu, e muitas das pessoas que eu acompanho dão esse feedback, que têm outra medicação associada a outra coisa tensão por exemplo, ou o que quer que seja, como tomam a medicação toda seguida acaba por ser mais fácil de introduzir na rotina no sentido da toma dos antidiabéticos orais, por exemplo, sei que tenho que tomar aquele comprimido todos os dias de manhã ou há hora que for por prescrição médica portanto eu diria que é o mais normativo ou o extra mais fácil de colocar na rotina, diria eu” (E8 profissional de saúde).

“mesmo quando eu estou a trabalhar ao meio dia tomo sempre o medicamento da hora do almoço certinho, nesse caso aí não falha, na medicação não falho” (E5 indivíduo com diabetes tipo 2).

“tomar a medicação, tomo a horas e não me esqueço” (E8 indivíduo com diabetes tipo 2).

“A medicação são 4 comprimidos e isso não falha nada” (E5 indivíduo com diabetes tipo 2).

“olhe vou me valendo da medicação para compensar mais ou menos as asneiras” (E3 indivíduo com diabetes tipo 2).

“No meu caso que eu sou diabético e tenho essas coisas todas em princípio eu tenho-os mais ou meu controlados por mim e pronto por causa dos medicamentos”
(E5 indivíduo com diabetes tipo 2).

Categoria 2 : O papel da família para o autocuidado

“É raro, eu aqui atender com as famílias “ (E8 profissional de saúde)

“É assim, nós pedimos sempre principalmente, às pessoas mais idosas que tragam sempre que possível um familiar “ (E6 profissional de saúde)

“Depois é muito importante da nossa parte como profissionais termos em conta as fases de aceitação da doença crónica que são complexas, ter noção que a pessoa pode estar em determinada fase e perceber em que determinada fase a pessoa está porque isso vai condicionar as suas acções e as suas atitudes” (E4 profissional de saúde).

“Vêm, vêm. A família vem. Eles trazem sempre alguém o filho ou a nora, pronto eles trazem sempre uma pessoa da família, às vezes um neto. E eu sempre que quero que venha outra pessoa da família até escrevo uma carta a pedir para vir outra pessoa. Se vem o neto às vezes escrevo para vir o filho ou a nora ... Mas quando é o início da insulina que os doentes vão ter que fazer ensino está sempre outra pessoa da família presente. (E1 profissional de saúde).

“Geralmente chamo os acompanhantes que vêm com a pessoa à consulta e geralmente sugiro que venham na próxima, outras vezes também não quer dizer que seja sempre conveniente vir o acompanhante “ (E10 profissional de saúde).

“o que eu acho é que temos que contar com as famílias e sabendo que elas existem é trabalhar com elas também, é comunicar com elas também, mesmo que presencialmente não estejam cá e acho que é muito importante comunicar com elas, às vezes é preciso fazer telefonemas, às vezes as pessoas dizem fale aqui com a minha filha ou fale aqui com o meu marido que ele é que toma conta da medicação, fazem isso muitas vezes, e falamos ao telefone várias vezes...É importante e quando eu percebo que há na família uma pessoa que ajuda e que vai lá ao domingo então eu tento escrever tudo de maneira a que essa pessoa perceba” (E2 profissional de saúde).

“ a inclusão de outras pessoas nem que seja muitas vezes para ir à farmácia, para perceber o que é que aquela dosagem significa... acho que temos que ter a noção

que muitas das pessoas que tratam da diabetes nunca viram uma agulha nunca mexeram numa caneta de insulina, nunca perceberam de nada relacionado com as ciências da saúde e o que nós pedimos e muitas vezes exigimos é que passem a fazê-lo portanto acho que temos que ser justos com eles e dar-lhes muitas informações de base para que as pessoas possam fazê-lo com segurança e com conforto.... acho que é importante nós acolhermos os cuidadores à sua volta” (E4 profissional de saúde).

“tenho lá fora a minha secretária que é a minha esposa e ela é que marca as consultas, pergunta-me se eu tomo os comprimidos, avisa-me quando devo tomar porque às vezes eu esqueço-me, diz me por exemplo quando é que tenho que vir aqui ou a outros sítios. Ela ajuda-me” (E2 indivíduo com diabetes tipo 2).

“A minha mulher também anda sempre atrás de mim a perguntar-me se eu já tomei os comprimidos ... ajuda é uma ajuda importante” (E5 indivíduo com diabetes tipo 2).

“Tenho uma filha que também está um bocadinho dentro das coisas e me diz você tem que fazer isto e tem de fazer aquilo e não se esqueça disto e não se esqueça daquilo” (E8 indivíduo com diabetes tipo 2)

“a família é muito importante, quando nós estamos ali a pisar o risco ajudam e isso é muito bom. E há uma coisa muito boa que é quando há jantares ou almoços, depende, pronto quando comemos todos juntos todo comemos a mesma coisa e isso para mim é uma coisa muito boa, há essa sintonia” (E6 indivíduo com diabetes tipo 2).

“é a minha filha que me corta as unhas porque eu como vejo mal é ela que me corta” (E10 indivíduo com diabetes tipo 2).

“ajuda mesmo estando longe, perguntam como é que eu estou com alguma frequência, como é que eu me estou a sentir, essas coisas todas” (E9 indivíduo com diabetes tipo 2).

“a minha mulher é muito boa, mas é complicado é muito nervosa e desbarata muito, temos que lhe explicar as coisas muitas vezes, ela quer ajudar, mas é muito nervosa é muito apressada e às vezes chateia-me, enerva-me” (E1 indivíduo com diabetes tipo 2)

“porque não tenho um marido que consiga acompanhar-me, o meu marido é uma pessoa que só gosta de fritos ... não come grelhado e eu às vezes tenho que fazer outras coisas à parte ... quer dizer nem sempre é difícil resistir ao que cozinho para ele” (E10 indivíduo com diabetes tipo 2).

“convivo com estes meus primos eles até me questionam se eu não quero comer um bolinho eu respondo logo que nem pensar, mas eles tentam-me” (E11 indivíduo com diabetes tipo 2).

“na questão da saúde cada um tem os seus problemas e cada um está um bocado virado para os seus problemas, mas eu sei que eles todos têm problemas, inclusivamente todos os meus filhos também têm diabetes e isso trocamos às vezes informações por exemplo “olha quando é tens e tal” o meu filho está sempre a dizer-me para ter cuidado porque eu como tudo, mas ele depois também faz a mesma coisa e a minha filha a mesma coisa, às vezes diz-me “pois estás a comer isso e isso faz-te mal” e eu aí responde-lhe “é melhor que vejas aquilo que também comes”?...Acho que não nos ajudamos muito porque fazemos muitos disparates não somos muito bons uns para os outros” (E4 indivíduo com diabetes tipo 2).

“atendi uma senhora, que compra para 6 familiares diferentes, é ela é que gere tudo e aí a importância dela na gestão da medicação dela e daquelas 5 pessoas” (E2 profissional de saúde).

Categoria 3: Componentes da comunicação para o autocuidado

3.1. Avaliação do conhecimento prévio, comunicação de conhecimentos e habilidades

“tentamos perceber o que é que a pessoa já sabe” (E6 profissional de saúde).

“e se estamos no mesmo nível de conhecimento” (E9 profissional de saúde).

“Primeiro tem que se adaptar ao nível de conhecimento de cada um e às capacidades de entendimento de cada um” (E3 profissional de saúde).

“perceber que informação é que tu utente tens e qual é que é aquela que é importante teres (E8 profissional de saúde).

“Imagine uma pessoa que vai iniciar um medicamento novo, chega à nossa consulta nós perguntamos se o médico falou consigo já que vai iniciar um medicamento novo, pelo menos eu pergunto sempre, o que é que já sabe sobre isso... entre o que é importante a pessoa saber e aquilo que ela realmente quer saber” (E5 profissional de saúde).

“E também já percebi, ao longo destes anos que trabalho cá que a informação que é, para nós é muito básica, para outro pode não ser assim tão básica” (E6 profissional de saúde).

“Acho que a transmissão de informação oral é muito importante vamos supor a questão da hipoglicemia, portanto a pessoa pode referir que teve uma situação de hipoglicemia se a pessoa identificou as causas daquelas situações e podemos ver com a pessoa quais são as causas” (E4 profissional de saúde).

“E muitas vezes também escrevo qual é o esquema de insulina...como é que vão aumentar ou reduzir as doses “(E1 profissional de saúde).

“desde gráficos, a imagens, às vezes computadores, o próprio google, passo a publicidade, para tentar que as pessoas possam ver imagens mais práticas, esquemas que possibilitem a percepção das coisas, exemplos, alegorias muitos de nós utilizamos o exemplo da chave-fechadura para explicarmos o funcionamento da insulina e do açúcar a entrar para as células. Explicando que a insulina é uma chave que possibilita que a energia passe para dentro do corpo, eu acho que as pessoas conseguem perceber melhor qual é o seu papel e qual a sua necessidade... depois levam sempre recomendações escritas dos passos que irão fazer para caso se esqueça de alguns passos poder seguir um guião (E3 profissional de saúde).

“eu uso muitas vezes folhetos e às vezes faço-os eu, mas não sei se resulta, mas é para eles perceberem a importância do que eu lhes estou a dizer “(E7 profissional de saúde).

“ temos que nos centrar nos diferentes estádios de desenvolvimento e diferentes faixas etárias que existem o que torna a coisa um desafio totalmente diferente... se for a um bebé, eu se calhar não estou muito preocupado em explicar ao bebé e estou mais preocupado em explicar aos pais, se for uma criança que está a começar o primeiro ano uso uma linguagem muito básica, muito parecida com a chave fechadura para que eles percebam, se for uma criança mais pequenina de três anos se calhar pego no brinquedo favorito dela e explico-lhe com dó-dói ou sem dó-dói, se tentar explicar a um adolescente tento explicar com o máximo de detalhe possível porque eu quero é que ele acredite que tudo aquilo que eu estou a dizer é verdade porque ele provavelmente chega ali ao google e vai investigar se eu estou a dizer a verdade ou se estou a dizer asneiras, portanto esses são os desafios da pediatria porque não podemos tratar todos da mesma forma” (E3 profissional de saúde).

“É oralmente, normalmente ela explica-me só oralmente quando eu preciso”
(E4 pessoa com diabetes tipo 2).

“ela deu-me uns papeis em conjunto com o aparelho, mas eu já não me lembro o que estava lá escrito, depois além dos papeis em conjunto com o aparelho deu-me outros papeis com os valores escritos e os cuidados que devia ter” (E7 indivíduo com diabetes tipo 2).

“depois escrevia tudo num papel, escrevia faça isto, faça aquilo, se os valores forem isto você faça assim, se aqueles valores se mantiverem por dois dias ou três faça assim...” (E8 indivíduo com diabetes tipo 2).

“mostrar à pessoa como se faz, e a pessoa fazer à nossa frente é muito importante por exemplo para ensinar a primeira vez que se faz insulina explica-se como se faz os vários passos, a pessoa faz a primeira vez connosco para nós podermos ajudar e assegurar que nada corre mal” (E3 profissional de saúde).

“se estamos a explicar um glicómetro nós temos de estar a fazer junto da pessoa a fazer com ela... para termos a certeza que a pessoa está a fazer bem nós temos que pedir à pessoa para fazer, então dizemos ao senhor ou à senhora “então faça lá, então e o que é que nós falamos, agora é para fazer o quê, ora faça lá” (E5 profissional de saúde).

“pedimos a pessoa para demonstrar a pessoa pega na caneta e nós pedimos para administrar perguntamos em que zonas como faz a variação dos locais, portanto pedimos à pessoa que nos explique” (E4 profissional de saúde).

“mostrou-me como é que se punha a agulha na caneta” (E8 indivíduo com diabetes tipo 2).

“sempre pedir à pessoa que nos relate aquilo que percebeu, confirmar, validar e se for preciso corrigir” (E3 profissional de saúde).

“porque o apoio dos pares é muito importante, nós temos um núcleo jovem na APDP que desenvolve actividades com crianças, jovens, jovens adultos, pais, e desde há muitos anos que contamos com outros pares como formadores e realmente é extraordinário, porque nós profissionais somos muito importantes, mas o apoio dos pares é extraordinário porque sentem os problemas e as dificuldades, acho que é fundamental preparar pares para serem facilitadores em conjunto com os profissionais de saúde, dá resultados extraordinários” (E4 profissional de saúde).

“acho que há outra coisa muito importante que é os pares, reunirmos com pares experts que possam transmitir uma informação que nós sabemos à partida que

é viável e confiável também acho que é importante porque a pessoa reconhece que realmente nós temos a nossa qualificação, mas não sentimos o mesmo que eles, tenho a certeza que as pessoas sentem isso, se for um par o impacto será muito melhor e muito maior...na APDP fazemos grupos e o feedback tem sido largamente positivo, as pessoas motivam-se umas às outras e a si próprias.” (E3 profissional de saúde).

“A questão dos grupos é fundamental, nós gostamos muito dos grupos e ajuda-nos muito, temos grupos de todas idades, pais, jovens adultos, adultos, idosos. Aliás, o nosso acolhimento a pessoas com diabetes tipo2 é logo em grupo. Grupo de uma hora com o um enfermeiro e um grupo de uma hora com um nutricionista para explicarmos o que temos para oferecer e dar as boas vindas e perceber as dificuldades que elas sentem, é este o caminho com certeza para facilitar a aceitação da diabetes e facilitar e etc...” (E4 profissional de saúde).

“na APDP fazemos grupos e o feedback tem sido largamente positivo, as pessoas motivam-se umas às outras e a si próprias “ (E3 profissional de saúde).

“mas às vezes as coisas em grupo tornam-se mais fáceis, não são só eles que têm aquela dúvida e que fazem assim e tal, há mais pessoas...E depois temos outras sessões por exemplo do relógio da vida, que basicamente é um relógio e nós convidamos uma pessoa ou criamos uma história fictícia em que eles vão dizendo o que fazem ao longo de um dia, acordo às 8 da manhã tomo a medicação, o pequeno almoço e eles vão discutindo o que é que faziam igual ou diferente, é interessante é muito interessante” (E6 profissional de saúde).

3.2. Avaliar percepções, crenças, conhecer o sujeito e as suas necessidades

“avaliar as percepções das pessoas que temos ali à nossa frente para perceber o que é que a pessoa acha de ter diabetes, porque é que acha que têm diabetes? o que é que é a diabetes? se sabe o que é que é a diabetes “ (E8 profissional de saúde).

“Eu acho importante começarmos por isso, se a pessoa sabe o que é a diabetes, mas é um ponto de partida muito importante se a pessoa tem realmente noção do que é a doença ...sim começar por perceber o que é que a pessoa sabe sobre a doença, sobre o tratamento e como é que se sente em relação a isso” (E4 profissional de saúde).

“será que quando eu estou a falar com as pessoas, eu sei que isto não tem cura, mas será que eu digo isto às pessoas? Eu tento perceber se as pessoas sabem

isto? acho que para comunicar é muito importante partirmos dos pressupostos corretos e eu acho que este é um pressuposto “ (E2 profissional de saúde).

“Ainda há pessoas que acham que a insulina ainda é o fim de linha...ah vou fazer insulina, a minha vizinha quando começou a fazer insulina poucos meses depois morreu” “ (E2 profissional de saúde).

“Ainda há muito muitos em relação à insulina, por exemplo, de que a insulina torna-nos ceguinhos, que o meu vizinho fez insulina e depois perdeu uma perna, de que a insulina mata, por aí fora...porquê, porque muitos deles estão associados à própria patologia, porque as pessoas só descobrem que têm diabetes tipo 2, alguns anos depois de ela já ter começado com as complicações associadas, então depois associam que é a insulina que o faz, esse é um dos grandes mitos.....ou já tive pessoas que me relataram “ah mas o meu irmão também têm diabetes e toma comprimidos e diz para eu nunca aceitar tomar insulina, porque a insulina faz mal” e é mais difícil desconstruir os mitos nessas ocasiões.... se for algum profissional que esteja menos treinado na área ou que dê voluntariamente uma informação destas é difícil desconstruir, porque a credibilidade de um profissional de saúde é sempre a credibilidade de um profissional de saúde, as pessoas não acham que haja um com mais credibilidade do que outro “(E3 profissional de saúde).

“os conceitos que traz porque muitas vezes eles associam à toxicodependência, ou que vão engordar se começarem a fazer insulina, ou que vão ficar dependentes para o resto da vida de insulina e então trazem certos mitos que se não forem questionados ou desmistificados as ideias que eles têm, como já trazem antecedentes familiares às vezes dizem “ai eu não quero insulina porque quando o meu pai começou a tomar insulina foi amputado” não é o facto de ter iniciado a insulina que levou à amputação é porque já tinha os valores demasiado altos durante muito tempo portanto não vale a pena avançarmos sem desmistificar certos temas” (E6 profissional de saúde).

“as pessoas associam a insulino terapia a estarem mais doentes...temos aqui pessoas que nos dizem que a sua diabetes é das fracas ou dos fortes conforme tomem insulina ou não.” (E7 profissional de saúde).

“Quando me disseram que eu tinha que tomar insulina eu desatei a chorar porque pensei que ia morrer “ (E9 indivíduo com diabetes tipo 2).

“depois vêm também com muitos mitos ao nível dos hidratos de carbono e das coisas que não podem comer, muito na base da alimentação” (E8 profissional de saúde).

“Outro dos grandes mitos, é que se a diabetes tem que estar relacionada com os açúcares então no caso de hipoglicemia vou comer açúcar? O açúcar é veneno, e neste caso não, é como se fosse um medicamento que fosse necessário para os poderes tratar” (E3 profissional de saúde).

“ah eu tenho diabetes tipo 2 porque já a minha mãe tinha, ou tenho diabetes porque punha sempre mel no chá” pronto coisas assim do género...eu acho que é muito importante clarificar porque são pessoas que vêm com mais mitos relativamente aquilo que é a diabetes e relativamente à sua origem. Para algumas pessoas ter diabetes é não comer doces, não é cá o organismo, há outras que ter diabetes é medir os valores” (E8 profissional de saúde).

“atender aos seus receios e às suas dificuldades... primeiro descobrir a pessoa que estamos a atender ... como tinha dito é a partir da escuta activa o tal conhecer a pessoa perceber quais são as dificuldades da pessoa ...descarregar informação não é o caminho, se não tentarmos conhecer a pessoa que temos ali e o que é que ela está a precisar de nós, porque nós não sabemos“ (E4 profissional de saúde).

“eu não consigo desligar de não ser uma transmissão de informação mas ser o conhecimento do outro...conhecer a pessoa e eu quando digo conhecer a pessoa não é porque nunca a vi, é conhecer a pessoa de cada vez que ela vem à minha consulta porque a pessoa que está aí, não é a mesma que esteve há 15 dias e eu também não sou porque aconteceram coisas na minha vida e eu posso estar mais bem-disposta ou menos bem-disposta mais receptiva ou menos receptiva deste lado também” (E5 profissional de saúde).

“às vezes podem não estar tão disponíveis por factores da vida deles “ (E5 indivíduo com diabetes tipo 2).

“não podemos ter a pretensão de querer mandar na vida das pessoas, vamos ter que ouvi-las para poder perceber o que é que é importante para elas... Ouvindo-a, ouvindo a sua opinião e perguntando.....devemos saber ouvir e ter tempo para ouvir” (E3 profissional de saúde).

“criar espaços e tempos para as pessoas serem ouvidas acima de tudo e dizerem as suas dificuldades...Acho que mais disponibilidade eventualmente nossa,

em termos de ouvirmos mais as pessoas e reter aquilo que elas nos dizem (E6 profissional de saúde).

“conhecer as dificuldades que ela sente, as necessidades e só então, depois desse conhecimento ir fornecer a informação ... porque demora tempo para a pessoa arranjar à vontade para exprimir-se, falar as suas dificuldades” (E4 profissional de saúde).

3.3. Influências na comunicação para o autocuidado da DMT2

Quantidade de informação no momento do diagnóstico e início da terapêutica

“portanto é dada muita informação na consulta não sei se é dada muita informação, mas imaginemos que uma pessoa que foi diagnosticada agora com diabetes tipo 2, dão-lhe uma série de informação, não é? que é a informação necessária, não sei se é a mais ou menos, mas é a que é necessária para a pessoa também saber o que pode contar daqui para a frente” (E8 profissional de saúde).

“porque nós temos vários tipos de consulta, somos obrigados, entre aspas, a dar muito informação porque é o início de uma terapêutica nova, são os cuidados que as pessoas têm que ter e depois às vezes as pessoas têm consulta de enfermagem, de nutrição, consulta médica. Por isso elas tem várias consultas, várias informações” (E6 profissional de saúde).

“não é que não compreendem, às vezes é muita coisa, é muita informação, principalmente das primeiras vezes que cá vêm é muita informação e não se esqueça que há pessoas que vêm aqui e estão aqui o dia inteiro porque entram às 7 e tal da manhã para fazer análises e depois estão sem comer e estão com fome depois têm consulta, depois têm os pés, depois vão à cardiologia e ainda vão à nutrição e chegam aqui e a informação não entra” (E2 profissional de saúde).

Percepção dos profissionais de saúde sobre o indivíduo com DMT2 e percepção do indivíduo sobre os profissionais de saúde

“E às vezes é muito complicado porque às vezes temos uma pessoa que nos destrói o dia, que nos trata mal, que é antipática porque reclama com tudo e com nada e porque às vezes é uma pessoa e pronto temos que contar até 10 e as outras pessoas não têm culpa, não é?” (E2 profissional de saúde).

“são pessoas arrogantes, frias, tipo nós somos súbditos e vêm cá e pronto são o senhor doutor, sou o senhor doutor doutorado, às vezes nós tratamos a pessoa por senhor ou senhora e a pessoa pergunta-nos logo se sabemos com quem estamos a

falar, isso para mim é um grande entrave e tenho uma grande vontade de dizer que aqui as pessoas são todas iguais, isso pode ser um entrave a arrogância” (E7 profissional de saúde).

“não é por eu tratar por tu ou não tratar por tu, se perguntar pelos filhos ou eles perguntarem pelos meus, porque sabem que eu tenho filhos, não é por aí que deixamos de ter uma relação profissional e respeitosa e não é que não se possa até ter uma relação de amizade e eu até tenho uma ou duas com utentes que já conheço há muito tempo e criei uma relação de amizade, mas aqui é uma relação profissional, ao menos eu tento. O que eu acho é que às vezes em termos de comunicação acho que essa pode ser uma principal dificuldade ... uma grande barreira e uma grande dificuldade “ (E5 profissional de saúde).

“Uma pessoa que esteja contrariada é difícil...” (E10 profissional de saúde).

“Há características de personalidade que eu reconheço que são para mim difíceis e um exemplo que eu reconheço muitas vezes é o padrão , é o estado depressivo, ou depressão e eu tendo a percepção disso tento ter especialmente cuidado de não reagir de maneira acentuada nestas situações, mas reconheço que para mim é difícil e essa provavelmente é a situação mais complicada, já me aconteceram situações, em que a situação se tornou para mim desagradável e mesmo mudar de médico nessa situação porque achava que não estava de todo confortável e não estava a contribuir também para que o outro ficasse melhor.” (E9 profissional de saúde).

“ isso para mim é muito difícil às vezes quando a pessoa não está cá, a pessoa vem completamente triste para aqui a tristeza é difícil de contornar e depois também não podes dizer uma piada ou também não podes usar o humor, não é hora de usar o humor, mas também não é a hora de o abraçar para ele chorar porque se não aumentas a tristeza daquela pessoa naquele momento, para mim isso é muito difícil, contornar ali, eu até compreendo, mas o que é que não pode ser ali nem agora “ (E7 profissional de saúde).

“se for muito agressivo eu até penso “nunca mais lá volto” em vez de aderir corto, não vou” (E4 indivíduo com diabetes tipo 2).

“olhe da segunda que me calhou gostei muito, agora a primeira não, não gostei, era muito bruta “(E6 indivíduo com diabetes tipo 2).

“é muito severa... são um bocado brutos para os doentes, a brutalidade é despacharem o doente é falar rispidamente” (E10 indivíduo com diabetes tipo 2).

Literacia, literacia em saúde, influência de fontes alternativas de informação

Literacia

“depois como temos vários tipos de pessoas aqui com mais literacia, com menos literacia pessoas que são analfabetas, por exemplo, esse foi também uma questão que tive dificuldade, porque aqui há muitas que não reconhecem os números e não sabem e às vezes tornam-se um bocadinho ... Às vezes utilizamos em relação aos comprimidos as caixinhas com determinada cor, os comprimidos associados às cores. Pessoas que fazem insulina é pelos estalinhos rodamos o botão para ...ou seja quantas vezes é que têm que rodar para o estalinho indicado ou então por desenhos, damos mapas para ... uma lua para saberem que é a noite que tem que picar o dedo, ao almoço é uma panela, ou sol quando é o pequeno almoço. Conjugamos mais ou menos assim. E funciona” (E6 profissional de saúde).

“Olhe por exemplo às vezes uma pessoa com menos literacia está mais receptiva para receber informação e aprende tão bem, às vezes temos um bocado de preconceito que a pessoa não sabe ler nem escrever e não vai aprender a administrar insulina, mesmo em formações de grupo são pessoas que nos surpreendem porque falam da sua experiência de uma maneira extraordinária para as outras pessoas” (E4 profissional de saúde).

Literacia em saúde

“a iliteracia em saúde dificulta algum tipo de termos... eu acho que temos uma população com alguma incapacidade para a literacia em saúde... talvez daqui a alguns anos consigamos estar um bocadinho melhor” (E3 profissional de saúde).

“Às vezes eu sei que utilizar termos técnicos não vale a pena” (E6 profissional de saúde).

“pode haver uma barreira e estabelecer-se uma dificuldade se não nos pusermos, não é pusermos, é se nós não percebermos qual é a linguagem que aquela pessoa está a utilizar, e pode ser uma pessoa muito diferenciada” (E5 profissional de saúde).

“em utilizar uma linguagem que seja perceptível” (E9 profissional de saúde).

“Eles podem usar termos um bocadinho difíceis, mas é para mim, para o meu sistema” (E5 indivíduo com diabetes tipo 2).

“Há médicos que não gostam de ser claros” (E9 indivíduo com diabetes tipo 2).

“vêm de facto à pessoa com conversas que a pessoa compreende não é os nomes técnicos” (E2 indivíduo com diabetes tipo 2).

Fontes alternativas de informação

“é preciso ter muito cuidado como estão a receber a nossa informação e como eles vão levar essa informação para casa, porque eles têm outras pessoas em casa e podem fazer ruído nesta comunicação, quem diz as pessoas em casa diz os vizinhos ou a televisão porque eu posso dizer tudo e ela diz-me que sim, mas se a vizinha diz que é o chá, é o chá e é mesmo...mas o meu amigo que é naturopata mandou-me fazer isto assim e assado e ela compra os medicamentos porque se sente a cumprir com aquela parte, mas depois não os toma porque o neuropata lhe diz que aquilo está a intoxicar-la... algumas dessas páginas e é preciso ter muito cuidado, eu nem sequer conheço os administradores da página, mas às vezes os comentários das pessoas que lá estão tentam substituir os médicos e sugerem práticas e comportamentos que às vezes eu até me arrepio ... depois o doutor google” (E2 profissional de saúde).

“depois as pessoas falam muito da indústria farmacêutica e são muito críticas dizendo que os medicamentos são um produto químico e optam pelos produtos naturais que são largamente publicitados... eu explico que os produtos químicos são feitos à base de produtos naturais e depois têm outros compostos e tento que percebam que tem que haver um meio termo” (E7 profissional de saúde).

“de como é que se lida com as pessoas que nesta altura já têm acesso a informação fora do sistema de saúde, que procuram fontes alternativas de informação, tudo isto tem de ser aprendido” (E9 profissional de saúde).

“andei com os comprimidos, mas com os que o meu primo, mandou, não com os que o meu médico mandou” (E1 indivíduo com diabetes tipo 2).

3.4. Tempo frequência de consultas e duração do tempo de consulta

Frequência das consultas

“Tempo para a continuidade do acompanhamento...o acompanhamento é muito importante porque a comunicação não pode ser única, quem diz única diz de 6 em 6 meses... comunicação, mais fluída e mais constante...Podia ser considerado trabalho, por exemplo, e não só as marcações de consultas umas atrás das outras. Acho que podia ser considerado no tempo de trabalho , eu por exemplo, numa hora do meu dia estar só a responder a perguntas que as pessoas gostassem de fazer... ou

responder a email ou a atender telefonemas que as pessoas queixam-se tanto e ligam e estão aflitas porque a minha mãe teve um hipoglicemia, às vezes não há tempo, nem sequer se atendem os telefones porque não se consegue, portanto acho que não devia ser tão de...a comunicação devia ser mais contínua, nos intervalos da consulta” (E2 profissional de saúde).

“o tempo também nos limita para tudo, às vezes sinto-me limitada ao nível de tempo, mas nós só os vemos de 6 em 6 meses e depois em 6 meses passa-se muita coisa, altera a vida. isto faz-te perder muito mais tempo porque tens que estar a fazer mais questões e mais questões perdemos tempo a rever a terapêutica” (E7 profissional de saúde).

“e não estar muito tempo sem vir...a frequência ajuda e muito... e não estar muito tempo sem vir, vem cá uma vez e só voltam passado um ano, a motivação perde-se pelo meio” (E5 profissional de saúde).

“eu no centro de saúde eu só digo á Dra. e ela diz me logo que sim...às 8 da manhã estou a ser atendido tenho mesmo isso garantido porque ela sabe que depois tenho que ir trabalhar...” (E5 indivíduo com diabetes tipo 2).

Duração temporal das consultas

“todos sabemos como os médicos trabalham e aos tempos que têm que obedecer (E2 profissional de saúde).

“o tempo também nos limita para tudo, às vezes sinto-me limitada ao nível de tempo” (E7 profissional de saúde).

“e eu tiver pouco tempo se calhar estou a apressar, até o tom de voz é diferente, a pessoa sente que eu não estou tão disponível que se calhar até estou a despachá-la. o tempo conta. Saber gerir o tempo é importante, todos nós sabemos que não temos todo o tempo do mundo, mas precisamos de algum tempo para fazermos bem feito...A variável do tempo conta para nós construímos uma relação terapêutica com tudo o que isso implica, ouvir a pessoa, estimular a participação da pessoa, o envolvimento dela no processo, porque isto é uma doença crónica e por isso a pessoa deve ser envolvida no processo” (E10 profissional de saúde).

“Começava pela pressão do tempo das consultas porque sinto que por vezes temos que resumir tudo exageradamente e às vezes não temos tempo de no final fazer um resumo para entender se a pessoa percebeu às vezes para resumir e ver o que as pessoas perceberam tenho que ir com elas até ao elevador, vou no corredor a fazer o resto que não fiz em consulta” (E7 profissional de saúde).

“há muitos estudos que o tempo que os profissionais de saúde estão com pessoas com diabetes ou outras doenças crônicas é apenas 2% do tempo de vida daquela pessoa...na prática o enfermeiro tem mais esta área da educação terapêutica porque também a consulta de enfermagem dura mais tempo que a consulta médica ..Nos seus atendimentos os enfermeiros têm mais tempo para cada utente, cerca de meia hora em média” (E4 profissional de saúde).

“o enfermeiro não está tão compartimentado ao nível do tempo ...há mais tempo para ouvir o outro, para a escuta, para percebê-los para os ouvir...uma barreira na comunicação na consulta, é quando temos uma pressão muito grande ali daquele lado (atrás da porta) á espera “(E5 profissional de saúde).

“por vezes está condicionado por contingências de tempo...Tempo para ouvir, e a questão do tempo depende do clínico porque nós devemos lutar para que as nossas consultas não se resumam a números, porque as pessoas não são números se nós deram ordens para as consultas demorarem X tempo, nós podemos aceitar ou não, portanto não podemos pôr o locus nas instituições de saúde e instituições directivas ... medidas institucionais complicadas o sistema nacional de saúde está diferente, mas não vou entrar muito por aí, porque podemos lutar para que as pessoas não sejam vistas como números e para que não existam números clausus porque cada caso é um caso e podemos precisar de menos tempo com uns e mais tempos com outros, e isso deve ser valorizado” (E3 profissional de saúde).

“o tempo pode ter constituído um elemento de dificuldade...Eu não acho que a referência tempo e dizermos que não temos tempo num processo de comunicação efetiva seja a principal barreira na comunicação dos profissionais de saúde e as pessoas com diabetes tipo 2...e os tempos de consulta têm vindo a diminuir e não aumentar...acho que há tempos mínimos que devem ser garantidos. Os profissionais têm que ser devidamente treinados para utilizar esse tempo... primeira coisa que falta é que não há competências transmitidas pelo menos em relação aos médicos nesta gestão dos tempos de consulta (E9 profissional de saúde).

“há médicos que o doente chega lá, e é a correr, a minha médica já foi melhor nesse aspecto” (E10 indivíduo com diabetes tipo 2).

“E depois acho que há consultas que são muito rápidas para alguns para outros são muito tempo, há pessoas que vão para lá e se for preciso estão lá a manhã inteira no consultório do médico e a malta toda ali à espera pronto é isso” (E8 indivíduo com diabetes tipo 2).

“os tempos que a gente espera para ser atendida são horríveis” (E6 indivíduo com diabetes tipo 2).

“preocupada em cumprir aquilo que o governo ditava no Governo do Passo Coelho houve uma data de restrições com a saúde e ela preocupava-se mais com essas restrições do que com a saúde, assim ao nível de prescrever exames, passar alguns remédios” (E9 indivíduo com diabetes tipo 2).

4. Conhecimento e processo de acção

“Os que eu tenho que ter eu sei mais ou menos, os que eu tenho não é bem a mesma coisa” (E2 indivíduo com diabetes tipo 2).

“o que devia ter ou tenho?” (E3 indivíduo com diabetes tipo 2).

“eu não faço nada do que eles me pedem” (E4 indivíduo com diabetes tipo 2).

“Olhe eu sinceramente não tenho cuidados nenhuns, nenhuns, o meu dia é andar normal” (E5 indivíduo com diabetes tipo 2).

“bem o que dizem não é o que nós fazemos” (E8 indivíduo com diabetes tipo 2).

“Reconheço que sou um bocado baldas em relação à minha doença ou em relação às coisas, depois tenho que fazer umas análises específicas, há mais de um ano que tenho que fazer uma medicação diferente e uma dieta diferente durante 4 semanas e depois acabo sempre por me esquecer de fazer as análises” (E9 indivíduo com diabetes tipo 2).

“É assim eu não sou uma pessoa muito cuidadosa com a diabetes, a verdade é essa” (E10 indivíduo com diabetes tipo 2).

“quando me dizem que tenho que fazer alguma coisa acho que vem assim uma revolta muito grande ...quando me dizem que tens que fazer assim é quando eu não quero fazer” (E4 indivíduo com diabetes tipo 2).

“nunca fui a uma consulta com nutricionistas, mas também não quero, não quero que me digam o que é que eu posso comer, isso quem diz sou eu” (E5 indivíduo com diabetes tipo 2).

“mas sem impor, não é? porque se houver imposição a pessoa é capaz de não fazer porque nós adultos não gostamos que nos digam o que é que temos que fazer não? nós é que sabemos o que queremos fazer” (E4 profissional de saúde).

“parecendo que não fazendo estou melhor e até parece que não tenho mesmo nada” (E7 indivíduo com diabetes tipo 2).

“se eu estiver normal para mim acabou, não tenho restrições nenhuma, mesmo lá em casa não tenho nada, nada, restrições nenhuma houve assim uma altura em que me relaxei um bocadinho e andava assim um bocado aflito depois isso assustou-me muito “ (E5 indivíduo com diabetes tipo 2).

“Se elas tiverem sintomas é mais fácil alterarem hábitos... se a pessoa não tem sintomas pensa para quê que vou estar a picar o dedo, se a pessoa se sente bem?” (E7 profissional de saúde).

“sabe o que me fez privar mais dos salgados? foi perceber que se me privasse a diabetes descia” (E3 indivíduo com diabetes tipo 2).

“a medicação são 4 comprimidos e isso não falha, isso aí não falha nada, isso aí não pode falhar porque eu sinto que os comprimidos ajudam, ajudam muito até” (E5 indivíduo com diabetes tipo 2).

“porque é que é importante fazer esses vários tratamentos para a sua doença, qual é o objectivo, o que é pretendemos atingir” (E1 profissional de saúde).

“se a pessoa reconhecer e valorizar a importância de uma boa alimentação e de uma boa actividade física, periódica e regular isso poderá ajudá-la a pôr na balança o que é que é melhor para a sua vida e se vale a pena investir na sua saúde desta forma com a alimentação e a actividade física e com os outros aspectos do tratamento que é importante nós...analisar com a pessoa em conjunto quais são os benefícios do tratamento” (E 4 profissional de saúde).

“Se estivermos a ensinar a auto-vigilância em si, quando é que tem que picar o dedo é tentar que o outro perceba porque é que é assim e o que é que vai obter de vantagens por fazer isso, não é dizer tem que picar de manhã, ao almoço e ao jantar... mas normalmente digo a pessoa tem que perceber...É fundamental a pessoa perceber o porquê, o porquê de fazer isto, o porquê de fazer aquilo e a pessoa tem que interiorizar essa razão... Se eu não acreditar que é bom para mim eu não vou fazer, portanto o meu papel enquanto profissional é ajudar o outro a acreditar que é bom para ele” (E5 profissional de saúde).

“porque se eu simplesmente disser à pessoa que tem de picar a barriga ou que tem que picar o dedo três vezes ao dia só porque sim à partida não vai correr bem, porque não tem lógica para ela e às vezes” (E6 profissional de saúde).

“porque é que é importante ser desta forma” (E3 profissional de saúde).

“mas depois quando vêm que melhoram isso já os motiva mais” (E1 profissional de saúde).

“E mesmo que a pessoa esteja motivada para tomar a medicação e fazer exercício físico e veja que os valores não estão como desejável desleixa logo o exercício físico” (E7 profissional de saúde)”.

“estão em fase de negação e não aceitam a doença ou estão numa fase de aceitação que ainda não aconteceu, eles não estão a ouvir, ainda não aceitam a doença quanto mais implementar autocuidados” (E7 profissional de saúde).

“se tem uma pessoa ao seu cuidado há coisas tão simples quanto isto; como eu tenho o meu marido acamado lá em casa e esqueço-me de tomar a medicação porque estou totalmente dedicada a ela” (E3 profissional de saúde).

“tinha a esposa com um problema na mama e teve um AVC e estava dependente dele” (E5 profissional de saúde).

“deixam de olhar para elas, para olhar para as pessoas que estão dependentes delas (E6 profissional de saúde).

“o meu marido ocupa muito o meu tempo e nem sequer me deixa pensar em mim e a minha médica ralha comigo, e ela está cheia de razão, mas o que é que quer eu não sou capaz, o meu marido parece uma criança pequena... só que o meu marido está doente há 7 anos e tem passado tantos trabalhos e internado constantemente, e o meu marido não come nada do hospital e sou eu que tenho que lhe levar o comer” (E10 indivíduo com diabetes tipo 2).

“coisas que são importantes para regular a diabetes e que podem ser compradas na totalidade ou mais uma e menos umas depende do foco que a pessoa têm, da importância que lhe é dada pela pessoa, pelo profissional ou por ambos” (E7 profissional de saúde).

“se a incomoda ser vista por outras pessoas, porque não tem destreza motora para o fazer se tem outras patologias associadas nomeadamente as artrites ou doenças reumatológicas, se tem uma acuidade visual baixa, se tem uma acuidade auditiva baixa” (E3 profissional de saúde).

“verbalizam que este mês só vão comprar o medicamento para a tensão porque não têm possibilidades de comprar todos os medicamentos” (E3 profissional de saúde).

“As pessoas com diabetes antes não pagavam nada, agora passaram a pagar 10 % dos seus medicamentos, pode não parecer muito, mas pode ser, porque os

antidiabéticos orais lançados no mercado custam muitas vezes 50, 60 euros e apesar de tudo é dinheiro que se gasta numa medicação que é para a vida e são cinco euros vezes vários antidiabéticos...” (E2 profissional de saúde).

“Quando têm múltiplas patologias associadas também é complicado porque requer uma gestão de muitas coisas ao mesmo tempo e depois confunde” (E3 profissional de saúde).

“a comunicação é muitas vezes a diferença entre o que é dito e o que é percebido... e por isso a comunicação é tão importante” (E2 profissional de saúde).

“a comunicação é determinante e fundamental para podermos ter uma boa mensagem, mas se não a soubermos comunicar, se não a conseguirmos passar para o outro lado de lá, é inútil, não é? Acho que competências do próprio profissional para poder comunicar mais e melhor acho que é determinante” (E3 profissional de saúde).

“atenção a estes aspectos da educação onde a comunicação é importante, mas não é exclusivamente esse “ (E8 profissional de saúde).

Categoria 5 : Equipa multidisciplinar e comunicação para o autocuidado

5.1. Equipa multidisciplinar

“nós aqui na APDP funcionamos muito em equipa multidisciplinar e nós também nem que seja pelos cursos que temos ao nível da comunicação temos outra visão que se calhar outros profissionais aí fora não têm “ (E6 profissional de saúde).

“muito na base da alimentação que é desmistificada por toda uma equipa multidisciplinar ... evolução ao nível da motivação e sinto que foi consequência do trabalho desenvolvido em consulta, com certeza que o trabalho da equipa multidisciplinar“ (E8 profissional de saúde).

“equipa no planeamento e parceria de cuidados” (E3 profissional de saúde).

vamos reencaminhando para várias especialidades (...)se por acaso tem algum problema a nível cardíaco e nós queremos pedir consulta de cardiologia pedimos para cá, se tem alteração da função renal que justifique uma consulta de nefrologia também pedimos para aqui, portanto vamos vendo consoante os problemas que a pessoa tem se vamos pedir aqui dentro da associação uma consulta de especialidade” (E1 profissional de saúde).

“Porque se preciso encaminhado para o pé, se preciso encaminhado para a assistente social. Ou seja, tenho as respostas todas à minha volta” (E5 profissional de saúde).

“faço a articulação com os restantes colegas, acho que é bom haver esta articulação, portanto sempre que me trazem essas dúvidas que trazem eu remeto sempre para a especialidade” (E8 profissional de saúde).

“fora daqui só um ou outro problema que não tenha relação com a diabetes e que seja o médico de família que tenha que pedir consulta para o hospital da área de residência. Por exemplo dermatologia não temos cá” (E1 profissional de saúde).

“também entramos em contacto com as colegas do centro de saúde e serem elas a dar, porque ele dava insulina e pouco tempo depois dava insulina outra vez porque já não se lembrava que tinha dado, como o centro de saúde ficava perto de casa conseguimos negociar com ele essa situação” (E4 profissional de saúde).

“por exemplo tive uma senhora que iniciou uma medicação que era ... e pronto a enfermeira vai lá uma vez por semana, e eu andei a ligar para tentar descobrir quem era a enfermeira para fazer a revisão da toma de insulina, porque a senhora ia iniciar insulina e no início temos que fazer a revisão para tentar perceber se está ou não a correr bem e eu queria combinar com a enfermeira que quando lá fosse ao posto de saúde para esta senhora ser atendida (E5 profissional de saúde).

5.2. Equipa multidisciplinar: continuidade dos cuidados e resposta ao isolamento

“é mais a continuidade e a integração de cuidados que é relevante para as pessoas (E1 profissional de saúde).

“manter o acompanhamento regular de alguma forma ajuda a lembrar (E8 profissional de saúde).

“de sentir-se acompanhada, eu acho que é importantíssimo acho que é um grande papel das associações” (E2 profissional de saúde).

“é o profissional de enfermagem que num dia dá continuidade para fazer um balanço da situação, ou que faz um contacto telefónico e, portanto, há aqui uma tarefa que é partilhada ...” (E9 profissional de saúde).

“a pessoa precisa de sentir que tem alguém do outro lado que a pode ajudar quando ela precisa” (E5 profissional de saúde).

“da minha experiência, tendem a estar mais isoladas (...) em situação de isolamento social” (E8 profissional de saúde).

“porque há pessoas que trabalham isoladas, o isolamento também é um factor que aumenta a carga de doença para estas pessoas” (E9 profissional de saúde).

“mas eu tenho muito medo porque como vivo sozinha tenho muito medo de ter uma hipoglicemia durante a noite e não dar por ela, o meu único companheiro é um gato e acho que os gatos não sentem isso...” (E9 indivíduo com diabetes tipo 2).

“sendo coisas ditas por pessoas diferentes ajuda também aqui à adesão” (E8 Profissional de saúde).

“a necessidade de haver uma equipa multidisciplinar que fale uma só linguagem e que seja complementar e que não se contradiga nem atropеле a linguagem uns dos outros” (E3 profissional de saúde).

“se calhar a médica lá de cima disse o que tinha a dizer a pessoa pode estar tão nervosa que metade não ficou e que aqui no balcão quando vê as agulhas e as canetas quando vê o que de facto está a levar para casa, muitas vezes, volta a fazer as perguntas sabemos que língua é que todos falamos aqui, por isso eu à partida sei o que uma pessoa que foi à enfermeira aprendeu, eu sei à partida que vem bem preparada e confio não custa nada fazer uma pequena revisão (...) e por isso é que a comunicação é tão importante” (E2 profissional de saúde).

“as pessoas têm diversas maneiras de falar connosco nós damos email, números de telefone, todos os dias respondemos a email nem que seja porque acabaram os medicamentos, desde a acabar um medicamento à pessoa dizer que desmaiou ou sei lá, sente-se e mal, ou a tensão subiu mais do que era suposto, ou desceu mais do que era suposto, pedimos registos por email ou por telefone, registos diários por isso acho que há muita forma de comunicar” (E7 profissional de saúde).

“Sim eu estou sempre disponível pelo telefone, levam o telefone do meu piso e se tiverem alguma dúvida que queiram falar comigo, telefonam para a minha administrativa ela passa/me a chamada e eu respondo às perguntas dos meus doentes” (E1 profissional de saúde).

“Eu uso imenso o telefone, o email, mandam-me as cartas, os valores, e vão tirar fotocópia dos livros e mandam os valores dos livros. Porque eles não precisam de estar fisicamente” (E5 profissional de saúde)

“haja a possibilidade de nós através do email dialogarmos, às vezes para pedir medicação, e acho que corre bem, eu peço a medicação e no tenho a medicação no dia seguinte” (E9 indivíduo com diabetes tipo 2).

5.3. Comunicação entre equipa multidisciplinar: registo e partilha de informação clínica e não clínica

“uma vez que as coisas ficam escritas eu consigo saber quando é que a pessoa veio a uma consulta, quando é que aquela pessoa com diabetes fez um contacto telefónico, quando aquela pessoa teve contato com um enfermeiro, que lhe deu aquilo tipo de aconselhamento ou referiu que havia aqui um problema” (E9 profissional de saúde).

“ou escrevo no processo que aquela pessoa está a tomar os dois fármacos” (E7 profissional de saúde).

“tudo o que acontece tem um impacto na diabetes quando a pessoa me diz “ah a diabetes está não sei o que” mas na verdade a pessoa está preocupada com situações laborais com situações de conflitos laborais, ou situações económicas (...) porque eu escrevo também tudo isso que acontece na vida das pessoas, mas o que está no ecrã está a ser partilhado com eles portanto eles sabem exactamente o que eu estou a escrever e comentam o que eu estou a escrever e eu pergunto se está ou não de acordo com o que eu estou a escrever e às vezes corrigimos” (E9 profissional de saúde).

“tentar compreender porque é que a pessoa está assim pode estar com um problema pessoal, familiar e nessa altura é o prioritário e nessa altura a diabetes passa para segundo plano e nessa altura é ver como é que a pessoa se está a sentir e como é que acha que pode fazer” (E4 profissional de saúde).

“e tinha, ele tinha um problema grave familiar e descurou quer a parte da terapêutica dele quer a parte da alimentação, quer a parte da actividade física” (E5 profissional de saúde).

“agora hoje em dia tenho tido aqui muitas pessoas que referenciam que os filhos estão em situação de desemprego ou se divorciaram e isso para eles mexe e tem impacto no autocuidado principalmente nas senhoras cujo os filhos saíram de casa e agora voltaram seja numa situação de divórcio ou porque estão no desemprego e voltaram para a casa dos pais ou sejam em situações em que o marido teve um AVC ou teve um enfarte ou está hospitalizado ou então ficam com sequelas, elas literalmente deixam de cuidar delas para cuidar deles” (E6 profissional de saúde).

“quando eu apanho ali tensões que não estou a perceber muito bem as razões para aqueles valores peço para me mostrarem que medicação é que tomam e apanho

muitos erros e às vezes não nos preocupamos com isso porque consultamos o processo e sabemos...o que eles estão a tomar, as eu apercebi-me que o que está no processo não é o que eles fazem “ (E7 profissional de saúde).

“devíamos ter um plano dos contactos e daquilo que é necessário fazer e isso às vezes acontece com mais facilidade ou menor facilidade dependendo normalmente do contexto onde os profissionais trabalham “ (E9 profissional de saúde).

“gostava de ter reuniões com pares e reuniões com outros profissionais para debater casos mais complicados que também serviria para pormos cá para fora as nossas dificuldades “ (E3 profissional de saúde).

5.4. Médico como prescritor, enfermeiro como educador e impacto na comunicação para o autocuidado

“talvez os médicos tenham uma função mais prescritiva porque também é a função deles” (E4 profissional de saúde).

“o médico é mais prescritor, não quer dizer que não trabalhe com a pessoa, que não lhe explique a parte terapêutica” (E5 profissional de saúde).

“estão sentadas à minha frente do outro lado à espera que eu dê indicações, que eu prescreva, às vezes algumas pessoas ainda vêm à procura disso” (E10 profissional de saúde).

“eu pessoalmente não gosto muito de resumir o papel do enfermeiro em diabetes à parte do educador em diabetes “ (E9 profissional de saúde).

“ou vem só ao ensino com o enfermeiro” (E2 profissional de saúde).

“técnica de administração de insulina quem faz é o enfermeiro ... o médico que faz a prescrição” (E8 profissional de saúde).

“Os enfermeiros vão dizendo que nós devemos fazer os planos (...)o médico é mais específico em relação à doença (E3 indivíduo com diabetes tipo 2).

“O enfermeiro diz mais a parte prática digamos em comparação com os resultados das análises que nós levamos vai dizendo se estão muito altos ou muito baixo” (E3 indivíduo com diabetes tipo 2).

“Mas quem me ensinou a picar o dedo e a ver os valores quem me ensinou foi a enfermeira do centro de saúde que é muito simpática, foi a enfermeira que ensinou isso tudo “(E5 indivíduo com diabetes tipo 2).

“as pessoas sabem a quem é que dizem o quê, verbalizam com mais facilidade algum ponto de vista “(E9 profissional de saúde).

” quando a diabetes não está bem pedem-me “olhe, mas não diga nada ao Dr. está bem” (...) “ai eu não disse isto ao médico” (E5 profissional de saúde).

“porque há coisas que eles não dizem aos médicos (...)se é possível adiar a consulta com o médico por mais 3 meses porque fizeram muita asneira porque é Natal ou porque é Páscoa etc....acredito que desabafem mais com o enfermeiro do que com o médico “ (E7 profissional de saúde).

“Acho que as pessoas se calhar se sentem mais à vontade com os enfermeiros” (E1 profissional de saúde).

“eu costumo dizer que o Dr. não bate, mas muitas vezes, muitas vezes. Algumas é nitidamente por medo que o médico se zangue porque os valores não estão bem (...)se calhar porque aqui nós também temos mais tempo e vamos abordando mais assuntos e eles acabam por dizer (...) nós também damos abertura à pessoa para dizer, porque nós olhamos e nós perguntamos, porque eu acho que nós temos uma forma de trabalhar de pergunta aberta para dar espaço à pessoa para falar e ali é muito mais direcionada para respostas fechadas: sim, não. Acho que é por isso” (E5 profissional de saúde).

“acredito que desabafem mais com o enfermeiro do que com o médico, mas eu acho que é uma questão cultural (...)dizem muitas vezes que não vão dizer nada ao senhor doutor porque vão ouvir aquilo que não gosto e às vezes acho que não é para não chatear o médico” (E6 profissional de saúde).

“dizem-me que vão chegar ao médico e vão levar um ralhete porque isto ou aquilo (E7 profissional de saúde) .

“quando tihna que vir ao médico ficava completamente agitada porque já sabia que ia levar nas orelhas da médica e era assim um terror (E9 indivíduo com diabetes tipo 2).

“há uns que são assim mais agressivos eu noto isso (...)em alguns há aquela barreira eu sou o médico tu és o paciente e sente se isso, e quando o médico diz assim abruptamente “olhe tem que perder peso senão não há nada a fazer” fica logo uma barreira entre nós e os médicos, eu sinto isso. ... diz-me assim na brincadeira “vês eu estou assim gordo, mas tu tens que fazer de forma diferente” e (...) ele diz a mesma coisa que os outros, mas mais a brincar (E4 indivíduo com diabetes tipo 2).

5.5. Da multidisciplinaridade para a interdisciplinaridade

“a equipa multidisciplinar e interdisciplinar não funcionar em sítios diferentes porque é que não está, ao mesmo tempo, pediatra e psicóloga, a pediatra faz uma abordagem, quem diz a pediatra diz o médico, diz o que aquela pessoa tem que fazer, a psicóloga consegue perceber e avaliar a comunicação e ver o que é que se está a passar ali, uma abordagem mais fácil e se calhar redizer aquilo que foi dito (E2 profissional de saúde).

" eu não acho que o médico é o prescritor da terapêutica farmacológica e depois a nutricionista da parte da nutrição e depois há alguém da parte da actividade física e depois o enfermeiro que faça a educação, não me revejo nesse modelo (...) se não pusermos todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de educação a mim parece-me que estamos aqui a compartimentalizar uma situação que é transversal a todos os profissionais de saúde " (E9 profissional de saúde).

"nos países que tratam da diabetes há mais tempo e estudam o assunto de forma aprofundada não há médicos , enfermeiros e psicólogo existem educadores em diabetes, não há classes profissionais, existem pessoas especializadas no tratamento de, da doença crónica neste caso, e eu acho que me faz sentido essa organização porque há áreas que são comuns, cada vez falamos mais na equipa multidisciplinar na doença crónica e eu acho que se calhar temos que passar para a interdisciplinaridade" (E3 profissional de saúde).

“e pronto nos hospitais há uma equipa mais estruturada e nos centros de saúde eu sei, e tenho experiência porque trabalhei muitos anos em farmácia lá fora, que as pessoas chegam sem saber nada” (E2 profissional de saúde).

“a frequência com que tratam pessoas com diabetes, da experiência que têm no tratamento da pessoa com diabetes, o facto de ser um especialista hospitalar não significa que tem muita à vontade a tratar pessoas com diabetes ainda que tenha sido especialmente treinado para tal ... aquilo que se exige de um médico nos cuidados de saúde primários no tratamento das pessoas com diabetes tipo 2 é que têm que tratar as pessoas com diabetes tipo 2 como tratam as outras pessoas, e têm que fazer o melhor possível por todas elas, e isso significa que enquanto nós aqui estamos num centro especialmente treinado e dedicado às pessoas com diabetes e portanto todas as pessoas aqui acabam nem que seja pelo volume de pessoas que têm aqui acabam de alguma maneira por ir otimizando as estratégias na educação das pessoas “ (E9 profissional de saúde)

6. Relação terapêutica e comunicação

6.1. Relação terapêutica crônica

“nós não nos podemos esquecer que estamos a falar de uma doença crónica que gera relações profissionais crónicas, profissionais no sentido de profissional-utente, digo eu, porque a pessoa inevitavelmente sendo seguida aqui na associação tem uma doença crónica e vem cá de X em X tempo... e a própria relação é crónica” (E8 profissional de saúde).

“é um processo crónico de relação também “(E9 profissional de saúde).

“Normalmente se são pessoas que eu vou acompanhando isso vai crescendo também, é a tal relação terapêutica ...construímos uma relação terapêutica com tudo o que isso implica, ouvir a pessoa, estimular a participação da pessoa, o envolvimento dela no processo “ (E10 profissionais de saúde).

“a importância da comunicação em saúde, da relação terapêutica” (E4 profissional de saúde).

“se já têm uma relação terapêutica estabelecida comigo ou não...verbalizam com mais facilidade algum ponto de vista...se há alguém de novo que eu estou a ver uma primeira vez eu acredito que sim que as pessoas tenham algum medo de me dizer coisas que as pessoas achem que são asneiras com as pessoas dizem (E10 profissional de saúde).

“Eu acho que nós não devíamos encarar o fazer e o não fazer só com o simples aderir ou não aderir à diabetes, a adesão engloba muito mais coisas... a relação terapêutica “(E3 profissional de saúde).

“Eu acho muito importante a relação entre o médico e o doente” (E9 indivíduo com diabetes tipo 2).

“tenho uma relação de muita proximidade com ela, qualquer dúvida que tenho, e ela comigo também se sente perfeitamente à vontade é uma relação muito próxima, de vários anos” (E11 indivíduo com diabetes tipo 2).

“porque eu tenho muito boa relação com ela e ela é minha médica há 30 anos” (E5 indivíduo com diabetes tipo 2).

6.2. Formação contínua na área de saúde

“acho que há muito tempo que temos esta preocupação, eu na minha formação, e já acabei o curso há 39 anos, havia a importância da comunicação em saúde, da relação terapêutica “ (E4 profissional de saúde).

“digo formação em comunicação digo em termos da nossa postura, da nossa colocação, de como abordar o outro e de como estabelecer uma relação com o outro... Como é que devemos colocar a linguagem e como é que nós nos colocamos nas relações “ (E5 profissional de saúde).

“E portanto o risco que ocorre nesta altura tem a ver que tudo o diz respeito à comunicação, é percebido pelos decisores políticos como algo parecido como bom senso ou que faça parte das competências básicas de qualquer pessoa e isso é um erro porque todas as pessoas precisam de adquirir informação específica nestas áreas e a formação tem que ser contínua também não basta dizer que fez uma formação sobre comunicação em saúde há 5 anos atrás e portanto que já tem a informação que necessitava, isto têm que ser processo que têm que ser integrados nas práticas clínicas diárias e portanto que têm que ser avaliados e melhorados e discutidos “ (E9 profissional de saúde).

6.3. Modelo de comunicação centrado na pessoa e modelo de comunicação paternalista

“cada pessoa é um caso único e tem de ser tratada dessa forma, temos de perceber o que é importante para ela “(E3 profissional de saúde).

“qual é a sua perspectiva em relação ao tratamento “ (E4 profissional de saúde)

“estimular a participação da pessoa, o envolvimento no processo, comprometer-se de alguma forma e não ser uma orientação unilateral porque senão a pessoa fica sujeito passivo num processo” (E10 profissional de saúde).

“negociação do plano perceber se a pessoa tem disponibilidade para mudar e o quê ...quão disponível está para fazer esta mudança “ (E9 profissional de saúde).

“juntamente com ele estabelecer objectivos que são reais para ele” (E5 Profissional de saúde)

“eu sei o que é que é melhor para aquela pessoa ... porque eu sei o que é que é o melhor “ (E10 profissional de saúde).

“As principais dificuldades é quando tu estás a tentar negociar a implementação do autocuidado da maneira que nós achamos mais conveniente e as pessoas estão sempre a pôr entraves” (E7 profissional de saúde).

“data de imposições pela equipa médica “(E8 profissional de saúde)

“É –nos mais fácil passar uma receita do que tentarmos contruir uma receita em conjunto com a pessoa” (E3 profissional de saúde).

“nós profissionais de saúde temos alguma necessidade de controlo” (E3 profissional de saúde).

“que é o profissional *sobrep* um bocadinho aquilo que acha que são os *objectivos* que aquela pessoa podia ter e no outro lado estar alguém que também *aceita passivamente* aquela sugestão” (E9 profissional de saúde).

“pelo menos eu tenho essa experiência na minha prática, que *as pessoas com diabetes tipo 2 sendo mais velhas* estão mais habituadas a aceitar tudo o que lhes é dito ... são pessoas que estão muito habituadas a acatarem a informação” (E8 profissional de saúde).

“Depois temos aquela coisa *da proteção*, vamos lá vamos para as áreas da saúde porque queremos curar, muitas vezes nós profissionais de saúde adoptamos e temos muita dificuldade é *o paternalismo ou o maternalismo*, que nós adoptamos, especialmente com os mais idosos, o paizinho, a mãezinha” (E5 profissional de saúde).

“a pessoa não fala porque acha que são os enfermeiros e os médios que têm que tomar as decisões” (E6 profissional de saúde).

“estão sentadas à minha frente *do outro lado* à espera que eu dê indicações, que eu prescreva, às vezes algumas pessoas ainda vêm à procura disso” (E10 Profissional de saúde).

“Quando os médicos ralham não tem que desmotivar pelo contrário tem que motivar, temos que baixar as orelhas e cumprir” (E3 indivíduo com diabetes tipo 2).

6.4. A pessoa com diabetes não fala, o profissional de saúde não pergunta

“As lipodistrofias é um problema muito comum, mas normalmente *não é espontâneo* a pessoa dizer isso é quando nós perguntamos” (E4 profissional de saúde).

“A *questão dos açúcares também falha* e não é porque a pessoa não quer é porque a pessoa não tem capacidade para e *nem sequer nos pergunta* porque nem percebe que não está a fazer bem” (E5 profissional de saúde).

“há pessoas que entram mudas e saem caladas, há pessoas que têm muitas dificuldades em exprimir-se, nos fazemos algumas perguntas por exemplo se costuma fazer exercício físico ou caminhadas e a pessoa responde só com sim ou não” (E7 profissional de saúde).

“os médicos *raramente perguntam aos doentes*...eu é que tenho que puxar por ela quando preciso saber alguma coisa...” (E10 indivíduo com diabetes tipo 2).

“falta comunicação com a pessoa, mas seja enfermeiros, seja médicos, não são capazes de perguntar nada, mas tenho que ser eu a perguntar, tenho que estar ali a perguntar” (E6 pessoa com diabetes tipo 2).

“e ele fala pouco, explica pouco, não pergunta nada “ (E9 indivíduo com diabetes tipo 2).