



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

OS ESTILOS DE GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO E A SUA INFLUÊNCIA NAS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO DA POPULAÇÃO COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

SÍLVIA FERREIRA RODRIGUES

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2014

SÍLVIA FERREIRA RODRIGUES

**OS ESTILOS DE GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO E A SUA
INFLUÊNCIA NAS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO DA
POPULAÇÃO COM DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Dissertação de Candidatura ao grau de
Mestre em Ciências da Enfermagem,
submetida ao Instituto de Ciências
Biomédicas de Abel Salazar da
Universidade do Porto.

Orientador – Professora Doutora Alice Brito

Categoria – Professor adjunto

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem
do Porto

Co-orientador : Professora Doutora
Fernanda Bastos

Categoria: Professor adjunto

Filiação: Escola Superior de Enfermagem
do Porto

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer em primeiro lugar à minha orientadora, Professora Alice Brito, pela orientação e partilha de conhecimentos, pela sua disponibilidade incondicional.

À Professora Doutora Fernanda Bastos, por toda a sua disponibilidade e por ter sempre uma palavra amiga, que tanto me encorajou nesta caminhada.

À Miquelina que percorreu comigo este caminho, pela sua amizade, força, alegria e determinação.

Ao Conselho Clínico do ACES Tâmega II, Vale do Sousa Sul, por ter autorizado a realização deste trabalho de investigação.

Aos Enfermeiros da USF São Miguel Arcanjo pela colaboração, pela paciência e pelo apoio para a concretização deste estudo.

À minha família e amigos pela sua compreensão e incentivo, mas especialmente à minha mãe e à minha irmã Sónia por tudo.

À Rita pela amizade, pelo incentivo, pela prestimosa ajuda na revisão do texto e principalmente por acreditar que é possível.

A todos, o meu mais sincero muito obrigada.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ADO – Antidiabéticos orais

AVC – Acidente vascular cerebral

BAP – Balança alimentar Portuguesa

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DP – Desvio Padrão

EAM – Enfarte agudo do miocárdio

Ed. – Edição

EU – União Europeia

GC – Glicemia capilar

HC - Hidratos de carbono

HbA1C – Hemoglobina glicosilada

IDF – International Diabetes Federation

IMC – Índice de massa corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

nº - Número

NINR - National Institute of Nursing Research

OECD - Organização para a Cooperação e desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial da Saúde

OND – Observatório Nacional da Diabetes

OPSNS - Observatório Português do Sistema Nacional de Saúde

p. – Página

PA - Perímetro abdominal

PGC – Pesquisa de glicemia capilar

PNS – Plano Nacional de Saúde

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SDSCA - Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS® - Statistical Package for Social Sciences®

TA – Tensão arterial

UE – União Europeia

% - Percentagem

Índice

INTRODUÇÃO.....	19
1. ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA EM ESTUDO	23
1.1. O Impacto da Doença Crónica	23
1.2. A Epidemiologia da Diabetes.....	25
1.2.1. O Diagnóstico e a Classificação da Diabetes	27
1.2.2. Complicações da Diabetes.....	28
1.4. Desafios Colocados aos Enfermeiros	29
1.5. O Processo de Transição	31
1.6. A Doença Crónica e o Autocuidado.....	33
1.6.1. A Gestão do Regime Terapêutico.....	35
1.6.2. Conceitos associados à gestão do regime terapêutico	36
1.6.3. Estilos de Gestão do Regime Terapêutico.....	43
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	47
2.1. Finalidade do Estudo.....	47
2.2. Objetivos do Estudo	48
2.3. Desenho do Estudo.....	48
2.4. População e Amostra	48
2.5. Método de Recolha de Dados	49
2.5.1. Instrumentos de Recolha de Dados	49
2.5.2. Instrumento de Caracterização Sociodemográfica e Clínica	50
2.5.3. Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes	50
2.5.4. Instrumento de Caracterização do Estilo de Gestão do Regime Terapêutico	51
2.6. Variáveis em Estudo	55
2.7. Procedimentos de Análise dos Dados	56
2.8. Considerações Éticas.....	57
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	59
3.1. Caracterização da Amostra.....	59
3.1.1. Perfil Sociodemográfico dos Participantes	59
3.1.2. Caracterização dos Participantes Quanto às Variáveis Clínicas	61

3.2. Caracterização dos Participantes Quanto às Atividades de Autocuidado com a Diabetes	64
3.2.1. Alimentação Geral.....	66
3.2.2. Alimentação Específica.....	68
3.2.3. Atividade Física.....	70
3.2.4. Monitorização da Glicemia Capilar	72
3.2.5. Cuidados com os Pés	74
3.2.6. Medicação	75
3.2.7. Hábitos Tabágicos	76
3.3. Relação entre os diferentes componentes do autocuidado com a diabetes e indicadores gerais.....	77
3.4. Caracterização dos Participantes de Acordo com o Estilo de Gestão do Regime Terapêutico.....	80
3.5. Relações Entre os Estilos de Gestão do Regime Terapêutico e as Atividades de Autocuidado com a Diabetes	81
4. CONCLUSÃO.....	83
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS.....	95
ANEXO I - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA E DADOS CLÍNICOS	96
ANEXO II: ESCALA DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES	100
ANEXO III - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DO ESTILO DE GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO	104
ANEXO IV - DECLARAÇÕES DE AUTORIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DO ESTILO DE GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO E DA ESCALA DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES	110
ANEXO V: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO, PARA A PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO	112
ANEXO VI: PARECER DA DIRETORA EXECUTIVA DO ACES TÂMEGA II VALE DO SOUSA SUL, Dr. ^a SANDRA RITA	115

ÍNDICE DE FIGURAS

Figuras 1 - Transição e saúde. Fonte: Bastos (2013) Adaptado de Shumacher & Meleis (1999)	32
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Listagem dos artigos analisados segundo o título, revista e ano de publicação	36
Quadro 2 - Variáveis em estudo	56

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Itens específicos por estilo de GRT	52
Tabela 2- Caraterização da amostra quanto a características demográficas sexo, estado civil e com quem vive	60
Tabela 3 - Caraterização dos participantes quanto à situação profissional atual.....	61
Tabela 4 - Caraterização da amostra quanto ao IMC	63
Tabela 5 – Caraterização da amostra quanto ao PA.....	64
Tabela 6 - Atividades de autocuidado com a diabetes dos participantes.....	65
Tabela 7 - Caracterização da frequência da amostra quanto à dimensão “Alimentação Geral”	67
Tabela 8 - Caracterização da frequência da amostra quanto à dimensão “Alimentação Específica”	69
Tabela 9 - Diferenças dos participantes no que diz respeito ao controlo da diabetes e a alimentação específica	69
Tabela 10 - Caracterização da frequência da amostra quanto à dimensão “Atividade Física”	70
Tabela 11 - Motivos para não praticar exercício físico	71
Tabela 12 - Caracterização da frequência da amostra quanto à dimensão “Monitorização da Glicemia”	72
Tabela 13 - Diferenças na média do valor de HbA1C entre participantes que realizam mais de 8 PGC em jejum nos últimos 30 dias e menos de 8.....	73
Tabela 14 - Diferenças entre os participantes com rendimento suficiente e insuficiente para alimentos e medicamentos ao nível do nº de PGC realizadas em jejum	74
Tabela 15 - Caracterização da frequência da amostra quanto à dimensão “Cuidados com os Pés”	74
Tabela 16 - Caraterização da amostra quanto ao relato de complicações da diabetes	75
Tabela 17 - Caracterização da frequência da amostra quanto à dimensão “Medicamentos”	76
Tabela 18 - Correlação entre as diferentes dimensões de atividades de autocuidado com a diabetes	79
Tabela 19 - Scores calculados para cada um dos estilos de GRT	80
Tabela 20 - Distribuição dos participantes em função do estilo de GRT	81
Tabela 21 - Caraterização dos participantes com estilo de GRT "Responsáveis Gerais" e “indeterminados em função das atividades de autocuidado com a diabetes	82

RESUMO

A gestão do regime terapêutico é fundamental para o controlo das doenças crónicas. Os estilos de gestão do regime terapêutico correspondem a uma representação teórica, de padrões de atitudes e comportamentos que mais frequentemente a pessoa adota, face às circunstâncias e que, previamente, face a algumas particulares da condição pessoal ou do contexto, será mais previsível que venha a adotar (1). Este estudo encontra-se inserido num projeto em curso na Escola Superior de Enfermagem do Porto, no âmbito da Unidade Científico-Pedagógica: Autocuidado e a sua finalidade é contribuir para a identificação e caracterização de pessoas com maior vulnerabilidade face à gestão do seu regime terapêutico, considerando as suas particularidades respetivamente aos traços identitários, às atitudes face à doença e regime terapêutico assim como comportamentos. A presente investigação assume um carácter quantitativo, descritivo-correlacional, centrado na caracterização da população com diabetes mellitus tipo 2 de uma Unidade de Saúde Familiar, das atividades de autocuidado com diabetes, dos estilos de gestão regime terapêutico e finalmente na verificação da relação entre estas. Os instrumentos utilizados – de caracterização sociodemográfica e informações clínicas, de caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico e a escala de atividades de autocuidado com a diabetes demonstraram se de fácil aplicação e de utilidade clínica.

A amostra foi constituída por 100 participantes, tendo sido obtida por uma técnica de amostragem não probabilística de conveniência. Os resultados desta investigação demonstraram que as pessoas gerem de forma distinta as diferentes componentes do regime terapêutico. A maioria dos participantes demonstrou um maior nível de autocuidado para com a diabetes, ao nível da medicação, descurando particularmente o exercício físico. Evidenciaram-se dois estilos de gestão do regime terapêutico: o “responsável geral” e o “indeterminado”. Os participantes com um estilo de gestão do regime terapêutico “responsável geral” apresentam maior nível de autocuidado de uma forma geral em todas as dimensões do autocuidado e particularmente com a “alimentação geral” face a participantes com um estilo “indeterminado”.

Palavras-chave: Estilos de gestão do regime terapêutico, Doença Crónica, Diabetes, Enfermagem.

ABSTRACT

The disease management and treatment regime is a fundamental type of self-care to the control of chronic diseases and it presumes the acquisition of knowledges and behaviours, abilities necessary to interpret and act accordingly and to maintain an emotionally satisfactory life. The style of self-management correspond to a theoretical representation of behavior patterns that the person adopts most frequently, facing the circumstances and which, previously, facing some specificities of personal condition or context, it's likely to adopt (1). This study is part of an ongoing project at Escola Superior de Enfermagem do Porto (Oporto Nursing University School), in the scope of Unidade Científico-Pedagógica: Autocuidado (Scientific- Pedagogical Self-Care Unit) and it aims the nursing care optimization and to contribute for the adjustment of more adequate/ suitable to the needs of each person with diabetes, in the scope of disease management and treatment regime. The current investigation assumes a quantitative approach, descriptive-correlational, focused on the characterization of the population with diabetes mellitus type 2 of a Unidade de Saúde Familiar (Family Health Unit), activities of self-care with diabetes, the self-management style, and, at last, the verification of the relation among them. The used instruments - of social-demographic characterization and clinical information, of characterization of the therapeutics management regime and the activity scale of self-care with diabetes show it is easily applicable and of clinical usefulness.

The sample was constituted by 100 participants and was obtained with a methodology of non-probabilistic of convenience sampling. The results of this investigation have shown that people manage differently the different components of the therapeutics regime. The majority of the participants has shown a bigger level of self-care towards diabetes in what concerns medication, disregarding particularly the physical exercise. Two self-management styles have come to evidence: the "generally responsible" and the "indeterminate". The participants with a "generally responsible" self-management style presented a bigger level of self-care in every dimension of self-care and particularly with "general diet" in opposition to the participants with a "indeterminate" style.

Keywords: Self-management style, Chronic Diseases, Diabetes, Nursing.

INTRODUÇÃO

As doenças crónicas lideram, na atualidade, a morbilidade e mortalidade na Europa e no Mundo e têm sido um desafio para os profissionais de saúde. Apesar dos avanços tecnológicos e da medicina das últimas décadas, a quantidade de pessoas com doença crónica continua a aumentar e a adesão da população aos tratamentos ainda estar muito aquém do desejável (2).

Perante uma doença crónica a pessoa enfrenta um desafio complexo que induz implicações no seu projeto de vida. A forma como a pessoa vivencia a transição saúde-doença e engloba a gestão do regime terapêutico nas suas atividades de autocuidado, influencia o curso da doença. A Enfermagem tem como amago o cuidar e a relação interpessoal é determinante para os cuidados, por este motivo “Os Enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para liderar e apoiar modelos apropriados de cuidados na doença crónica” (3).

Neste trabalho, foi abordada uma doença crónica com elevado impacto social: a diabetes mellitus. Esta doença exige um controlo adequado a fim de evitar possíveis e graves complicações. Para isso, requer uma reestruturação a nível dos autocuidados, o que acarreta um elevado impacto na vida da pessoa, com implicações no seu bem-estar pessoal e familiar e com custos muito elevados para a sociedade.

Sendo a gestão do regime terapêutico um tipo de autocuidado, a sua caracterização permitirá otimizar os cuidados de enfermagem e servir de guia para a implementação de intervenções mais ajustadas às necessidades do utente, potenciando uma gestão mais eficaz da doença.

A gestão de regime terapêutico, “é um conceito mais global, que engloba a adesão, mas que vai além da volição e inclui, entre outros aspetos, a capacidade de decisão sobre a mudança de um comportamento face à modificação do status de um sintoma ou face a uma nova circunstância, incorporando, por isso, o autoconhecimento e o conhecimento técnico necessário para interpretar e agir em conformidade” (1).

A teoria dos Estilos de Gestão do Regime Terapêutico define quatro “estilos” de gestão de regime terapêutico: responsável, independente, formalmente guiado e negligente. Esta teoria tem por base os perfis de autocuidado de Backman & Hentinen (4) e irá guiar conceptualmente este estudo (1).

Os estilos de gestão do regime terapêutico são definidos pela autora como atitudes das pessoas face à doença, à gestão do seu regime terapêutico, à sua relação com o sistema de saúde e a forma como cada um vivência a transição saúde/doença (1).

Tendo como pressuposto que estes estilos têm uma relação direta com determinadas condições prévias, atributos pessoais e ambiente social e familiar à situação de doença, pretende-se assim com esta padronização teórica identificar o “estilo” de gestão do regime terapêutico, que corresponde ao “modelo que mais frequentemente a pessoa adota, face às circunstâncias e que, antecipadamente, face a algumas características da condição pessoal e do contexto, será mais previsível que venha a adotar” (1).

É neste enquadramento que assenta este trabalho de investigação, focado na ampliação do conhecimento e competências, para que a Enfermagem tenha sempre presente que “bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas” (5). Temos como finalidade a otimização dos cuidados de enfermagem e contribuir para adequação de intervenções às necessidades de cada pessoa com diabetes, no domínio da gestão do regime terapêutico.

Assim, como objetivos específicos deste estudo pretende-se:

- Caracterizar a população com diabetes mellitus tipo 2 da Unidade de Saúde Familiar (USF) São Miguel Arcanjo – Rebordosa, de acordo com as variáveis de atributo;
- Identificar o estilo de gestão do regime terapêutico dos utentes com diabetes mellitus tipo 2 da USF São Miguel Arcanjo – Rebordosa;
- Caracterizar as atividades de autocuidado com a diabetes dos utentes com diabetes mellitus tipo 2 da USF São Miguel Arcanjo – Rebordosa;
- Verificar a relação entre o estilo de gestão do regime terapêutico e as atividades de autocuidado com a diabetes dos utentes com diabetes mellitus tipo 2 da USF São Miguel Arcanjo – Rebordosa;

Face a estes objetivos, tornou-se pertinente desenvolver um estudo de carácter descritivo-correlacional, a fim de examinar as relações entre variáveis, incluído no paradigma quantitativo.

O presente documento encontra-se estruturado em quatro partes distintas. Na primeira parte, encontra-se o enquadramento teórico, onde se efetua uma revisão da literatura relativamente à temática em questão, explanando conceitos como o do estilo de gestão do regime terapêutico e do autocuidado, passando por uma reflexão sobre as teorias de enfermagem que mais influenciam conceptualmente este estudo: a teoria da transição de Afaf Meleis, a teoria do autocuidado de Dorothea Orem e a teoria dos estilos de gestão do regime terapêutico de Fernanda Bastos. A segunda parte contempla o enquadramento metodológico, onde se descreve as etapas percorridas na realização desta investigação. Na terceira parte, encontra-se o estudo empírico, onde se apresenta os resultados e a sua discussão. Por último, são apresentadas as conclusões do estudo, procurando responder aos objetivos traçados à partida.

1 – ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA EM ESTUDO

A delimitação teórica da problemática em estudo constitui um passo essencial para a compreensão do processo desenvolvido e do tema central, que neste trabalho é a gestão do regime terapêutico das pessoas com diabetes.

Face aos avanços da medicina, que têm dado um exponencial contributo para o aumento da longevidade e qualidade de vida da pessoa e ao número crescente de doenças crónicas das últimas décadas, torna-se imperativo refletir e identificar os “estilos de gestão do regime terapêutico”, padrões de vulnerabilidade, para permitir reconhecer as pessoas que se encontram em risco de ter uma gestão ineficaz do seu regime terapêutico. Sendo este conceito um tipo de autocuidado e pela relevância que este tem assumido no quotidiano dos Enfermeiros justifica o investimento em termos de investigação neste domínio específico do autocuidado.

1.1 O Impacto da Doença Crónica

As doenças crónicas têm vindo a aumentar continuamente e são na atualidade a principal causa de morte no mundo, representando 60% de todas as mortes. Afetam cada vez mais pessoas de menor faixa etária, com idade inferior a 70 anos, o poderá justificar o atraso no desenvolvimento económico de muitos países (6).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve as doenças crónicas como sendo “doenças de duração prolongada e progressão lenta”, sendo um “fardo” com grande impacto na qualidade de vida das pessoas, assim como morte prematura e na economia dos países, das famílias e das pessoas (6).

As principais causas de doença crónica são conhecidas e a OMS afirma que, se esses fatores de risco fossem eliminados, 80% de todas as doenças cardíacas, dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) e diabetes tipo 2, poderiam ser evitados (6).

Os gastos relacionados com as doenças crónicas têm vindo a aumentar em toda a Europa. Vários esforços no sentido de travar esta realidade têm sido desenvolvidos, principalmente através da prevenção e deteção precoce (6).

O crescimento exponencial das doenças crónicas está intimamente relacionado com o envelhecimento da população, mas também com uma predisposição genética e os estilos de vida atuais (6). Estes fatores estão mais associados aos países desenvolvidos, no entanto, os países mais afetados são os países mais pobres e é também onde é mais provável que morram mais pessoas em consequência das mesmas. Quatro em cada cinco mortes por doença crónica ocorrem nos países em desenvolvimento. Se por um lado a doença crónica afeta os países mais pobres, por outro, a doença crónica irá ser também uma sobrecarga financeira significativa, arrastando cada vez mais as famílias para a pobreza (6,7). Uma das problemáticas atuais que acarreta um incremento das doenças crónicas e inevitavelmente custos em saúde, é a obesidade (8). Na Europa quase um terço das pessoas tem excesso de peso. Esta problemática afeta as pessoas em todas as faixas etárias e é nos grupos etários mais velhos onde se encontra uma maior prevalência (6). Segundo dados do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011/2016 em 2006, 15,2% da população adulta em Portugal era obesa. Nos grupos etários entre os 45 e os 74 anos, a proporção de indivíduos com obesidade era mais elevada - acima de 20% (9).

Portugal, face à situação socioeconómica que se encontra, denota alterações significativas no que diz respeito à alimentação. Segundo um estudo realizado pela Direção Geral da Saúde (DGS) verificou-se uma alteração no consumo de alimentos considerados essenciais devido a dificuldades económicas. Uma alimentação inadequada, rica em gorduras saturadas, sal e açúcares complexos são um dos fatores de risco para a doença crónica (8). Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) existe um desequilíbrio na Balança Alimentar Portuguesa (BAP), favorável a produtos proteicos de origem animal e gorduras em detrimento a produtos hortícolas, frutas e leguminosas secas, o que predispõe à aquisição de produtos dos menores grupos da roda dos alimentos (10). No entanto, comparativamente com os outros países da Europa, segundo dados da Organização para a Cooperação e desenvolvimento Económico (OECD), tendo em conta que a média de ingestão de gordura em adultos está acima do recomendado em quase todos os países, Portugal e Itália destacam-se positivamente dos restantes países, graças à alimentação mediterrânica, com consumo de apenas 10% da sua energia correspondente a gordura saturada (2). Dado que os coeficientes de correlação entre a BAP, que corresponde às disponibilidades alimentares e o Inquérito às Despesas das Famílias, que corresponde às quantidades adquiridas

pelas mesmas, apresentaram correlações positivas e significativas, nos períodos entre 2005 e 2010, as disponibilidades alimentares constituem uma forma indireta de caracterização do consumo alimentar da população portuguesa (10).

No que diz respeito ao exercício físico as recomendações da OMS para a prática de atividade física é de moderada a intensa, o que corresponde a 30 minutos por dia nos adultos e idosos. Em Portugal segundo dados de um estudo realizado em 2011, grande parte da população adulta é adequadamente ativa. Na população idosa contrariamente, foi inferior às recomendações internacionais, com uma prevalência superior nos homens, particularmente depois dos 60 anos (11). No entanto, perante esta realidade as políticas de promoção da prática de atividade física em Portugal são praticamente inexistentes (8).

É da responsabilidade dos governos, criar meios e condições para que as pessoas possam ter acesso a essas escolhas e a especial proteção para os grupos vulneráveis, reduzindo riscos e controlando epidemias antes que elas se efetivem. Com um substancial investimento na prevenção das doenças crónicas será possível prevenir milhões de mortes prematuras. Cada país deverá avaliar e determinar prioridades. Em Portugal como podemos verificar no PNS 2011-2016 é realizada essa reflexão e fazem parte dos objetivos e metas do país esse investimento com a “Promoção de uma resposta integrada aos doentes crónicos”, sendo esta problemática considerada “o maior desafio para os sistemas de saúde do século XXI” (9).

Estando as doenças crónicas associadas a um estilo de vida menos saudável reporta-nos para uma responsabilidade individual. Contudo, isto só é válido quando o acesso a uma vida saudável é viável, o que nem sempre acontece. As escolhas são influenciadas por fatores socioculturais e políticos. Pessoas mais pobres deparam-se com escolhas limitadas no que diz respeito à aquisição de alimentos, educação e acesso a cuidados de saúde. Por outro lado, a globalização e a urbanização levou a um aumento da disponibilidade e consumo de alimentos rica em gordura, sal e calorias e o desenvolvimento das redes de transporte ao aumento do sedentarismo, por diminuição da oportunidade para realizar atividade física nas atividades de vida diária (2,8).

1.2 A Epidemiologia da Diabetes

Segundo dados mais recentes da *International Diabetes Federation* (IDF) estima-se que 8,2% dos adultos – 382 milhões de pessoas tenham diabetes em todo o mundo e estima-

se que em menos de 25 anos este número duplique (12). O número de mortes diretamente relacionados com esta comorbilidade é muito elevado e as previsões apontam para que continuarão a subir (12).

Na Europa estima-se que haja 35 milhões de adultos com diabetes (tipo 1 e tipo 2) e prevê-se um crescimento de 23% até 2030. Foram gastos 89 biliões de euros no tratamento e controlo da diabetes e suas complicações em 2011, sem contar com os custos indiretos, tais como a diminuição da produtividade que aumenta consideravelmente os custos associados a esta comorbilidade (2). Portugal é dos países europeus com uma maior prevalência de diabetes, com aproximadamente 1 milhão de indivíduos (13). No entanto, a atuação política é ainda divergente no que respeita ao tratamento da diabetes. Apenas 16 dos 27 Estados-Membros dispõem de um quadro ou programa nacional de intervenção e não existem critérios definidos para determinar o que é um bom programa e consequentemente quais os países com boas práticas (14).

Em Portugal, o “Programa Nacional de Controlo da Diabetes” existe desde a década de setenta pelo que é um dos mais antigos programas nacionais de saúde pública. Desde 1989, com a declaração de São Vicente, a diabetes tem assumido um papel de destaque nas prioridades de atuação políticas, na qual se comprometeu a atingir os seus objetivos, ou seja, reduzir as principais complicações da diabetes: cegueira, amputações major dos membros inferiores, insuficiência renal terminal e doença coronária. Este programa sofreu revisão em 1998 até à presente data no sentido de aproximação ao modelo de gestão integrada da diabetes e ao estabelecimento de parcerias com todos os intervenientes na doença (15).

Embora as causas da diabetes tipo 2 sejam ainda desconhecidas, existem fatores de risco importantes, tais como: a obesidade, alimentação inadequada, inatividade física, idade avançada, história familiar de diabetes, etnia e diabetes gestacional. Estes fatores de risco encontram-se intimamente relacionados com o desenvolvimento económico, as alterações demográficas, nomeadamente com o envelhecimento da população e a alteração dos estilos de vida (12,13).

A falta de confiança na gestão da doença e da eficácia dos tratamentos, assim como da complexidade dos mesmos, principalmente em pessoas polimedicadas por apresentarem diferentes condições de saúde, são alguns dos fatores com grande impacto na gestão do regime terapêutico e consequentemente no controlo da diabetes (2).

Recentemente o Parlamento Europeu adotou uma resolução sobre a abordagem da epidemia da diabetes na União Europeia (UE), com uma série de medidas para melhorar a investigação, a prevenção, a deteção e a gestão desta doença (14).

1.2.1 O Diagnóstico e a Classificação da Diabetes

“A Diabetes é caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue, a hiperglicemia. A hiperglicemia (açúcar elevado no sangue) que existe na Diabetes, deve-se em alguns casos à insuficiente produção, noutros à insuficiente ação da insulina e, frequentemente, à combinação destes dois fatores. As pessoas com Diabetes podem vir a desenvolver uma série de complicações” (13).

A DGS determina como critérios de diagnóstico de diabetes os seguintes critérios: Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l); ou sintomas clássicos de descompensação + Glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l); ou Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou Hemoglobina glicosilada (HbA1C) $\geq 6,5$ % (16).

De acordo com a DGS existem quatro tipos clínicos de diabetes distintos que podem ser classificados, segundo a sua etiologia, da seguinte forma: diabetes tipo 1; diabetes tipo 2; diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes (16).

A diabetes tipo 1 ocorre geralmente na infância e na adolescência e corresponde a cerca de 5 a 10% de todos os casos de diabetes. Resulta da destruição das células β dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, sem as quais não há produção de insulina. Assim sendo, a insulinoaterapia passa a ser indispensável para a sobrevivência da pessoa. Esta destruição pode advir de um mecanismo autoimune, pelo que se denomina diabetes tipo 1 autoimune. Quando esta situação não se verifica passa a chamar-se diabetes tipo 1 idiopática (16).

A diabetes tipo 2 é a mais comum de todos os tipos de diabetes, representando cerca de 90% e ocorre predominantemente em adultos. Quase metade dos adultos com diabetes têm idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos. Neste caso, o corpo é capaz de produzir insulina, contudo, existe uma elevada resistência à mesma. Como consequência, os valores de glicemia no sangue elevam-se e mesmo sem sintomas associados ocorrem lesões dos tecidos (13,16).

A diabetes gestacional diz respeito a qualquer grau de anomalia do metabolismo da glicose, com surgimento pela primeira vez, durante a gravidez (16).

Os outros tipos específicos de diabetes representam as situações em que a diabetes teve origem decorrente de um processo etiopatogénico identificado, como doenças do pâncreas, alterações genéticas da célula β ou da ação da insulina ou pela utilização de químicos ou fármacos que interfiram com a produção ou ação da insulina (16).

1.2.2 Complicações da Diabetes

A vigilância da pessoa com diabetes é parte integrante dos cuidados de enfermagem e passa pela orientação e incentivo à autovigilância e a alterações de estilos de vida: alimentação e exercício físico. No entanto o tratamento fica a cargo da pessoa com diabetes ou cuidadores com implicações no estilo de vida da pessoa, o que acarreta consequências a nível psicossocial e uma perda de qualidade de vida das mesmas (14).

O tratamento da diabetes deve ter como principal objetivo o controlo da glicose no sangue em limites o mais próximo da normalidade, atingindo um valor de hemoglobina glicosilada (HbA1C) inferior a 6.5%, de forma a evitar complicações quer agudas quer tardias da doença. Estes limites devem ser definidos tendo em conta uma série de fatores individualizados, nomeadamente a idade, a atividade, o tipo de vida, os anos de diabetes, o risco de hipoglicemia, a existência concomitante de doenças cardiovasculares ou outras comorbilidades. A realização da autovigilância da glicemia capilar permite à pessoa saber em que níveis está, pelo que deverá ser realizada várias vezes ao dia, antes e após as refeições. Com a persistência de níveis de glicose elevados no sangue, mesmo sem a presença de sintomas, ocorrem lesões a nível dos tecidos. Estas lesões podem afetar diversos órgãos, contudo é nos rins, nos olhos, nos nervos periféricos e no sistema vascular, onde se manifestam as mais frequentes e fatais complicações da diabetes (13). O controlo da diabetes irá permitir prevenir complicações da diabetes, inicialmente microvasculares e, a longo prazo, macrovasculares (13,17).

Em síntese as complicações tardias da diabetes são:

- O pé diabético, que é “uma das complicações mais graves da diabetes, sendo o principal motivo de ocupação prolongada de camas hospitalares pelas pessoas com diabetes e o responsável por cerca de 70% de todas as amputações efetuadas por causas não traumáticas” (18). O rastreio sistemático do pé diabético

leva a uma redução marcada do número de amputações dos membros inferiores, com ganhos de saúde e qualidade de vida dos clientes (18). Através do exame clínico dos pés das pessoas com diabetes o profissional de saúde poderá classificar os pés de acordo com o risco de úlcera, que poderá ser: baixo, médio ou alto risco, em função do qual será programado o acompanhamento e orientação da pessoa (17).

- A retinopatia diabética, que é a principal causa de cegueira evitável na população entre os 20 e 64 anos de idade. Em Portugal, o número de pessoas com diagnóstico médico de retinopatia diabética, em 2012, foi de 44,1%.
- A nefropatia diabética, que requiere o controlo dos principais fatores de risco no sentido de prevenir a progressão da doença para a insuficiência renal. Torna-se imperativo a prevenção e o tratamento precoce desta complicação (13,17).
- Os compromissos cardiovasculares, que traduzem as complicações macrovasculares com significativo impacto na qualidade de vida das pessoas. A diabetes constitui, na atualidade, uma das principais causas de morte, principalmente por traduzir um risco significativamente aumentado de doença coronária e de AVCs. Dos internamentos por AVC e enfarte agudo do miocárdio (EAM), 28% e 31% respetivamente, são de pessoas com diabetes (13).

1.4 Desafios Colocados aos Enfermeiros

De acordo com o *International Council of Nursing* (ICN) “Os Enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para liderar e apoiar modelos apropriados de cuidados na doença crónica” (3).

As pessoas com doenças crónicas apresentam uma séria dificuldade em gerir o seu regime terapêutico e em incorporar no seu autocuidado as recomendações dos profissionais de saúde. Os motivos podem ser de diversas ordens: falta de informação; por fatores intrínsecos à pessoa, como dificuldade em assimilar a mesma; a uma lacuna nos cuidados de saúde prestados pelos profissionais, ou ainda devido ao facto da pessoa, mesmo informada, não pretender alterar comportamentos compatíveis com a sua situação de saúde (19).

No âmbito da comemoração do dia internacional do Enfermeiro (12 de Maio de 2010), o ICN lançou um apelo para que os Enfermeiros sejam ativos na luta contra esta pandemia que é a doença crónica. Ressaltou que - os Enfermeiros devem agir como modelos,

educadores, promotores da mudança em suas casas, locais de trabalho e comunidades de forma a promover estilos de vida mais saudáveis - alimentação saudável, exercício físico, manutenção do peso, gestão do stress, etc. Como linhas orientadoras para a gestão da diabetes tipo 2 emanaram as seguintes considerações: o utente deve estar no centro dos cuidados, devendo ser tido em conta o seu nível socioeconómico, as suas crenças culturais, o sexo e as suas preferências e necessidades individuais; a comunicação é a chave para esta relação enfermeiro/utente, pois irá permitir à pessoa a tomada de decisão com base em informação sustentada e na evidência (3).

O *National Institute of Nursing Research* (NINR) tendo em conta a problemática da doença crónica e respetiva gestão do regime terapêutico, implementa em 2011 como área de atenção e investigação de entre as cinco áreas do seu plano estratégico, uma que diz respeito à autogestão: “*Advancing the Quality of Life: Symptom Management and Self-Management*” (20). Desenvolveu ainda recentemente o “*Funding Opportunity Announcement*” que convida os investigadores a se focarem nesta área, de forma a estabelecer o “*Centers of Excellence for Self-Management Research: Building Research Teams for the Future*”, programa de intervenção que visa melhorar a investigação interdisciplinar e o conhecimento na área da autogestão. Destacam ainda a importância de pesquisa no sentido de prever quem vai beneficiar de intervenções de autogestão, que foi umas das questões centrais que nos levou a realizar este trabalho (20).

Perante estes desafios os Enfermeiros necessitam focar-se e investir no sentido do desenvolvimento da profissão tendo em conta o *core* da Enfermagem e que progressivamente se passe de uma atuação baseada em modelos inseridos no paradigma biomédico, com ênfase na gestão de sinais e sintomas e que descuram o contexto do processo de saúde/doença, para modelos baseados nas teorias de enfermagem que dão ênfase às respostas humanas envolvidas nas transições (19). Meleis et al. (21) afirmam que os Enfermeiros se encontram numa posição única para ajudar as pessoas na vivência destas transições que implicam uma adaptabilidade, por vezes complexa, promovendo a aprendizagem de novas competências relacionadas com a saúde/doença.

1.5 O Processo de Transição

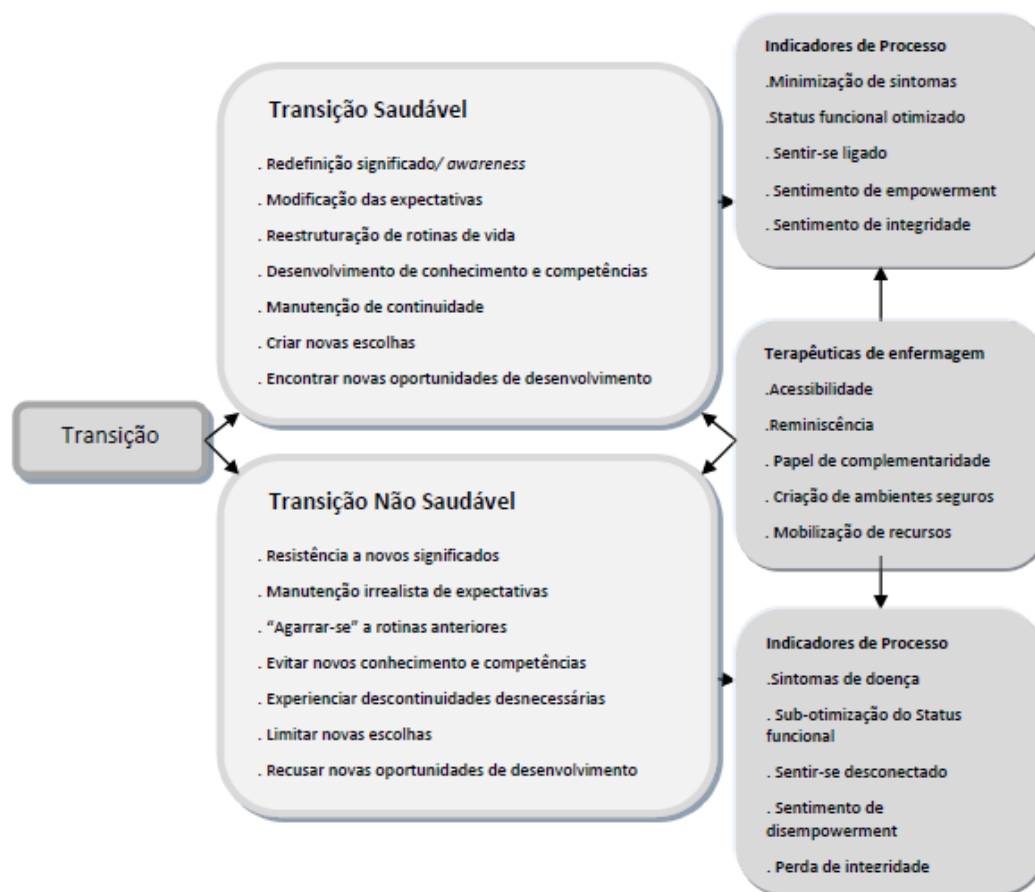
A utilização de modelos e teorias de Enfermagem são imperativos, quer para permitir o avanço da disciplina, com uma prática sustentada num corpo teórico próprio, singular, que a distingue das demais ciências, quer para melhorar os cuidados prestados (19).

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, centra-se nas respostas humanas aos processos da vida, de saúde e doença, pelo que irá guiar conceptualmente este estudo (21,24). Chick e Meleis (23) descrevem a transição como sendo: “a passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra (...)”.

A teoria das transições permite ao Enfermeiro compreender a multidimensionalidade deste processo de passar de um estado saudável para outro de doença, caracterizada pela sua própria singularidade e complexidade. As transições são um processo e um resultado, com mudanças na vida, na saúde, nas relações e no ambiente (21).

As transições com as quais os Enfermeiros se deparam podem ser de diversos tipos: de desenvolvimento, de saúde/doença, situacionais ou organizacionais. Estas transições não são mutuamente exclusivas, pois a pessoa pode vivenciar duas ou mais transições simultaneamente e estas podem ser saudáveis ou não saudáveis (21,24).

Uma mudança acarreta sempre novas exigências, com necessidade de novos conhecimentos e competências, pelo que uma transição saudável possibilita à pessoa uma nova visão sobre uma área da sua vida, novas expectativas, novas oportunidades de crescimento pessoal. Quando isto não ocorre e se dá uma transição não saudável geram-se situações de stresse e crise (24) (Figura 1).



Figuras 1 - Transição e saúde. Fonte: Bastos (2013) Adaptado de Shumacher & Meleis (1999)

De acordo com Meleis et al. (21) as transições envolvem várias propriedades, nomeadamente a consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença, um intervalo de tempo, assim como pontos críticos.

A consciencialização diz respeito à percepção, ao reconhecimento e conhecimento de que se está a vivenciar uma transição. Os autores assumem que a consciencialização é uma propriedade fundamental da transição, mas que a ausência dela não significa que o início de uma transição não se esteja a desenvolver (21).

O envolvimento no processo, está intimamente ligado à consciencialização, pois o nível de envolvimento de uma pessoa que se encontra consciente do processo de transição, tanto a nível físico, emocional como social é diferente daquele que não está a ter percepção de tais mudanças (21).

No que diz respeito à mudança e diferença são aspetos cruciais da transição. Embora pareçam semelhantes, os autores (21) sublinham que não são sinónimos de transição. Todas as transições envolvem mudanças, ao passo que nem todas as mudanças estão

relacionadas com transições. Para compreendermos um processo de transição é necessário identificar e descrever os efeitos e significados das várias mudanças subjacentes. As dimensões da mudança são a natureza da mesma, a temporalidade, a gravidade atribuída, as expectativas pessoais familiares ou sociais.

O intervalo de tempo é outra propriedade inerente ao processo de transição, que vai desde a percepção ou manifestação de uma mudança, passando depois por um período de instabilidade, com sentimentos de confusão, até uma fase final deste processo, com um novo período de estabilidade. Contudo, os autores afirmam que delimitar categoricamente estas fases é extremamente difícil ou inexecutável em certas transições, mas que este conceito deve estar presente pois vem lembrar a variabilidade da transição e poderá carecer de reavaliação dos resultados (21).

Por fim, algumas transições estão delimitadas por um marcador ou um evento crítico, como um nascimento, a morte ou diagnóstico de uma doença. Noutras transições esses eventos não são tão evidentes. Os autores constataram que estes pontos críticos são geralmente momentos de maior consciencialização ou de um maior envolvimento para lidar com a transição. O reconhecimento dos pontos críticos por parte dos Enfermeiros irá permitir identificar períodos de maior vulnerabilidade durante os quais a pessoa terá maior dificuldade, por exemplo no autocuidado (21).

Sendo o processo saúde/doença uma transição e tendo a gestão do regime terapêutico como um foco de atenção, de acordo com os pressupostos de Bastos (1) a “não gestão” torna-se inexecutável pois, se uma pessoa opta por não assumir a gestão da sua situação de saúde/doença ou por um estilo de vida menos saudável, estamos perante uma transição não saudável, um “estilo de gestão” e não pela ausência da mesma.

1.6 A Doença Crónica e o Autocuidado

A questão do autocuidado há muito que é tida em conta pela Enfermagem e têm acompanhado a evolução da sociedade. Foi com Dorothea Orem em 1970 com a Teoria do Autocuidado, que se deu um grande avanço para a disciplina de enfermagem. Segundo esta, o autocuidado é a prática de atividades que as pessoas iniciam e realizam para o seu próprio benefício para a manutenção da vida, saúde e bem-estar, ou caso não o consiga, por outra pessoa que o substitua (25).

A OMS define “autocuidado como um conjunto de atividades desenvolvidas pelos indivíduo, família ou comunidade com a intenção de melhorar a saúde, prevenir ou limitar a doença e restaurar a saúde. Estas derivam de atividades do conhecimento e competências obtidas através de profissionais e da experiência de vida. São atividades realizadas por leigos sobre a sua própria saúde independente ou em colaboração com os profissionais de saúde” (26).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), autocuidado é: “Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (27).

Face a uma situação de doença surgem novas exigências que podem ser de diversas ordens, que implicam aprender a viver com uma nova situação/condição que poderá alterar o estilo de vida da pessoa. Poderá implicar a tomada de consciência das consequências da mesma, da necessidade de procurar ajuda profissional, de realizar diversos tratamentos e reabilitação, efeitos secundários, modificação do autoconceito e autoimagem (1).

Orem (25) considera como condições importantes para que uma pessoa possa cuidar de si mesmo, entre outras: a motivação, a capacidade para a tomada de decisão, o conhecimento técnico, as capacidades cognitivas e interpessoais, a coerência e integração das ações de autocuidado na vida pessoal, familiar e comunitária e emana os seguintes pressupostos sobre o ser humano:

- Detém capacidade para desenvolver conhecimentos e competências assim como manter a motivação necessária para o autocuidado e para o cuidado aos seus próximos dependentes;
- As necessidades de autocuidado provêm das características individuais tendo em conta as características socioculturais da mesma;
- Requer intencionalidade ao planear as ações de autocuidado. Estas são influenciadas pelas características individuais da pessoa, como o conhecimento e habilidades numa busca constante para satisfazer as suas necessidades.

1.6.1 A Gestão do Regime Terapêutico

A gestão do regime terapêutico é fundamental para o controlo da doença crónica, que pressupõe aquisição de conhecimentos, comportamentos e habilidades necessárias para manter uma vida emocionalmente satisfatória face à sua condição (28).

Uma parte da gestão do regime terapêutico da pessoa com diabetes mellitus passa pela adoção de alterações no seu estilo de vida, nomeadamente na alimentação e exercício físico, essenciais para minimizar potenciais complicações. Estas são na maioria das vezes o mais difícil de se atingir (29,30).

A gestão do regime terapêutico na diabetes foi operacionalmente definida como sendo um conjunto de comportamentos realizados por indivíduos para gerir a sua condição, inclusivamente a toma de medicação, dieta, exercício, pesquisas de glicemia capilar (PGC) e cuidados com os pés (31).

Um estudo qualitativo, de abordagem fenomenológica realizado em 2010, na Nova Zelândia, permitiu definir três grandes temas na gestão do regime terapêutico da diabetes: a “perda de controlo”, “ganhar controlo” e “estar em permanente controlo” (30).

A “perda de controlo” compreende a fase do diagnóstico, na qual todos os participantes relataram ter vivenciado uma série de sentimentos: de negação, choque, medo e raiva. “Ganhar controlo” correspondeu à etapa na qual houve a adoção de mudanças no estilo de vida para fazer face à gestão da nova e complexa condição. Esta etapa, segundo o autor pode ser desafiante e morosa. A maioria dos participantes deste estudo referiu que as dificuldades foram agravadas pela perceção de que as recompensas inerentes a estas alterações do estilo de vida não eram evidentes e tangíveis a curto prazo, referindo que lhes condicionava a motivação para a ação. “Estar em permanente controlo” foi referido como o desenvolvimento de um sentido de empoderamento, integração e aceitação da diabetes. Apesar da evolução da doença, com evolução das complicações e dificuldades em recuperar o controlo glicémico, através da medicação, concluiu-se que prevaleceu o sentimento de que este estado era espectável e que devido à aquisição de habilidades, conhecimentos, confiança e apoio, o equilíbrio poderia ser novamente atingido (30).

1.6.2 Conceitos Associados à Gestão do Regime Terapêutico

Sendo a gestão do regime terapêutico um conceito complexo, que envolve diversos fatores intrínsecos e extrínsecos à pessoa, optámos por efetuar uma revisão bibliográfica da literatura de forma obtermos uma resposta para a seguinte questão: “quais os fatores que influenciam a gestão do regime terapêutico da pessoa com diabetes?” A revisão bibliográfica da literatura foi realizada utilizando o motor de busca da EBSCO, recorrendo às seguintes bases de dados: *COCHRANE*, *MEDLINE*, *CINAHL*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *MedicLatina*. A frase booleana utilizada foi a seguinte: *AB self-management OR AB "therapeutic regime management" AND TX diabetes mellitus*. Procurou-se revistas publicadas entre 2009 e 2014 com os seguintes limitadores: Texto completo, analisado por especialistas, idioma – Inglês, francês, espanhol e português e faixas etárias – maiores de 18 anos. Após seriação sistematizada resultaram 11 artigos para leitura integral que se encontram apresentados no quadro nº 1.

Quadro 1 - Listagem dos artigos analisados segundo o título, revista e ano de publicação

Título	Revista	Ano
A Concept Analysis of Self-Efficacy Among Chinese Elderly with Diabetes Mellitus	Nursing Forum	2012
Beyond good intentions: The role of proactive coping in achieving sustained behavioural change in the context of diabetes management	Psychology and Health	2009
Health Literacy and Its Association with Diabetes Knowledge, Self-Efficacy and Disease Self-Management Among African Americans with Diabetes Mellitus	The ABNF Journal	2011
Health literacy in chronic kidney disease education	Renal Society of Australian Journal	2010
Improving glycaemic control self-efficacy and glycaemic control behaviour in Chinese patients with Type 2 diabetes mellitus: randomised controlled trial	Journal of Clinical Nursing	2010
Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes	Scandinavian Journal of Caring Sciences	2011
Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes	Journal of Advanced Nursing	2010
<i>Self-efficacy associated with self-management behaviours and health status of South Koreans with chronic diseases</i>	International Journal of Nursing Practice	2011
The association between regulatory focus and distress in patients with a chronic disease: The moderating role of partner support	The British Psychological Society	2010
The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan	Journal of Clinical Nursing	2009
Use of Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory in the Self-Management Education of Patients with Type 2: A Case Study	Self-Care, Dependent-Care & Nursing	2012

No âmbito da revisão bibliográfica da literatura efetuada evidenciaram-se alguns conceitos que nos dão uma melhor compreensão da temática em análise, a saber: a autoeficácia, o *coping*, a motivação, a literacia em saúde, a religiosidade - fé e o suporte social foram os conceitos dominantes achados.

A autoeficácia foi o conceito mais abordado na literatura encontrada. Vários estudos consideram a autoeficácia como preditor de mudança de comportamento e do controlo glicémico (29,33,36).

O conceito de autoeficácia é originário de Bandura (32), inserido na teoria sociocognitiva, que encara o comportamento humano como uma trindade: comportamento, com influência ambiental e relação interpessoal.

A autoeficácia consiste na perceção das capacidades da pessoa para organizar e executar ações necessárias para atingir determinados tipos de performances. Assim, a autoeficácia vai influenciar o esforço e a persistência que a pessoa vai dedicar a uma determinada tarefa. A tendência é evitar situações que elas acreditam que superam as suas capacidades de *coping*, dando preferência àquelas que consideram ser capazes de lidar (33).

No âmbito da gestão do regime terapêutico, a autoeficácia reflete a crença da pessoa sobre a sua capacidade de organizar, integrar e executar física, social e emocionalmente comportamentos de autogestão, de forma a criar as suas próprias soluções para os problemas do quotidiano (28).

Liu (34) realizou uma análise de conceito autoeficácia com base na metodologia de Walker e Avant, da qual resultaram as características definidoras deste conceito, os atributos, de pessoas com diabetes: o reconhecimento cognitivo de técnicas específicas e habilidades necessárias, expectativas percebidas dos resultados de autogestão e confiança suficiente nas suas capacidades para realizar a autogestão. A autogestão da diabetes é definida, neste estudo, como sendo um regime terapêutico abrangente, que inclui cuidados com a alimentação, com a atividade física, com a monitorização da glicemia capilar, com os cuidados com os pés, com a toma de antidiabéticos orais (ADO) ou insulina e lidar com os efeitos secundários destes. O autor resume estas características definidoras em quatro palavras: competências, resultados, confiança, e persistência.

Num estudo realizado numa população coreana com doença crónica, no qual se procurou verificar a autoeficácia como antecedente da gestão do regime terapêutico, verificou-se que pessoas com maior nível de autoeficácia apresentavam melhores condições de

saúde, manifestando menos dor, menos quadros depressivos, praticavam mais exercício físico, comunicavam mais com o seu médico e geriam melhor os sintomas do que aqueles com média ou baixa autoeficácia. Concluiu-se assim, que a autoeficácia possa ser a chave para aumentar os comportamentos de gestão do regime terapêutico e consequentemente melhor saúde da população coreana. Verificou-se menor autoeficácia em pessoas com menor nível de escolaridade ou situação profissional precária, assim como em pessoas mais jovens, possivelmente por terem um menor tempo de doença e menor experiência na gestão do regime terapêutico (28).

De facto, as pessoas que acreditam que conseguem realizar as atividades de autocuidado, com maior autoeficácia, concretizam a maior parte das atividades e com maior sucesso. De salientar ainda, a importância da execução repetida de tarefas para que dominem as mesmas e obtenham *feedback* positivo imediato (35).

Melhorar a autoeficácia em pacientes com diabetes mellitus tem demonstrado que tem um efeito positivo sobre a mudança de comportamento e influencia positivamente o controle glicêmico a longo prazo (36).

As doenças crónicas uma vez que acompanham a pessoa por um longo período de tempo, nem sempre têm a mesma evolução, passando por períodos distintos, quer no que diz respeito à própria doença, com períodos de exacerbação ou de remissão, quer em relação à percepção da pessoa em relação à mesma, o que o leva a gerir o seu regime terapêutico de distintas formas ao longo da sua progressão (29,37). São vários os fatores implicados, como os fatores pessoais, familiares, e sociais (37).

No entanto, não podemos esquecer que na diabetes mellitus são inúmeros os comportamentos de saúde desafiadores e que a grande dificuldade encontra-se na manutenção de comportamentos. Para que haja alteração de comportamentos é necessária a motivação e perseverança; contudo, para que exista uma manutenção bem-sucedida da mesma, é necessária a capacidade da pessoa antecipar e lidar com potenciais stressores – *coping* pró-ativo (38).

De acordo com Sousa et al. (37) o *coping* é definido como “um esforço para responder a estímulos internos (reações emocionais ao acontecimento) ou externos (o próprio acontecimento) que são avaliados como negativos ou desafiantes”. O mesmo autor refere ainda que “o tipo de *coping* que a pessoa adota reflete-se nos seus comportamentos de autocuidado e, portanto, na forma como ela gere a sua situação de saúde” (37).

De acordo com o modelo de Leventhal (39) de representação e *coping* da doença, sendo a doença um acontecimento negativo, com potencial impacto no bem-estar da pessoa, a

forma como cada um interpreta essa mesma ameaça e consequentemente, o impacto que esta vai ter, será diferente conforme as representações de doença que cada um tem. As estratégias de *coping* podem ainda ser do tipo ativo (focadas no problema) ou passivo (focadas nas emoções), no qual se verifica um maior nível de gestão nas pessoas com um tipo de *coping* ativo (37).

O conceito de *coping* pró-ativo foi desenvolvido inicialmente por Aspinwail & Taylor (38) em 1997 e descreve o esforço que as pessoas desenvolvem para, com antecedência, prevenir ou modificar um evento potencialmente stressante, para que ele não ocorra.

Enquanto as teorias sociocognitivas abordam as competências e limitações das pessoas, problemas e motivações, o *coping* pró-ativo tem foco na antecipação, planeamento e continuidade das atividades de autogestão, podendo ajudar as pessoas a se tornarem mais conscientes das ameaças e agir em conformidade, para que não interfiram no seu comportamento. Segundo Thoolen et al. (38) existem quatro fundamentos para isto acontecer:

- Delinear objetivos com antecedência - pode ajudar as pessoas a se tornarem mais conscientes de outros objetivos concorrentes (hábitos e atividades que possam comprometer a sua motivação em manter o autocuidado);
- Delinear metas – ajuda a pessoa a reconhecer os seus recursos e limitações, ajudando-a a definir objetivos concretos e realizáveis;
- Reconhecer potenciais ameaças – a pessoa pode planear as suas atividades e gerar estratégias alternativas para lidar com situações problemáticas que possam surgir;
- Avaliar – o *coping* pró-ativo também pressupõe que, aprendendo a avaliar o atingimento dos objetivos e dos sucessos, possibilite lidar melhor com as ameaças.

As pessoas que encaram o futuro com uma abordagem pró-ativa, são mais bem-sucedidas em evitar o stress e têm mais probabilidade de alcançarem os seus objetivos a longo prazo. Pessoas com diabetes que delineiam objetivos de autogestão, antecipam potenciais ameaças, planeiam e avaliam o seu progresso, são pessoas potencialmente mais bem-sucedidas em alcançar e manter uma gestão do regime terapêutico (GRT) ideal.

Um estudo randomizado realizado em pessoas com diabetes recém-diagnosticadas cuja intervenção foi baseada no *coping* pró-ativo demonstrou ser eficaz na mudança de comportamentos de autocuidado e manutenção destas melhorias ao longo do tempo. O

sucesso da intervenção esteve essencialmente nos domínios da alimentação, alteração do peso e exercício físico. Os autores concluíram também que motivações e autoeficácia eram pobres preditores da manutenção do autocuidado, dado que a maioria das pessoas já tinham intenção de mudar. Verificou-se que as intervenções deveriam centrar-se menos em fatores motivacionais e ao invés disto, ajuda-los a atingir essas suas boas intenções. A autoeficácia neste e noutros estudos é considerada um motivador importante quando se inicia comportamentos novos, mas não pode ajudar essas pessoas a manter essas mudanças ao longo de um período de tempo prolongado (38).

A Teoria da Autodeterminação é uma das teorias da motivação, desenvolvida inicialmente por Deci e Ryan e tem como conceito central a motivação (40). Esta teoria centra-se em tipos e não apenas na quantidade de motivação, dando ênfase à motivação autónoma, à motivação controlada e à desmotivação enquanto preditores de desempenho, relações e bons resultados. A motivação autónoma compreende tanto a motivação intrínseca como a externa e a controlada representa apenas uma regulação externa, na qual o comportamento é influenciado por contingentes externos que podem ser de aprovação ou punição. Quando a motivação é controlada a pessoa manifesta pressão em relação à forma como se comporta, como pensa, como se sente. Ambas são vetores de motivação que contrastam por oposição com a desmotivação (40).

A motivação autónoma tende a produzir melhores resultados em todos os domínios, com melhores resultados a nível da mudança de comportamentos para comportamentos mais saudáveis, com persistência dos mesmos a longo prazo, em detrimento da motivação controlada (40).

Problemas motivacionais são, provavelmente uma das razões mais importantes para o fraco controlo glicémico (41). Com base neste fundamento, Oftedal et al. (41) realizaram um estudo qualitativo para perceber de que forma o apoio prestado pelos profissionais de saúde influencia a motivação da pessoa para gerir a sua doença. Resultou na identificação de cinco temas: a abordagem empática; conselhos práticos e informações, participação na tomada de decisão, informação precisa e individualizada e grupo de suporte.

No que concerne à abordagem empática os participantes, afirmaram que a empatia era parte integrante do apoio prestado pelos profissionais de saúde para ajudá-los a motivar-se para a GRT da sua doença. Definiam empatia como sendo a compreensão, escuta e abordagem holística, que lhes trazia um sentimento de confiança e que o facto de lhes ser dado um *feedback* positivo e serem tratados com seriedade influenciava a crença nas suas capacidades para gerir a sua doença (41).

A informação precisa e individualizada é encarada como um binómio. Por um lado, algumas pessoas manifestavam a necessidade de lhes ser dada informação exata e detalhada sobre a sua condição de saúde, por outro, algumas pessoas referiam que excesso de informação poderia diminuir a crença nas suas capacidades e por sua vez diminuir a motivação para autocontrolar a sua doença (41).

A capacidade de incorporar as informações e conhecimentos novos sobre os cuidados de saúde dizem respeito a uma competência humana complexa, a literacia em saúde. Esta desenvolve-se ao longo da vida e envolve habilidades gerais de alfabetização como leitura fluente, assim como a incorporação de um conjunto de habilidades de tomada de decisão: ouvir, falar e escrever, possibilitando tomar decisões apropriadas de saúde, para diminuir os riscos e aumentar a qualidade de vida (42).

As consequências de uma literacia em saúde limitada refletem-se na interação com os profissionais de saúde, com diminuição do acesso a cuidados de saúde preventivos e consequentemente maior hospitalização; diminuição da compreensão sobre a doença e opções de tratamento e consequentemente com descontrolo da doença crónica que pode ser um significativo fator de risco para resultados pobres em saúde (42,43).

Desta forma, as pessoas com maiores necessidades de cuidados de saúde, podem ser as menos capazes de procurar cuidados, processar a informação e mobilizar-se com sucesso no sistema de saúde (44).

O número de anos de escolaridade que as pessoas completam, não deve ser indicador de melhor ou pior literacia em saúde, pois muitas pessoas progrediram sem atingir os objetivos desejados, como ler fluentemente (45). Da mesma forma, as pessoas idosas não devem ser avaliadas por este critério, uma vez que o tempo que medeia entre terem frequentado a escola e a atualidade acarretou declínios relacionados com a própria idade (46). Num estudo realizado em pessoas afro-americanas verificou que níveis de educação mais elevados foram associados a uma maior literacia em saúde. Quanto maior a literacia em saúde maior era o conhecimento em relação à diabetes, que por sua vez, juntamente com a autoeficácia, foram considerados fatores que influenciam a pessoa com diabetes nas suas atividades de autocuidado (42).

Outro fator com influência na gestão GRT é a religiosidade/crença. De acordo com a CIPE®, versão 2011 crença é a “convicção e disposição pessoal para manter e abandonar ações tendo em conta a opinião e princípios religiosos próprios; fé religiosa que impregna, integra e transcende a natureza biológica e psicossocial de cada um” (27).

Num estudo observacional realizado em idosos afro-americanos, que teve por objetivo verificar a relação entre a GRT (exercício, leitura de rótulos e PGC) e a orientação temporal e religiosidade, verificou-se que, pessoas com uma orientação temporal para o futuro, praticavam mais exercício físico, liam mais rótulos e realizavam mais PGC. No que diz respeito à religiosidade, esta foi associada a uma menor utilização dos serviços de saúde, por estar associada a um melhor estado de saúde, diminuindo por este motivo, essa necessidade (38).

Outro aspeto relacionado com a GRT é o apoio social. Um estudo realizado a pessoas idosas com doença crónica (diabetes, asma, ou patologia cardíaca) com o objetivo de verificar a associação entre o apoio de cônjuges e dois focos de autorregulação: promoção e prevenção e níveis de angústia, verificou que o apoio social pode amortecer ou aumentar o impacto negativo de determinados estilos de *coping* e traços de personalidade mais vulneráveis (47). De acordo com o tipo de suporte dado pelos parceiros, que pode ser do tipo:

- Envolvimento ativo, no qual o parceiro oferece apoio e ajuda a resolver os problemas de forma construtiva, envolvendo a pessoa nas discussões e tomadas de decisão. Neste caso o parceiro utiliza estratégias voltadas para a promoção;
- Protetor, no qual o parceiro procura esconder os problemas, a fim de a pessoa não pensar sobre a doença e não falar sobre a mesma;
- Superprotetor, quando o parceiro subestima as capacidades da pessoa e acaba dando apoio que seria desnecessário, fazendo pelo outro aquilo que ele próprio poderia fazer.

Estes dois últimos comportamentos de apoio são mais voltados para a prevenção.

O apoio social é um dos fatores psicossociais que mais contribuem para o equilíbrio emocional da pessoa de forma a manter o seu funcionamento perante uma situação de crise (37).

Na perspetiva de Bastos (48) *“O nível de suporte social é um dos mais fortes fatores preditores da adesão. Pessoas que têm fortes relações interpessoais, nomeadamente o facto de viverem com alguém, está associado a um maior nível de adesão, enquanto as pessoas que vivem isoladas têm maior dificuldade em seguir as recomendações terapêuticas”*.

1.6.3 Estilos de Gestão do Regime Terapêutico

Bastos concluiu no seu estudo longitudinal do tipo multicasos, com base no modelo de Backman & Hentinen (4), que “existe uma forte relação entre vários tipos de autocuidado e a atitude da pessoa face ao regime terapêutico” (1).

O autocuidado de acordo com Backman & Hentinen (4), não deve ser encarado como uma parte separada da pessoa, pois esta é única, tem um passado e prevê um futuro. Este deve ser encarado enquanto atitude geral da pessoa face aos cuidados de saúde, face à doença e à sua forma de viver e não apenas como uma atitude racional para manter a saúde. Deste estudo, realizado na Finlândia recorrendo à *Grounded Theory*, emergiram alguns pressupostos que nos ajudam a compreender porque é que, face à mesma situação ou necessidade, as pessoas têm diferentes respostas, ou atitudes de autocuidado. O modelo apresentado aponta quatro categorias de autocuidado: autocuidado responsável, autocuidado formalmente guiado, autocuidado independente e autocuidado abandonado - diferenciados face às condições para a ação e significados.

Com base neste modelo, Bastos (1) desenvolveu um conceito: “os estilos de gestão do regime terapêutico”. Estes estilos, têm sensivelmente a mesma denominação que os perfis de autocuidado de Backman & Hentinen e dizem respeito às atitudes das pessoas face à doença, à gestão do seu regime terapêutico, à sua relação com o sistema de saúde, e a forma como cada um vivencia a transição saúde/doença. O perfil abandonado foi substituído pelo termo estilo autocuidado negligente, pois, segundo a autora, o termo negligente em termos semânticos, espelha melhor o que se pretende transmitir, num contexto de um autocuidado específico que é a gestão do regime terapêutico (1).

Assim sendo, tendo em conta o estilo de gestão do regime terapêutico da pessoa, o enfermeiro poderá ajustar as suas intervenções para conseguir antecipar uma maior vulnerabilidade ou resiliência à doença pelas pessoas e trabalhar no sentido de melhor gestão da sua saúde (1).

O estilo de gestão do regime terapêutico negligente é aquele que os profissionais de saúde frequentemente identificam de “não aderente” às consultas, exames ou medicação e caracteriza-se por:

- Relação com os cuidados de saúde: negligente, tanto na saúde como na doença, com recusa dos tratamentos aconselhados, falta às consultas e não realização dos exames quando necessário. Por outro lado, sobre utilizam os serviços,

nomeadamente os serviços de urgência. Apesar da sua personalidade dependente prezam a sua autonomia, esta é bem vincada por ser definida por fazerem o que querem, quando querem, não aceitando ser controlados;

- Relação com os profissionais de saúde: geralmente do tipo procura/fuga. Dependendo da forma como a pessoa se sentiu tratada, percecionou a competência técnica e atitude dos mesmos;
- Comportamentos de saúde/doença: com uma identidade de pessoa doente que vive da doença. Frequentemente associado a comportamentos autodestrutivos, manifestado por uso de substâncias como o álcool e uso abusivo de medicação, ou sua privação, assim como abstinência alimentar, pelo desprezo pela vida;
- Locos de controlo: externo – desresponsabilização pelas suas ações, considerando sempre que a responsabilidade é de outrem, do destino, da doença, dos médicos, de Deus/diabo;
- Indicadores negativos face ao controlo da doença e dos seus sintomas. Não procuram informação nem se mostram disponíveis para recebê-la, desconhecem o tratamento e desconhecem parâmetros de autovigilância como o peso, a tensão arterial ou a glicemia, ou seja não monitorizam efeito dos comportamentos, nem os seus resultados;
- Sentimentos predominantes: de tristeza, vergonha e falta de esperança;
- Projeto de vida: viver o dia-a-dia (1).

O estilo de gestão do regime terapêutico formalmente guiado é aquele que os profissionais de saúde frequentemente identificam de “aderentes” aos “seus ensinamentos” e caracteriza-se por:

- Relação com os cuidados de saúde: de concordância, cumprindo todas as indicações que lhes são dadas. Avaliam os resultados simples e efetuam registos sistemáticos (tensão arterial (TA), PGC), mas não sabem interpretar os resultados, podendo saber, ou não, valores de referência;
- Relação com os profissionais de saúde: é marcada pela confiança e caracterizada qualitativamente de boa a excelente. Esta relação é percecionada com uma fonte de suporte. Contudo, trata-se de uma relação assimétrica, em que o cliente assume um papel passivo e valoriza as ações do profissional de saúde como o único perito da situação;
- Comportamentos de saúde/doença: caracterizado por ser pouco flexível na gestão do regime terapêutico, pois são detentores de conhecimento relacionado com atividades do tipo instrumental, sabendo o que fazer e como o fazer, mas pouco

sobre o porquê de o fazerem, o que leva a terem dificuldade em adaptar-se a novas situações. Os regimes terapêuticos são essencialmente restritivos baseados, sobretudo, em comportamentos proibitivos;

- Locos de controlo: divergente, pois pode ser interno com traços de responsabilidade independente mas que por outro lado, no que concerne a aspetos relacionados com a saúde têm um locus de controlo externo, pois acreditam que quem sabe sobre a sua saúde/doença são os profissionais de saúde; como podem ter um locus de controlo externo tanto de personalidade como nos aspetos de saúde/doença;
- Face ao controlo da doença e dos sintomas caracterizam-se pela forma regular como cumprem as indicações que lhes são dadas, contudo se ocorrer alguma situação imprevista, uma vez que não dominam as razões subjacentes para as diversas tarefas do autocuidado, podem não saber resolvê-las;
- Sentimentos predominantes: solidão, tristeza e medo;
- Projeto de vida: manutenção, ir vivendo o dia-a-dia (1).

O estilo de gestão do regime terapêutico independente caracteriza-se por:

- Relação com os cuidados de saúde: autodeterminada;
- Relação com os profissionais de saúde: é marcada pela desconfiança e são muito independentes, críticos e exigentes relativamente aos profissionais;
- Comportamentos de saúde/doença: com uma identidade de pessoa que vive com doença, pois refutam a condição de pessoa doente. Tendem a querer manter a sua vida da mesma forma tal como a conheciam antes de uma situação de doença ou de envelhecimento. Podem usar estratégias de *coping* centradas na negação ou evitamento. Atribuem uma importância relativa à doença e à gestão do regime terapêutico e não têm dificuldades no domínio instrumental. Nem sempre há concordância entre as prescrições/indicações e as suas ações. Cumprem as indicações conforme a sua perceção de ser benéfica para a gestão da sua saúde/doença. Automedicam-se quando consideram necessário;
- Locos de controlo: interno;
- Indicadores negativos face ao controlo da doença, uma vez que os profissionais de saúde tendem a desconfiar do incumprimento do regime terapêutico por parte dos pacientes, prejudicando a sua relação, para além de que, esta descredibilização leve a que seja retirada autonomia ao paciente, sobretudo no que concerne à medicação, pela requisição de um prestador de cuidados, para

controlar a situação. Apresentam também falsas crenças, nomeadamente de autoeficácia;

- Sentimentos predominantes: otimismo, coragem;
- Projeto de vida: valorização da vida (1).

O estilo de gestão do regime terapêutico responsável é caracterizado por uma atitude mais pró-ativa e com maior envolvimento na saúde/doença da pessoa e caracteriza-se por:

- Relação com os cuidados de saúde: de proximidade, com cuidados de manutenção e/ou prevenção;
- Relação com os profissionais de saúde: de confiança. O suporte e apoio fornecido à informação e decisão influenciam a gestão de emoções e aumentam a consciencialização da situação. Para esta consciencialização necessitam de tempo e informação os quais exigem que seja detalhada e coerente;
- Comportamentos de saúde/doença: de aceitação do seu estado de saúde. Têm consciência das suas limitações e dos riscos. Mantém cuidados de prevenção e de manutenção consciente;
- Locos de controlo: interno, com fé em si próprio, nos profissionais de saúde, nos tratamentos, em Deus e nos que os suportam (suporte social – família);
- Indicadores positivos face ao controlo da doença e seus sintomas, pois são pessoas pró-ativas com crenças favoráveis ao processo, de suporte social, autoeficácia e autodeterminação;
- Sentimentos predominantes: otimismo e esperança;
- Projeto de vida: apreço pela vida e projetos para o futuro, que reformulam de acordo com as necessidades inerentes à sua condição (1).

Bastos (1) considera que os estilos de gestão do regime terapêutico não são estanques, compartimentados e/ou isolados. Pelo contrário, verifica-se por exemplo que o estilo independente se move entre o estilo responsável e o negligente, variando de acordo com o nível de flexibilidade que adota, o nível de tentação a que é sujeito quer pelo contexto social em que está inserido, quer pelas tentações a que se permite, nomeadamente os prazeres. Outras variáveis que são tidas em conta pela autora nesta variação entre estilos são os conhecimentos ou crenças sobre o regime terapêutico e controlo, mediado pelo autocontrolo ou a ausência do mesmo, quando se aproxima da tentação.

2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A fase metodológica é uma etapa fulcral do processo de investigação no qual se determina quais os meios, atividades e percurso a desenvolver, a fim de atingir os objetivos da investigação (49).

A gestão do regime terapêutico na pessoa com doença crónica é um tipo de autocuidado com uma importância acrescida, face ao impacto crescente que este tipo de doenças tem na vida da pessoa e das famílias.

Neste estudo, pretendemos caracterizar os participantes quanto aos estilos de gestão do regime terapêutico, através das atitudes e traços identitários e verificar a sua relação com as atividades de autocuidado. Esta padronização teórica pretende possibilitar aos Enfermeiros uma identificação de padrões de atitudes e comportamentos e desta forma sinalizar as pessoas que se encontram em maior risco de ter uma gestão ineficaz do seu regime terapêutico, identificando áreas de maior fragilidade, para possibilitar a integração de uma resposta direcionada e assim, melhorar o processo assistencial aos clientes.

2.1 Finalidade do Estudo

A realização deste trabalho de investigação teve como finalidade contribuir para a identificação e caracterização de pessoas com maior vulnerabilidade face à gestão do seu regime terapêutico, considerando as suas particularidades respetivamente aos traços identitários, às atitudes face à doença e regime terapêutico assim como comportamentos.

2.2 Objetivos do Estudo

Face a esta problemática, delinearão-se neste estudo os seguintes objetivos:

- Caracterizar a população com diabetes mellitus tipo 2 da Unidade de Saúde Familiar (USF) São Miguel Arcanjo – Rebordosa, de acordo com as variáveis de atributo;
- Identificar o estilo de gestão do regime terapêutico dos utentes com diabetes mellitus tipo 2 da USF São Miguel Arcanjo – Rebordosa;
- Caracterizar as atividades de autocuidado com a diabetes dos utentes com diabetes mellitus tipo 2 da USF São Miguel Arcanjo – Rebordosa;
- Verificar a relação entre o estilo de gestão do regime terapêutico e as atividades de autocuidado com a diabetes dos utentes com diabetes mellitus tipo 2 da USF São Miguel Arcanjo – Rebordosa;

2.3 Desenho do Estudo

Nesta investigação, efetuou-se um estudo transversal, de caráter descritivo-correlacional pois tem como objetivo examinar as relações entre variáveis, inserido num paradigma quantitativo (49).

2.4 População e Amostra

A presente investigação teve como população alvo o grupo de pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, inscritos na USF onde decorreu o estudo, durante o período da sua elaboração.

Os Enfermeiros documentam a informação num aplicativo informático – sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE), no qual é possível aceder ao processo clínico em função de “programas de saúde”. Um destes programas é “Grupo de risco: Diabetes”. O programa “Grupo de risco: Diabetes” (tipo 1 e tipo 2) inclui cerca de 670 utentes na USF

São Miguel Arcanjo. A amostra para este estudo foi constituída com parte destes utentes. Atendendo ao facto de considerarmos que o momento de colheita de dados deveria estar harmonizado com a deslocação do utente à USF para uma consulta programada seria benéfica, uma vez que não imputaria custos acrescidos ao utente nem representaria uma alteração significativa à dinâmica de funcionamento da própria USF, foi constituída uma amostra de conveniência - “ por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos” (49). Assim, os participantes foram selecionados à medida que se apresentaram na USF e até a amostra atingir o tamanho que se considerou equilibrada face aos objetivos e às limitações temporais impostas pelo processo académico em curso ($n = 100$). Os critérios foram: ter idade superior a 18 anos; ter diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2; ter capacidade cognitiva e de interação; ser capaz de fornecer informação e aceitar participar no estudo.

2.5 Método de Recolha de Dados

Pretende-se com este subcapítulo explanar os instrumentos de recolha de dados utilizados, a forma como foi feita a colheita de dados junto dos participantes e o tipo de tratamento e análise dos dados realizados.

A recolha de dados foi da responsabilidade de duas mestrandas do XX Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do ICBAS 2012/2014, parte constituinte da equipa de enfermagem da USF que serve de contexto ao estudo, sendo uma delas a investigadora principal deste estudo, tendo sido realizada fora do horário de trabalho.

2.5.1 Instrumentos de Recolha de Dados

A colheita de dados compreendeu a utilização de três instrumentos (formulários): um instrumento que visa obter dados sociodemográficos e informações clínicas relevantes para o estudo; um instrumento de caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico, e por último, a escala de atividades de autocuidado com a diabetes (CAAD) apresentados nos anexos I, II e III, respetivamente. Estes instrumentos serão analisados quanto à consistência interna através do *alfa de Cronbach* que, através de uma estimativa matemática baseada na consistência internados dos construtos, nos dão a

indicação relativamente à fiabilidade de um instrumento. Estes valores poder ser classificados da seguinte forma: inadmissível (alfa <0.6); fraca (alfa entre 0.6 e 0.7); razoável (alfa entre 0,7 e 0,8); boa (alfa entre 0.8 e 0.9) e muito boa (alfa $> 0,9$) (50).

2.5.2 Instrumento de Caraterização Sociodemográfica e Clínica

O instrumento de caraterização sociodemográfica e clínica foi elaborado no sentido de permitir identificar e caraterizar a população quanto às variáveis sociodemográficas (sexo; idade; estado civil...) e clínicas (número de anos de diagnóstico da diabetes; idade na altura em que foi diagnosticada a diabetes; vigilância da diabetes...) e, que também nos vão permitir a realização de tratamento estatístico descritivo e inferencial.

2.5.3 Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes

A Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes teve origem na escala "*Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure - SDSCA*" e foi traduzida e adaptada culturalmente para Português em 2004 (51).

No estudo de Bastos (51) no qual se procedeu à tradução e adaptação cultural para Português da presente escala, o valor de *alfa de Cronbach* apurado variou entre 0,68 e 0,36, tendo desta forma demonstrado ter uma consistência interna razoável e sensível à mudança. Trata-se de uma escala de fácil interpretação, uma vez que está operacionalizada em dias da semana, de 0 a 7, refletindo comportamentos concretos na semana que antecede a sua aplicação. O 0 corresponde ao menos desejável e o 7 ao mais desejável.

Este instrumento está agrupado em dimensões: "Alimentação geral"; "Alimentação específica"; "Atividade física"; "Monitorização da glicemia capilar"; "Cuidados com os pés"; "Medicação" e "Uso de tabaco". A dimensão "Uso de tabaco" não pontua da mesma forma, pelo que o tratamento estatístico será efetuado de forma diferenciada. No que diz respeito aos itens correspondentes à "Alimentação específica" sendo inicialmente o melhor resultado o menor valor, foram recodificados e invertidos, para pontuarem no mesmo sentido dos restantes itens da escala

O resultado estatístico do coeficiente do *alfa de Cronbach* da escala de autocuidado com diabetes no presente estudo, com 18 itens, foi de 0,50. Foi igualmente analisado o *alfa de Cronbach* das sub-escalas, apresentando a dimensão “alimentação geral” um *alfa de Cronbach* de 0,46, a “alimentação específica” $\alpha=0,37$, a “atividade física” $\alpha=0,73$, a avaliação da glicemia capilar $\alpha=0,79$ e a dimensão “cuidados com os pés” $\alpha=0,44$. Assim, o *alfa de Cronbach* varia entre 0,37 e 0,73, o que revela que consistência interna aceitável do instrumento no presente estudo e supera a do estudo de Bastos (48). Estes achados poderão estar relacionados com o número de itens da escala e por expressar cinco autocuidados diferentes e que podem estar pouco relacionados entre si.

Pretende-se não apenas caracterizar a população em estudo quanto aos comportamentos de autocuidado com a diabetes, como também perceber se existe relação entre estes indicadores e o estilo de GRT.

2.5.4 Instrumento de Caracterização do Estilo de Gestão do Regime Terapêutico

O instrumento de caracterização do estilo de GRT está a ser utilizado em diferentes contextos a fim de proceder à sua validação. Baseia-se na teoria explicativa sobre o estilo de gestão do regime terapêutico (52). Este instrumento foi operacionalizado com uma escala do tipo *likert* e dada a natureza multidimensional do conceito, este instrumento é constituído por três partes: duas de autorrelato, aplicados por entrevista, nomeadamente o “Questionário dos traços identitários e das atitudes face à doença e ao regime terapêutico” e “Perceção de comportamento face ao regime terapêutico” e, uma terceira parte de “caraterização do estilo de gestão do regime terapêutico na perceção do enfermeiro”. A primeira parte utiliza uma escala de concordância semântica que varia entre 0 e 4 (Discordo totalmente – Concordo totalmente). A segunda utiliza uma escala de frequência face a um determinado comportamento, variando entre 0 e 4 (Nunca – Sempre) e a terceira, utiliza uma escala de frequência face a um determinado comportamento, variando entre 0 e 4 (Nunca – Sempre) e diz respeito à perceção do enfermeiro face à gestão GRT da pessoa. Neste relatório não será trabalhada a 3ª parte do questionário.

No sentido de uniformizar e facilitar a sua aplicação, este instrumento dispõe de instruções escritas (Anexo IV). Foi realizado um pré-teste, a uma população diferente da população alvo, de forma a avaliar a clareza e compreensão das perguntas.

Do resultado da aplicação deste instrumento, emerge a caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico, sendo espetável a coexistência de mais do que um estilo, pelo que a análise dos resultados do instrumento não é imediata. Estes estilos ou perfis têm relação com a atitude face à doença e regime terapêutico, a relação com o sistema de saúde e traços identitários e, de forma mais global, com a forma como é vivida a transição saúde/doença (1,4).

O resultado global estatístico do *alfa de Cronbach* deste instrumento, com 56 itens foi de 0,71. Foi igualmente analisado o *alfa de Cronbach* das sub-escalas, apresentando o “Questionário dos traços identitários e das atitudes face à doença e ao regime terapêutico” um *alfa de Cronbach* de 0,63 e a “Perceção de comportamento face ao regime terapêutico” de 0,48. Este instrumento é desta forma considerado fiável e preciso. Permite-nos avaliar o estilo de GRT e apesar de não nos disponibilizar de imediato essa informação, revelou ter elevada utilidade clínica, uma vez que permite identificar as pessoas em maior risco de gestão ineficaz do regime terapêutico.

Um dos objetivos deste estudo consiste em identificar o estilo de gestão do regime terapêutico da amostra.

Os itens específicos associados a cada um dos estilos de GRT, permitem-nos a sua distinção (tabela 1). De forma a facilitar a identificação a que parte do instrumento correspondem os diferentes itens, optámos anteceder cada item com o número 1 a primeira parte do instrumento (101;102;103...) e com o número 2 a segunda parte do instrumento (201;202;203).

Tabela 1 – Itens específicos por estilo de GRT

Estilo de GRT	Item
Estilo de GRT Responsável	103; 105; 106; 107; 108; 109; 116; 118; 121; 123; 127; 129; 133; 134; 139; 141; 201
Estilo de GRT Formalmente Guiado	101; 102; 104; 110; 111; 114; 120; 122; 142; 143; 144; 210; 211; 212
Estilo de GRT Independente	125; 140; 145; 202; 208
Estilo de GRT Negligente	112; 117; 119; 124; 128; 130; 131; 203; 206

Este instrumento foi operacionalizado entre 0 e 4. A partir das questões que são relativas a cada estilo de GRT, calculámos os *scores* médios (ignorando os nulos), de cada um dos estilos de GRT, para cada um dos participantes do nosso estudo. A cada participante foi assim atribuído um *score*, compreendido entre 0 e 4, numa escala quantitativa. A

identificação do estilo de GRT final do participante, diz respeito à análise dos quatro scores respetivos a cada estilo de GRT. Os restantes itens, que não são específicos de nenhum dos estilos de GRT, não foram associados a nenhum deles, contudo, fazem parte integrante do instrumento. Assim, definimos as seguintes categorias para categorizar o universo dos casos considerados “puros”, considerando critérios idênticos aos usados Rodrigues (53) e Sequeira (54).

Responsável / Formalmente Guiado / Independente / Abandonado – casos que possuem um *score* $\geq 3,5$ num estilo específico de GRT e nos restantes estilos um *score* < 2 .

No sentido de aumentar a possibilidade de identificação do estilo de GRT dos participantes, optámos por definir critérios para os casos no qual existe predominância de um estilo GRT, mas não com um *score* suficiente para caracterização como “puro”. Assim, definimos as seguintes categorias para o categorizar o universo dos casos considerados “predominantemente responsáveis/independentes/formalmente guiados e negligentes”. O estilo de GRT resulta da análise dos quatro *scores* em conjunto, sendo o estilo predominante o mais elevado.

Predominantemente Responsável - casos que possuam um *score* ≥ 3 no estilo de GRT responsável e no estilo de GRT formalmente guiado, independente e negligente $< 2,5$.

Predominantemente Independente - casos que possuam um *score* ≥ 3 no estilo de GRT independente e no estilo de GRT responsável, formalmente guiado, e negligente $< 2,5$.

Predominantemente Formalmente Guiado - casos que possuam um *score* ≥ 3 no estilo de GRT formalmente guiado e no estilo de GRT responsável, independente, e negligente $< 2,5$.

Predominantemente Negligente - casos que possuam um *score* ≥ 3 no estilo de GRT negligente e no estilo de GRT responsável, formalmente guiado, e independente $< 2,5$.

Perante a possibilidade de identificação de estilos no qual ocorra o predomínio simultâneo de 2 ou mais estilos criamos o grupo dos estilos considerados “mistos”:

Responsável/Formalmente guiado: casos que possuam um *score* ≥ 3 no estilo de GRT responsável e no formalmente guiado e no estilo de GRT independente e negligente $< 2,5$.

Responsável/Independente: casos que possuam um *score* ≥ 3 no estilo de GRT responsável e no independente e no estilo de GRT formalmente guiado e negligente $< 2,5$.

Responsável/Negligente: casos que possuam um *score* ≥ 3 no estilo de GRT responsável e no negligente e no estilo de GRT independente e formalmente guiado $< 2,5$.

Formalmente Guiado/Independente: casos que possuam um *score* ≥ 3 no estilo de GRT formalmente guiado e independente e no estilo de GRT responsável e no negligente $< 2,5$.

Independente/Negligente: casos que possuam um *score* ≥ 3 no estilo de GRT independente e negligente e no estilo de GRT responsável e no formalmente guiado $< 2,5$.

Responsável/Formalmente guiado/Independente: casos que possuam um *score* ≥ 3 no estilo de GRT responsável, no formalmente guiado e no independente e no estilo de GRT negligente $< 2,5$.

Responsável/Formalmente guiado/Negligente: casos que possuam um *score* ≥ 3 no estilo de GRT responsável, no formalmente guiado e no negligente e no estilo de GRT independente $< 2,5$.

Responsável/Independente/Negligente: casos que possuam um *score* ≥ 3 no estilo de GRT responsável, no independente e no negligente e no estilo de GRT formalmente guiado $< 2,5$.

Formalmente guiado/Independente/Negligente: casos que possuam um *score* ≥ 3 no estilo de GRT formalmente guiado, no independente e no negligente e no estilo de GRT responsável $< 2,5$.

Responsável/Formalmente guiado/Independente/Negligente: casos que possuam um *score* ≥ 3 no estilo de GRT responsável, no formalmente guiado, no independente e no negligente

Nos restantes participantes, no qual se verificam *scores* elevados em vários itens correspondentes a estilos diferentes, o estilo de GRT foi denominado de estilo indeterminado.

A aplicação do instrumento de caracterização do estilo de GRT não possibilita a determinação de um *score* final mas sim um *score* em cada um dos estilos. A análise desses quatro *scores* possibilita-nos a obtenção do estilo de GRT final.

2.6 Variáveis em Estudo

De acordo com Fortin (49) aos conceitos utilizados num estudo, passam a chamar-se variáveis e desta forma passam a ser definidas de forma operacional e a permitir a sua medida. As variáveis podem ser qualitativas ou quantitativas. Uma vez que se trata de um estudo descritivo-correlacional, procedemos a uma análise descritiva univariada, que permite reunir os dados e desta forma descrever a variável de acordo com a sua mediana, média ou o desvio padrão e a uma análise descritiva bivariada, que possibilita a caracterização da relação entre duas variáveis em simultâneo, através de quadros de contingências e de coeficientes de correlação.

Utilizando a terminologia proposta por Stevens¹ as variáveis podem ser classificadas da seguinte forma: nominais, ordinais, intervalares e proporcionais ou de razão (55). No quadro 2 estão apresentadas as variáveis estudadas, assim como a sua tipologia. Este processo de identificação e reflexão sobre as variáveis em estudo é crucial, uma vez que segundo o tipo de variável em estudo, poderão ser realizados determinados tipos de testes.

¹ Stevens, S. S. (1946). On the theory of scales of measurement. Science, 103(2684), 677-680.
Doi:10.1126/science.103.2684.677

Variáveis	Tipo	Valores
Sexo	Qualitativa, Nominal	Masculino/feminino
Idade	Quantitativa	Em anos
Estado civil	Qualitativa, Nominal	Casado/união de facto Viúvo Solteiro Divorciado
Escolaridade	Quantitativa	Em anos
Situação profissional	Qualitativa, Nominal	Empregado(a) Desempregado(a) Reformado(a) ou aposentado(a) Outro
Com quem vive	Qualitativa, Nominal	Cônjuges Cônjuges e filhos Sozinho Outros
Vigilância da diabetes	Qualitativa, Nominal	USF Hospital USF + hospital Sem vigilância
Itens relativos às atividades de autocuidado com a diabetes	Quantitativas, nominal	Dias da semana: de 0 – nunca, a 7 – todos os dias
Itens relativos aos traços identitários e das atitudes face à doença e ao regime terapêutico”	Qualitativa, Ordinal	0 – Discordo totalmente 1 – Discordo parcialmente 2- Não concordo nem discordo 3- Concordo parcialmente 4 – Concordo totalmente
Itens relativos à percepção de comportamento face ao regime terapêutico	Qualitativa, ordinal	0 – Nunca 1 – Raramente 2 - Às vezes 3 - Quase sempre 4 – Sempre

Quadro 2 - Variáveis em estudo

2.7 Procedimentos de Análise dos Dados

No sentido do tratamento e análise dos dados recolhidos, foi elaborada uma base de dados, onde estes foram inicialmente inseridos utilizando a aplicação informática *Statistical Package for Social Sciences®* (SPSS®).

Posteriormente e de acordo com o tipo de variável em estudo, foram selecionados os testes estatísticos. Os dados foram analisados e tratados através dos procedimentos de estatística descritiva e inferencial. Os testes descritivos utilizados foram de tendência central e de dispersão e os testes de estatística inferencial foram de associação: através do coeficiente de correlação de *Pearson*, do coeficiente de correlação de *Spearman* e do

Qui-Quadrado e de diferenças: através do teste t e da análise da variância (ANOVA), adequado à natureza das variáveis. A identificação dos estilos de gestão do regime terapêutico de cada participante foi realizada através do cálculo de *scores* médios, para cada um dos estilos teóricos. Procedemos ainda à análise estatística da fidelidade dos instrumentos, recorrendo ao cálculo estatístico do *alfa de Cronbach*.

2.8 Considerações Éticas

A prática de investigação prevê o respeito de princípios éticos. Uma vez que neste estudo foram utilizados instrumentos de colheita de dados elaborados por outros investigadores, foi efetuado o pedido de utilização desses instrumentos aos respetivos autores (Anexo IV).

A realização de estudos de investigação com foco no comportamento e atitudes humanas, prevê uma interação entre o investigador e os participantes, pelo que requer o direito à privacidade, que foi assegurado pela garantia da confidencialidade dos dados obtidos.

Uma vez que os investigadores têm acesso a estes dados, de forma a assegurar o seu anonimato, foi criado um sistema de codificação dos participantes, ficando apenas o investigador principal conhecedor da relação dados/caso.

O princípio de autonomia foi igualmente assegurado através do respeito pela decisão de participar, sem que daqui decorresse qualquer sanção ou prejuízo para a pessoa, após explicação do teor do estudo a cada um dos possíveis participantes.

Foi solicitado a todos os participantes a assinatura do termo de aceitação (Anexo V) e, perante situações de analfabetismo foi pedido a outra pessoa para ler em voz alta e assinar, enquanto testemunha, por delegação do participante.

3 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, pretendemos apresentar e discutir os resultados obtidos. Optámos por reunir a apresentação e a discussão dos resultados no mesmo capítulo a fim de explanar os achados de uma forma mais compreensível. Iniciamos com a caracterização da amostra, descrevemos o autocuidado com a diabetes dos participantes e passamos por uma caracterização e descrição do estilo de gestão do regime terapêutico, tendo por base as orientações da autora principal deste conceito. Ao longo deste capítulo será apresentada a análise exploratória realizada, a fim de verificar as diferenças e associações entre as diversas variáveis em estudo.

3.1 Caracterização da Amostra

A amostra foi constituída por 100 participantes que preencheram os critérios de inclusão anteriormente apresentados. Pretende-se, de seguida, descrever os dados de caracterização de acordo com as variáveis sociodemográfica e clínicas.

3.1.1 Perfil Sociodemográfico dos Participantes

Das características que nos permitem descrever os participantes deste estudo, as variáveis nominais “sexo”, “estado civil” e “com quem vive” foram agrupadas e estão apresentadas na tabela 2. Os dados estão tabelados segundo a frequência absoluta e relativa. A amostra é constituída predominantemente por pessoas do sexo masculino (53 dos 100 casos), o que está de acordo com o relatório do observatório nacional da diabetes (OND) segundo o qual, em Portugal, há efetivamente mais homens do que mulheres com o diagnóstico de diabetes. A maioria dos participantes é casada ou em união de facto (75 dos 100 casos), vivendo exclusivamente com os cônjuges (42) ou com este e filhos (31 dos 100 casos). Dos 47 participantes do sexo feminino, 12 são viúvas,

dado que poderá justificar o facto que, da totalidade dos participantes que vivem sozinhos (11) a maioria serem mulheres (8).

Tabela 2- Caracterização da amostra quanto a características demográficas sexo, estado civil e com quem vive

Sexo	n	(%)
Feminino	47	47%
Masculino	53	53%
Total	100	100%
Estado civil		
Casado/união de facto	75	75%
Viúvo	16	16%
Solteiro	4	4%
Divorciado	5	5%
Total	100	100%
Com quem vive		
Cônjuges	42	42%
Cônjuges e filhos	31	31%
Sozinho	11	11%
Outros	16	16%
Total	100	100%

A idade dos participantes varia entre os 34 e os 85 anos, tendo uma média de 63,3 e um desvio-padrão de 11,14. Verificando-se, portanto, que são maioritariamente adultos, estando a média inferior à idade considerada para o critério “idosos”.

Relativamente à escolaridade, a amostra é constituída por indivíduos sem formação escolar até indivíduos que completaram o ensino secundário. A maior parte dos participantes apresentam baixa escolaridade, variando entre 0 e 12 anos e sendo a média de 4,99. Verificámos que os homens apresentam uma média de 5,55 e as mulheres de 4,36 anos de escolaridade, sendo esta diferença estatisticamente significativa, $t(98) = -2.087$, $p=0.040$. Tal como no estudo de Hu (56), o nível de formação correlaciona-se negativamente com a idade, $r = -0,42$, $p < 0,001$. Pessoas mais idosas, apresentam um nível de formação mais baixo.

Quanto à situação profissional, os participantes foram agrupados em: população ativa - empregado(a) ou desempregado(a); população inativa - reformado(a) ou outro (estudantes ou domésticas). Podemos observar que, a situação profissional atual predominante dos participantes é estar reformado (53 dos 100 casos), compatível com a média de idades da amostra, sendo a maioria homens (35 dos 100 casos) e apenas 13 dos participantes do estudo se encontram empregados. A classificação de situação

profissional de “outro”, diz respeito às domésticas, sendo na maioria mulheres, que apresentou um número elevado, correspondendo a 44,7% das mulheres nesta amostra (tabela 3). A profissão predominante nos homens, é a de marceneiro, com 28 participantes, o que corresponde a 52,8% de todos os homens, resultado que se deve ao facto da USF se encontrar numa zona que se dedica particularmente à indústria de transformação da madeira.

Tabela 3 - Caraterização dos participantes quanto à situação profissional atual

Situação profissional atual	Total n=100		Homens n=53		Mulheres n=47	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Empregado(a)	13	13%	8	15,1%	5	10,6%
Desempregado(a)	10	10%	7	13,2%	3	6,4%
Reformado(a) ou aposentado(a)	53	53%	35	66,0%	18	38,3%
Outro (domésticos)	24	24%	3	5,7%	21	44,7%

No que diz respeito ao rendimento familiar dos participantes, 40% considera que este não é suficiente para adquirir alimentos e/ou medicamentos. De acordo com o relatório primavera 2014 (8) do Observatório Português do Sistema Nacional de Saúde (OPSNS), relativamente às despesas familiares, cerca de 62% das pessoas inquiridas afirmaram viver com um grau elevado de incerteza, não conseguindo fazer planos para o futuro. No que diz respeito à alimentação, 22,8% dos utentes inquiridos referiram como motivo principal para justificar as situações de alimentação insuficiente ou não aquisição de bens de consumo alimentar desejados ou necessários, a incapacidade económica. No entanto, a pobreza pode resultar na limitação do desenvolvimento pessoal, estando associado a uma maior vulnerabilidade na GRT (1).

Após a descrição sociodemográfica dos participantes passamos à caraterização de acordo com as variáveis clínicas dos mesmos.

3.1.2 Caraterização dos Participantes Quanto às Variáveis Clínicas

De forma a conhecermos a situação clínica dos participantes, iniciamos com a descrição de medidas descritivas da idade de diagnóstico e anos de diagnóstico da diabetes. Da totalidade da amostra, 58% foi diagnosticado com diabetes entre os 40 e os 60 anos e

uma média de idade à data do diagnóstico de aproximadamente 53 anos. A maioria dos participantes tem diabetes em média há 9 anos, com um desvio padrão de 8,61 anos.

Tendo em conta que a diabetes é considerada controlada para valores de HbA1C iguais ou inferiores a 6,5%, a maioria dos participantes deste estudo encontra-se com a diabetes controlada (65.3%). Problemas motivacionais são, provavelmente uma das razões mais importantes para o fraco controlo glicémico (41). Melhorar a autoeficácia em pacientes com diabetes mellitus tem demonstrado um efeito positivo sobre a mudança de comportamentos e influencia positivamente o controle glicêmico a longo prazo (36). No presente estudo, verificámos uma associação estatisticamente significativa entre a idade e o controlo da diabetes, $\chi^2(1) = 7,260$, $p = 0,007$. Enquanto nas pessoas não idosas (< 65 anos) 23,47% se encontra com a diabetes descontrolada (HbA1C > 6,5%), nas pessoas idosas (> 65 anos), a maioria (39.80%) encontra-se com a diabetes controlada (HbA1C ≤ 6,5%). A moda de HbA1C é de 6,35%, a média é de 6,51% e um desvio padrão de 0,93. Este achado é semelhante ao de Bastos (48) no qual a média de HbA1C foi de 6,4% e um desvio padrão de 1,9. Não se verificaram diferenças significativas entre a HbA1C relativamente ao estado civil ou peso.

Todos os participantes são vigiados em consulta da diabetes, sendo a maioria (95%) exclusivamente na USF (tabela 5). Este valor é próximo da realidade portuguesa que, segundo dados recentes divulgados no relatório do OND de 2013, a taxa de cobertura de vigilância médica das pessoas com diabetes nas USF é de 90% (13). O mesmo relatório apresenta como ponto negativo o aumento dos reinternamentos relacionados com a descompensação e complicações da diabetes, que no presente estudo não se verificou, visto que nenhum dos participantes reportou qualquer internamento ou recurso à urgência hospitalar no último ano. No estudo de Borda de Água (57) tal não se verificou, tendo 10% dos participantes referido já ter recorrido à urgência hospitalar ou SASU e 7,5% referido já ter tido internamentos por problemas relacionados com a diabetes.

Verificamos que apenas 1 participante era seguido exclusivamente no hospital e 4 simultaneamente no hospital e na USF. Dada a forma de contacto com os participantes, não encontramos nenhum que não efetuasse vigilância. No entanto, são as pessoas com maiores necessidades de cuidados de saúde, aquelas que, podem ser as menos capazes de procurar cuidados, processar a informação e mobilizar-se com sucesso no sistema de saúde (44).

No que diz respeito à necessidade de suporte de prestador de cuidados no cuidado com a diabetes, 18% dos participantes responderam afirmativamente. No que concerne à

coabitação com pessoas com o diagnóstico de diabetes, 24% dos participantes coabitam com pessoas com diabetes.

O valor de TA dos participantes foi de forma geral satisfatório, face à realidade portuguesa. No que diz respeito à TA sistólica, verificamos que 75% dos participantes apresentam uma média de 127mmHg e um desvio padrão de 17,41 e 85% dos participantes apresentam uma média de TA diastólica de 72mmHg, com um desvio padrão de 9,33. Segundo dados apresentados pelo relatório do OND de 2013, 35,7% das pessoas com diabetes, seguidas no SNS apresentam TA sistólica <130mmHg e TA diastólica <80mmHg (13).

Relativamente às variáveis que nos permitem caracterizar a amostra quanto ao peso: IMC e perímetro abdominal (PA), verificámos uma diferença estatisticamente significativa $t(98) = 3,34, p = 0,001$ no IMC em função do sexo. Estas variáveis foram recodificadas, sendo o IMC categorizado em “peso saudável”, “excesso de peso” e “obesidade” e o PA em “perímetro abdominal de risco” para os participantes do sexo masculino para valores acima de 102cm e para os participantes do sexo feminino para valores acima de 88cm. Verificamos que participantes do sexo feminino apresentam em média um IMC superior (32,70) ao dos participantes do sexo masculino, com uma média de 29,06. Da totalidade da amostra, apenas 5 participantes apresenta um peso saudável. Os restantes participantes apresentam excesso de peso (47%) e obesidade (48%) (tabela 4). Estes dados vão de encontro aos apresentados no relatório do observatório nacional da diabetes, no qual se verifica que, perto 90% da população portuguesa com diabetes apresenta excesso de peso ou obesidade (13). Esta está associada à inatividade física e a uma alimentação inadequada e é responsável pela resistência à insulina e consequentemente pelo descontrolo da diabetes, pelo aumento da glicose no sangue (13).

Tabela 4 - Caraterização da amostra quanto ao IMC

IMC	n	(%)
Peso saudável	5	5%
Excesso de peso	47	47%
Obesidade	48	48%
Total	100	100%

No que diz respeito ao perímetro abdominal, apenas uma participante do sexo feminino e metade dos participantes do sexo masculino (50,94%) apresentam um PA normal (tabela 5). A média do PA nos participantes do sexo masculino é de 104,06 e um desvio padrão de 11,50 e nos participantes do sexo feminino a média é de 107,34 e um desvio padrão de 13,07.

Tabela 5 – Caraterização da amostra quanto ao PA

	Sexo Masculino		Sexo Feminino	
	N	(%)	n	(%)
Perímetro abdominal de risco	26	49,06	46	97,87
Perímetro abdominal saudável	27	50,94%	1	1,87%
Total	53		47	

Relativamente ao tratamento não farmacológico da diabetes a maioria dos participantes considera que a alimentação (99%), o exercício físico (97%), a realização de PGC (100%), a vigilância dos pés (98%) e o controlo do stress (66%) fazem parte do tratamento da diabetes. Os participantes parecem ter consciência das mesmas, no entanto, os dados obtidos sobre as atividades de autocuidado com a diabetes não são coerentes com esta perceção, o que nos leva a penar que o comportamento é incongruente com o conhecimento.

Após termos realizado a caraterização da amostra de acordo com variáveis - sóciodemográficas e clínicas importa progredir para a caraterização da amostra quanto às atividades de autocuidado com diabetes e verificar a sua relação com as demais variáveis.

3.2 Caraterização dos Participantes Quanto às Atividades de Autocuidado com a Diabetes

Os resultados relativos às atividades de autocuidado gerais com a diabetes dizem respeito ao relato das atividades dos últimos 7 dias. Na tabela 6 estão apresentadas as medidas descritivas (tendência central e dispersão) das diversas dimensões gerais.

Tabela 6 - Atividades de autocuidado com a diabetes dos participantes

	n	Média	DP	Moda
Alimentação Geral	100	4,28	1,97	4,67
Alimentação específica	99	5,34	0,95	5,57
Atividade física	100	3,35	2,67	0,00
Monitorização da Glicemia	97	3,19	1,81	2,00
Cuidados com os pés	99	5,37	1,62	7
Medicamentos	97	6,65	1,33	7
Hábitos tabágicos	5	14,60	7,80	20

Uma parte da GRT da pessoa com diabetes mellitus passa por alterações no seu estilo de vida, nomeadamente a nível da alimentação e exercício físico, essenciais para minimizar potenciais complicações. Estas são na maioria das vezes o mais difícil de se atingir (29,30). Tal pode ser constatado no presente estudo. De uma forma geral, podemos observar na tabela anterior que a dimensão que apresenta uma média de dias maior é a dos “Medicamentos”, com uma média de 6.65 dias e um desvio-padrão de 1,33 (tabela 6). Tal como se constatou em outros estudos, consideramos que é mais fácil para a pessoa com diabetes, tomar medicação do que mudar hábitos de vida, com 90,72% a referir efetuar a toma da medicação diariamente. No estudo de Xu et al. (58) 80% dos participantes relataram efetuar a toma da medicação diariamente e também neste estudo esta foi a dimensão com maior adesão comparativamente às outras atividades de autocuidado. Assim como Bastos (48), também consideramos que este resultado possa estar relacionado com “a crença que a medicação tem no regime terapêutico do diabético um papel mais importante que a dieta ou o exercício físico”, relacionado com as conceções da doença e respetivos tratamentos, sendo a toma da medicação o único comportamento que consideram prescrito e por este motivo “obrigatório”.

A dimensão “monitorização da glicemia” apresenta uma média de dias menor, com uma média de 3,19 e um desvio padrão de 1,81. No entanto, o número de PGC efetuadas foram de encontro ao número de PGC que são recomendadas pelos profissionais de saúde. Não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre a realização da PGC e a recomendação dada pelos profissionais relativamente ao número de dias de PGC, $t(95) = 1,23$, $p = 0,22$.

Desta forma, a dimensão “atividade física” é a que apresenta uma média mais fraca, de 3,35 dias, com um desvio padrão de 2,67 e uma moda de 0 dias por semana.

No entanto, há uma relação positiva e estatisticamente significativa entre a soma de todas as dimensões da escala de autocuidado com a diabetes com a alimentação específica, $r = 0,33$, $p = <0,001$, com o exercício físico, $r = 0,59$, $p = <0,001$, com os cuidados com os pés, $r = 0,44$, $p = <0,001$, com a PGC, $r = 0,42$, $p = <0,001$ e com a toma da medicação, $r = 0,37$, $p = <0,001$. Assim, quanto maior a média geral das diferentes dimensões da escala, maiores serão os cuidados com as dimensões: “alimentação específica”, “exercício físico”, “cuidados com os pés”, com a “PGC” e com a “medicação”, o que nos permite considerar o score total da escala como representativo das CAAD em geral.

Por outro lado, verificou-se uma relação negativa significativa entre soma de todas as dimensões da escala de autocuidado com a diabetes e a idade de diagnóstico, $r = -0,22$, $p = 0,040$. Concluímos que quanto mais jovem era a pessoa aquando o diagnóstico de diabetes, melhor a média das atividades de autocuidado com a diabetes. Este resultado pode estar relacionado com uma maior perceção da gravidade ou com o facto de já terem diabetes há mais tempo e, por isso, terem maior preocupação com o controlo da doença. De qualquer forma, a idade de diagnóstico parece relacionada com o desenvolvimento de mestria.

3.2.1 Alimentação Geral

Relativamente à “alimentação geral”, a média é de 4,28 dias e um desvio-padrão de 1,97. Nos estudos de Bastos e Borda de Água (48,57) a média foi superior, de 5 dias da semana e um desvio padrão de 1,8 e 1,32 respetivamente. Não há diferenças estatisticamente significativas das médias entre os sexos, $r = 0,10$, $p = 0,36$, face à alimentação em geral: “seguir uma alimentação saudável”, “seguir um plano alimentar recomendado por um profissional” e “comer 5 ou mais peças de fruta e/ou legumes”.

A maioria dos participantes referiu realizar uma alimentação saudável 6 a 7 dias na semana anterior. Estes resultados vão de encontro com um dado culturalmente enraizado na população portuguesa, de que o Domingo é um dia de exceção, no qual o convívio familiar apela a um maior consumo de alimentos menos saudáveis, como doces e à ingestão de bebidas alcoólicas. Assim, no que diz respeito à “alimentação específica”, verificámos que 35% dos participantes relataram ter ingerido doces num dos dias e dos participantes que referiram ingerir bebidas alcoólicas fora da refeição, 38% relatam ter sido apenas 1 vez na semana anterior. Contudo, 28% dos participantes referiram “seguir

um plano alimentar recomendado” por um profissional de saúde diariamente e 31% referem nunca o ter feito, demonstrando o baixo efeito que as intervenções têm sobre o comportamento da pessoa (tabela 7).

No que diz respeito ao “consumo de cinco ou mais peças de fruta e/ou legumes”, 46% dos participantes referem ter consumido diariamente e 40% referem nunca tê-lo feito. Estes achados são próximos dos encontrados no estudo de Bastos (48) no qual 44,7% referiu ter consumido cinco ou mais peças de fruta e/ou legumes diariamente e 29,1% nunca. Segundo dados do INE (10) da balança alimentar portuguesa 2008-2012, a disponibilidade de frutos, frescos e de casca rija, de 2008 a 2012 apresentou um decréscimo de 10,6%. Este achado poderá estar relacionado com as opções tomadas pelos participantes, que, contrariam as indicações dadas nos diferentes grupos da roda dos alimentos. Em contrapartida, verificou-se um acréscimo do consumo dos produtos hortícolas de 5,8%.

Tabela 7 - Caracterização da frequência da amostra quanto à dimensão “Alimentação Geral”

Dias da semana	Seguir uma alimentação saudável		Seguir um plano alimentar recomendado		Comer 5 ou mais peças de fruta e/ou vegetais	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 – nunca	5	5%	31	31%	40	40%
1	4	4%	1	1%	-	-
2	6	6%	4	4%	-	-
3	7	7%	8	8%	4	4%
4	11	11%	7	7%	1	1%
5	8	8%	10	10%	1	1%
6	13	13%	11	11%	8	8%
7	46	46%	28	28%	46	46%
Total	100	100%	100	100%	100	100%

Verificamos que há uma correlação positiva significativa entre a alimentação geral e a alimentação específica, $r = 0,42$, $p = <0,001$, assim como com os anos de diagnóstico, $r = 0,23$, $p = 0,022$, pelo que, quanto mais anos de doença a pessoa tiver, maiores serão os cuidados com a alimentação em geral, assim como quanto maiores forem os cuidados com a alimentação geral, maiores serão os cuidados com a alimentação específica, o que corrobora o desenvolvimento de mestria.

3.2.2 Alimentação Específica

No que diz respeito à alimentação específica a média é de 5,34 dias e um desvio-padrão de 0,95, verificando-se uma média superior à “alimentação geral”, ou seja, maior preocupação com o que consideram estar diretamente relacionado com a diabetes. Verificamos que a maioria dos participantes ingeriu “pão às principais refeições” diariamente (56%) e apenas 28% refere nunca o ter feito. Este achado vai de encontro ao estudo de Bastos (48), no qual o pão à refeição principal foi um erro comum, que de acordo com a autora, está associado ao facto da população acreditar que o importante é não ultrapassar o consumo de dois pães por dia, independentemente de quando e que tipo de pão ingeriu. Contrariamente, no estudo de Borda de Água (57) 24,5% referiu comer pão às refeições diariamente e 59% refere nunca o ter feito.

O “consumo de diversos hidratos de carbono” (HC) na mesma refeição foi negado em 44% dos participantes e 7% referem tê-lo feito nos 7 dias anteriores. No que diz respeito ao “consumo de doces” 37% referiram nunca tê-lo feito e apenas 2% referem ter comido doces diariamente (tabela 8). Contrariamente, nos estudos de Bastos e Borda de Água (48,57) a percentagem de participantes que ingeriram doces diariamente foi muito elevado, com 58,3% e 39% respetivamente.

A “utilização de açúcar para adoçar as bebidas” foi negada na maioria dos participantes (75%), com apenas 14% a referir ter adoçado as bebidas com açúcar diariamente nos últimos 7 dias (tabela 8). Assim como no consumo de doces, os resultados obtidos são satisfatórios, relativamente aos resultados dos estudos de Bastos e Borda de Água (48,57), no qual uma percentagem de participantes muito elevada, 77,7% e 39% respetivamente, referiu ter utilizado açúcar para adoçar as bebidas diariamente (48,57).

O consumo de carnes vermelhas é, em aproximadamente metade da população, de uma ou duas vezes por semana, sendo que 13% refere nunca ter ingerido carnes vermelhas na última semana e 4% refere tê-lo feito diariamente (tabela 8). Estes valores poderão estar relacionados com a realidade atual portuguesa referente à disponibilidade de carne de bovino, que segundo dados do INE em 2012 apresentou os valores mais baixos dos últimos 10 anos (10). O estudo de Borda de Água realizado em 2012 apresentou valores aproximados, com 1% a referir nunca ter ingerido carne vermelha e 6% tê-lo feito diariamente. O que significa que embora teoricamente sejam comportamentos importantes para uma boa gestão do RT na diabetes, as pessoas fazem as suas opções

em função de outras variáveis, como o gosto pessoal e por isso estivessem tão pouco relacionados entre si.

Tabela 8 - Caracterização da frequência da amostra quanto à dimensão “Alimentação Específica”

	Comer carnes vermelhas	Pão a acompanhar as refeições	Misturar HC na mesma refeição	Mais de um copo de álcool à refeição	Comer doces	Adoçar bebidas com açúcar	Álcool fora das refeições
Dias da semana	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
0 – nunca	13%	28%	44%	78%	37%	75%	86%
1	26%	3%	19%	6%	35%	5%	5%
2	26%	3%	17%	4%	14%	3%	3%
3	19%	6%	4%	2%	9%	1%	1%
4	7%	3%	4%	1%	3%	1%	1%
5	4%	-	25	1%	-	1%	2%
6	1%	1%	3%	-	-	-	-
7	4%	56%	7%	8%	2%	14%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quando comparamos os participantes agrupados de acordo com a variável HbA1C: “com e sem descompensação da diabetes”, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas na comparação das médias de ambos os grupos relativamente à alimentação específica, $t(95) = 2,79$, $p = 0,049$. Ao contrário do esperado, participantes com a diabetes controlada relatam menores cuidados com a alimentação específica (média = 5,20) face a participantes com diabetes descontrolada (média = 5,60), facto que poderá estar associado a uma maior perceção da gravidade da doença e a um maior investimento nas diferentes áreas da GRT (tabela 9).

Tabela 9 - Diferenças dos participantes no que diz respeito ao controlo da diabetes e a alimentação específica

	Diabetes controlada	Diabetes descontrolada	t
	(n = 63)	(n = 34)	
Alimentação específica	Média (DP) 5.20(1,01)	Média (DP) 5.60(0,79)	(95) 2,79*

* $p < 0.05$

Observaram-se correlações positivas e significativas entre a alimentação específica e a toma de toma de medicação $r = 0,33$, $p < 0,001$. Uma maior adesão ao regime medicamentoso está associada a um maior cuidado com a alimentação específica.

O consumo de álcool dentro e fora das refeições apresentou valores satisfatórios face a outros estudos e à situação nacional. No estudo de Bastos (48) 42,7% dos participantes

referiram ingerir diariamente mais de um copo de vinho às refeições e 73,5% fora das refeições. No estudo de Borda de Água (57) 62,5% dos participantes referiram ingerir diariamente mais de um copo de vinho às refeições e 97,5% fora das refeições, enquanto no presente estudo, 78% dos participantes referiram nunca ter ingerido mais de um copo de qualquer bebida alcoólica às principais refeições nos últimos 7 dias e 86% refere não ter ingerido qualquer bebida alcoólica fora das refeições. De acordo com PNS 2011-2016 (9) com base nos dados recolhidos no 4º inquérito nacional de saúde (INS), 40,5% da população portuguesa (residente em Portugal Continental) referiu ter tomado pelo menos uma bebida alcoólica na semana anterior à entrevista, 24,5% referiu ter tomado bebidas alcoólicas todos os dias na semana anterior à entrevista. Os valores para consumos pontuais de 1 ou 2 dias vão de encontro aos dados obtidos no referido INS, que, durante a semana rondava os 11% em ambos os sexos.

3.2.3 Atividade Física

No que diz respeito à dimensão “atividade física”, a maioria dos participantes (50%) referiu ter praticado atividade física de pelo menos 30 minutos/dia nos últimos 7 dias e 30% referiu nunca ter praticado. Já a prática de “exercício físico específico” apresenta uma média mais baixa, com apenas 20% da população a referir ter uma atividade regular diária (tabela 10).

Tabela 10 - Caracterização da frequência da amostra quanto à dimensão “Atividade Física”

Dias da semana	Prática de atividade física		Exercício físico programado	
	N	(%)	N	(%)
0 – nunca	30	30%	50	50%
1	2	2%	3	3%
2	4	4%	6	6%
3	3	3%	6	6%
4	3	3%	6	6%
5	5	5%	5	5%
6	3	3%	4	4%
7	50	50%	20	20%
Total	100	100%	100	100%

Dos participantes que referiram não realizar qualquer exercício físico, 46% não o fazem por diversos motivos. Os motivos estão apresentados na tabela 11, quanto à sua frequência absoluta e relativa. O principal fator referido pela maioria dos participantes foi a dor (44,19%), seguido da vontade (falta de) (37,21%) (tabela 8). Não há correlação entre as dimensões “atividade física” e “exercício físico específico”, $r = 0,66$, $p = 0,48$.

Tabela 11 - Motivos para não praticar exercício físico

Motivos para não praticar exercício físico	N	(%)
Dor	19	44,19%
Vontade	16	37,21%
Fatores económicos	1	2,33%
Outros	7	16,28%
Total	43	100%

Assim como noutros estudos, nomeadamente nos estudos de Bastos e Borda de Água (48,57), a dimensão “atividade física” foi a que relevou uma média mais baixa e os resultados obtidos para a prática de atividade física diária foi de 45,6% e 39% respetivamente e de exercício físico específico de 18,4% e 1% respetivamente. Estes resultados poderão estar associados ao facto da idade de alguns participantes ser elevada, podendo constituir um fator limitativo, pelos aspetos ligados ao envelhecimento. Tal como no presente estudo a dor foi o motivo mais mencionado enquanto impedimento (48). De facto, no nosso estudo, verificamos que existe uma correlação negativa e significativa, $r = -0,23$, $p = 0,02$, entre a prática de exercício físico e a idade, assim como, com a idade de diagnóstico, $r = -0,26$, $p = 0,01$. Assim, quanto mais idosa a pessoa for e quanto mais velha a pessoa for no momento do diagnóstico, mais difícil é integrar a prática de exercício físico enquanto componente do regime terapêutico. Estes dados são também consonantes com a realidade portuguesa atual, pois, de acordo com os dados do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (9), em Portugal a percentagem de cidadãos a referir nunca realizar qualquer atividade física é de 36%, que supera em muito os valores da União Europeia (UE) que se encontra nos 14%.

Os participantes do sexo masculino referiram praticar mais exercício físico (66%) do que os do sexo feminino (42%). Estes dados também são consistentes com outros estudos realizados em Portugal, nomeadamente no estudo de Borda de Água (57), no qual os homens apresentaram uma média superior à das mulheres e essa diferença foi estatisticamente significativa e no âmbito do observatório nacional da atividade física, em 2011, na qual se verificou que existem diferenças entre sexos, principalmente com o envelhecimento. A prevalência de atividade física na população adulta portuguesa, entre homens e mulheres foi, respetivamente 76,3% e 63,7%. Na população idosa a diferença foi de 44,6% nos homens e de 27,8% nas mulheres (11).

3.2.4 Monitorização da Glicemia Capilar

A realização da monitorização da GC, operacionalizada em número de PGC, apresentou uma média de 3,19 dias e um desvio padrão de 1,81. Como já foi referido, esta foi a dimensão com uma média de dias menor, no entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a realização da PGC e a recomendação do número de dias de PGC pelos profissionais, $t(95) = 1,23$, $p = 0,22$. Assim sendo, tal como no estudo de Borda de Água (57) a frequência de realização de PGC foi ao encontro das recomendações dadas pelos profissionais de saúde, que vão ao encontro das particularidades de cada pessoa. Existem riscos associados à vigilância de GC, nomeadamente de depressão e de um ajuste inadequado quer farmacológico quer não farmacológico face aos resultados obtidos, com consequências indesejadas nos valores de glicemia (59).

A maioria dos participantes (56%) realizou a automonitorização da glicemia capilar 2 a 3 vezes por semana, sendo que 6% nunca realizou e 16% realizou a PGC diariamente (tabela 12). Contrariamente, no estudo de Bastos (48) a média de monitorização de glicemia capilar foi de 1,7 dias e um desvio padrão de 2,7, enquanto 27,2% dos participantes nunca realizaram a auto monitorização da GC e apenas 8,7% realizaram diariamente, parece que, com o tempo, tem existido uma maior consciencialização da necessidade de automonitorização da GC.

Tabela 12 - Caracterização da frequência da amostra quanto à dimensão “Monitorização da Glicemia”

Dias da semana	PGC		PGC recomenda	
	n	(%)	N	(%)
0 – nunca	6	6%	3	3,09%
1	10	10%	4	4,12%
2	37	37%	29	29,90%
3	19	19%	38	39,18%
4	6	6%	5	5,15%
5	4	4%	-	-
6	2	2%	-	-
7	16	16%	18	18,56%
Total	100	100%	97	100%

A realização das PGC na semana anterior está positivamente correlacionada e de forma quase significativa com os anos de diagnóstico, $r = 0,20$, $p = 0,051$. Maior realização de PGC está associada a uma maior duração da doença. Este resultado está de acordo com os obtidos por Xu et al. (58) no qual os participantes com uma maior duração da diabetes,

apresentaram um maior número de PGC diariamente, o que também pode ser um indicador de mestria no autocuidado com a diabetes.

No que diz respeito à realização da PGC em jejum, aproximadamente metade dos participantes realizaram 8 ou mais pesquisas em jejum no decorrer do último mês (56%), os quais apresentaram uma média de 17,27 dias e um desvio padrão de 8,43. Dos participantes que realizam 8 ou mais PGC em jejum, 75% apresentaram como valor mínimo 111mg/dl e como valor máximo 196mg/dl. Há uma correlação positiva significativa entre o número de PCG em jejum (>8 PGC), $r = 0,66$, $p < 0,001$, e a monitorização da GC nos últimos sete dias.

Não existe correlação estatisticamente significativa entre esta variável e os anos de diagnóstico, a idade na altura do diagnóstico, as habilitações literárias ou o tratamento da diabetes. Verificou-se que há uma diferença estatisticamente significativa entre o número de PGC em jejum e o controlo da diabetes, $t(96) = -2,514$, $p = 0,014$ (tabela 13). Os participantes que realizaram 8 ou mais PGC em jejum no último mês, apresentam valor de HbA1C superior aos participantes que realizaram menos de 8 PGC em jejum, no mesmo período. Assim, participantes com a diabetes descontrolada fazem mais PGC, dado que poderá estar relacionado com o facto de, por se encontrarem com a doença descontrolada, aumentar a preocupação e consciência da vulnerabilidade. Não existe relação entre esta variável e as variáveis habilitações literárias, anos de diagnóstico, idade na altura do diagnóstico, ou tratamento da diabetes

Tabela 13 - Diferenças na média do valor de HbA1C entre participantes que realizam mais de 8 PGC em jejum nos últimos 30 dias e menos de 8

	PGC em jejum < 8 avaliações últimos 30 dias	PGC em jejum ≥ 8 avaliações últimos 30 dias	<i>t</i>
HbA1C	(n = 49) Média (DP) 6,28 (0,724)	(n = 49) Média (DP) 6,74 (1,054)	(96) -2,514*

* $p < 0,01$

Verificou-se também uma diferença estatisticamente significativa entre o número de PGC em jejum e o rendimento familiar para alimentos e medicamentos, $t(54) = 2,112$, $p = 0,039$. Os participantes que consideram o seu rendimento familiar insuficiente realizam um maior número de PGC em jejum (tabela 14). No entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o rendimento familiar e a HbA1C, $t(41) = -0,829$, $p = 0,409$.

Tabela 14 - Diferenças entre os participantes com rendimento suficiente e insuficiente para alimentos e medicamentos ao nível do nº de PGC realizadas em jejum

	Rendimento familiar suficiente	Rendimento familiar insuficiente	t
Nº de PGC em jejum	(n = 34) Média (DP) 15,41 (7,91)	(n = 22) Média (DP) 20.14 (8,59)	(54) 2,112*

* $p < 0,05$

3.2.5 Cuidados com os Pés

Os cuidados com os pés apresentaram um resultado satisfatório com uma média de 5,37 e um desvio-padrão de 1,62. Comparativamente no estudo de Bastos (48) no qual os cuidados com os pés apresentaram uma média de 4 dias e um desvio padrão de 2,6. “Lavar os pés” foi o comportamento mais referenciado, com 86 dos 100 casos a referir realizá-lo diariamente, com valores aproximados de “*secar cuidadosamente os pés*” (77 dos 100 casos) (tabela 15) e assim como no estudo de Borda de Água, a dimensão menos valorizada é a do “*exame dos pés*” com 6,50% e no presente estudo 43,43%. Esta diferença de resultados é animadora e faz-nos pensar que, de acordo com os programas de saúde, os cuidados aos pés têm feito parte do plano de cuidados das pessoas com diabetes, o que contribui para uma maior consciencialização das pessoas com diabetes, face a esta problemática.

Tabela 15 - Caracterização da frequência da amostra quanto à dimensão “Cuidados com os Pés”

Dias da semana	Examinar os pés		Lavar os pés		Secar os pés	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 – nunca	37	37,37%	2	2%	5	5%
1	9	9,09%	-	-	3	3%
2	1	1,01%	1	1%	2	2%
3	6	6,01%	3	3%	4	4%
4	1	1,01%	4	4%	5	5%
5	1	1,01%	1	1%	1	1%
6	1	1,01%	3	3%	3	3%
7	43	43,43%	86	86%	77	77%
Total	99	100%	100	100%	100	100%

A maioria dos participantes da amostra refere não ter qualquer complicação relacionada com a diabetes (87%). A complicação mais relatada é a retinopatia diabética (10%) (tabela 16). Estes valores são muito próximos dos valores obtidos no estudo de Borda de

Água (57) com 91% dos participantes a referir não ter qualquer complicação decorrente da diabetes e sendo a complicação mais relatada a “visão” com 8% da amostra.

Tal como no estudo de Borda de Água (57) o relato de complicações referentes ao pé diabético apenas foi mencionado por 1 participante. A avaliação por parte dos Enfermeiros quanto ao risco de pé diabético dos participantes revelou que 95% dos participantes apresentam um baixo risco e 4% apresentam alto risco. Consideramos que a obtenção destes resultados se deve à técnica de amostragem selecionada, que nos remete para pessoas com vigilância da diabetes na USF, quase na sua totalidade, o que à partida nos remete para pessoas com maior interesse pela sua saúde não conseguindo integrar pessoas que encontrando-se sem vigilância da diabetes, poderão estar com maior risco de desenvolver complicações da diabetes, mas que não sendo detetadas antecipadamente, não serão tratadas.

Tabela 16 - Caraterização da amostra quanto ao relato de complicações da diabetes

Complicações da diabetes	N	(%)
Sem complicações	87	87%
Retinopatia	7	7%
Retinopatia + nefropatia	2	2%
Nefropatia	2	2%
Retinopatia + pés	1	1%
Cardiovascular	1	1%
Total	100	100%

3.2.6 Medicação

No que diz respeito ao tratamento farmacológico, a média foi de 6,65 e um desvio-padrão de 1,33. A maioria dos participantes da amostra realiza tratamento com antidiabéticos orais (ADO) (97%), dos quais 8% fazem em simultâneo tratamento com insulina. Apenas 3 dos participantes fazem exclusivamente insulina (tabela 17). A percentagem de pessoas tratadas com antidiabéticos orais é consideravelmente superior à média da população portuguesa que, de acordo com o relatório do Observatório Nacional da Diabetes de 2013, da totalidade de pessoas com diabetes, 48% são tratadas com antidiabéticos orais, 24% tratadas com insulina e 15% com ambos (13). A maioria dos

participantes faz medicação em duas tomas por dia. A toma de insulina era realizada pela totalidade da amostra nos 7 dias da semana. Estes resultados vão de encontro aos resultados de outros estudos, no qual a modalidade de tratamento com insulina apresenta uma maior adesão em relação aos ADOs, com uma diferença estatisticamente significativa (31,60). No estudo de Xu et al. (31) 14,8% realizaram tratamento com insulina com elevada adesão à mesma e os autores atribuem esta maior adesão ao facto das pessoas que se encontram a realizar este tipo de tratamento considerarem a sua condição mais grave e daí terem mais cuidados com a sua saúde.

Tabela 17 - Caracterização da frequência da amostra quanto à dimensão “Medicamentos”

Dias da semana	Tomar os ADO's como indicado		Tomar a insulina e os ADO's como indicado	
	n	(%)	N	(%)
0 Nunca	3	3,09%	-	
1	-		-	
2	-		-	
3	1	1,03%	-	
4	1	1,03%	-	
5	2	2,06%	-	
6	2	2,06%	-	
7	88	90,72%	8	100%
Total	97	100%	8	100%

3.2.7 Hábitos Tabágicos

No que diz respeito aos “hábitos tabágicos” apenas 5 participantes referiram fumar, sendo todos do sexo masculino. Este resultado é satisfatório tendo em conta os dados de 2006 do PNS 2011-2016, no qual se verifica que 20,8% da população portuguesa (residente em Portugal Continental) era fumadora, com valores mais elevados nos homens do que nas mulheres. Ao analisarmos a variável hábitos tabágicos nos últimos 7 dias no estudo de Bastos (61), 82,5% dos participantes não fumaram, enquanto 17,5% fumaram pelo menos uma vez.

3.3 Relação entre os diferentes componentes do autocuidado com a diabetes e indicadores gerais

A amostra foi de 100 participantes, maioritariamente do sexo masculino, com idade média de 63 anos. Os participantes têm, em média, 5 anos de escolaridade. A profissão predominante das mulheres é doméstica e a dos homens marceneiro. Na atualidade a maioria encontra-se reformada, são casados e vivem acompanhados por cônjuge ou cônjuge e filhos e classificam o seu rendimento familiar como suficiente para aquisição de medicamentos e alimentos.

O grupo de participantes teve o diagnóstico de diabetes, em média há cerca de 9 anos. De uma forma geral, apresentam a TA e HbA1C controladas, sendo nas pessoas idosas que se verifica um melhor controlo da diabetes, com uma diferença estatisticamente significativa, em relação às pessoas mais jovens. A idade correlaciona-se negativa e significativamente com as habilitações literárias e positivamente com a idade de diagnóstico e com o número de anos de diagnóstico. Foi nos participantes com menor idade de diagnóstico que se verificou um nível mais elevado de habilitações literárias, e como seria expectável foram estes que apresentaram mais anos de diagnóstico, com uma correlação negativa e estatisticamente significativa em ambos.

A HbA1C apenas se correlaciona positiva e significativamente com a monitorização da GC. Todos os participantes fazem algum tipo de vigilância da sua diabetes, sendo a maioria na USF. A complicação da doença mais mencionada foi a retinopatia diabética, no entanto não houve referência a internamentos ou recurso à urgência no último ano causados pela diabetes. Quase a totalidade dos participantes apresenta excesso de peso ou obesidade e perímetro abdominal de risco, tendo-se verificado que é nas mulheres que o IMC é superior. A prática de exercício físico foi a dimensão mais descurada, com quase metade da população a referir nunca praticar exercício e os motivos referidos são diversos.

No que diz respeito ao autocuidado com a diabetes:

- Como seria previsível, a soma de todas as dimensões correlaciona-se positiva e significativamente com cada uma das mesmas;
- De uma forma geral a dimensão mais valorizada foi a “medicação”. O tratamento farmacológico predominante dos participantes é realizado com antidiabéticos orais e foi nos participantes com maiores cuidados com a toma da medicação que se verificou maiores cuidados com a alimentação específica;

- A monitorização da glicemia capilar foi de aproximadamente 3 dias, tendo a frequência da vigilância ido ao encontro das recomendações dadas pelos profissionais. Para além da correlação com a HbA1C, a monitorização da glicemia capilar correlaciona-se positiva e significativamente com os anos de diagnóstico e como seria de esperar, como número de PGC em jejum;
- No que diz respeito à alimentação, a “alimentação geral” apresenta valores mais elevados nos participantes com mais anos de doença e são também estes que apresentam maiores cuidados com a alimentação específica, correlacionando-se positiva e significativamente. Os participantes apresentaram uma média superior na “alimentação específica” do que na “alimentação geral” o que poderá estar relacionado com as conceções sobre o tratamento da doença, valorizando aspetos específicos, como a adição de açúcar e ingestão de bolos, em detrimento de uma alimentação saudável.
- Relativamente ao exercício físico, verificou-se que se correlaciona negativa e significativamente com a idade e com a idade de diagnóstico;

Tabela 18 - Correlação entre as diferentes dimensões de atividades de autocuidado com a diabetes

		Alimentação específica	Exercício físico	Cuidados com os pés	Monitoriza- ção da GC	Medicação	Idade	HbA1C	Nº de PGC jejum (30dias)	CAAD**	Habilitações literárias	Idade diagnóstico	Anos diagnóstico
Alimentação geral	r^* p n	0,415 <0,001 99	- 0,007 0,946 100	0,123 0,2899	- 0,074 0,470 97	0,182 0,074 0,92	0,147 0,145 100	- 0,064 0,533 98	- 0,119 0,382 56	0,545 <0,001 92	- 0,010 0,918 100	- 0,029 0,773 100	0,229 0,022 100
Alimentação específica	r^* p n		- 0,155 0,126 99	- 0,018 0,860 98	0,037 0,717 0,96	0,216 0,035 96	- 0,018 0,860 99	0,135 0,187 97	0,038 0,783 55	0,331 <0,001 99	0,093 0,359 99	- 0,139 0,170 99	0,165 0,103 99
Exercício físico	r^* p n			- 0,097 0,340 98	0,151 0,137 0,97	- 0,125 0,222 100	- 0,234 0,019 100	- 0,023 0,821 98	- 0,075 0,584 56	0,594 <0,001 99	- 0,021 0,834 100	- 0,258 0,010 100	0,049 0,628 100
Cuidados com os pés	r^* p n			-	-0,061 0,5296	0,064 0,534 96	- 0,102 0,314 99	- 0,130 0,205 97	- 0,001 0,996 55	0,438 <0,001 99	- 0,109 0,282 99	0,014 0,888 99	- 0,161 0,112 99
Monitoriza- ção da GC	r^* p n				-	0,080 0,443 94	0,012 0,907 97	0,387 <0,001 95	0,655 <0,001 54	0,419 <0,001 99	- 0,049 0,632 97	- 0,133 0,193 97	0,199 0,051 97
Medicação	r^* p n					-	0,124 0,226 97	0,065 0,541 95	0,147 0,290 54	0,374 <0,001 99	0,066 0,518 97	0,061 0,552 97	0,077 0,453 97
Idade	r^* p n						- 0,153 0,133 98	- 0,086 0,526 56	- 0,089 0,415 99	- 0,415 <0,001 100	- 0,170 0,194 98	0,720 <0,001 100	0,306 0,002 100
HbA1C	r^* p n							-	-	0,065 0,541 90	- 0,087 0,393 98	- 0,170 0,194 98	0,036 0,726 98
Nº de PGC jejum (30dias)	r^* p n									-	0,083 0,545 56	- 0,171 0,207 56	0,131 0,537 56
CAAD*	r^* p n									-	- 0,033 0,753 99	0,215 0,040 99	0,177 0,091 92
Habilitações literárias	r^* p n										-	0,262 0,009 100	- 0,179 0,074 100
Idade diagnóstico	r^* p n											-	0,439 <0,001 100

*Rho de Spearman

**Escala de autocuidado com a diabetes, soma de todas as dimensões

3.4 Caraterização dos Participantes de Acordo com o Estilo de Gestão do Regime Terapêutico

Quanto à caraterização dos participantes de acordo com o estilo de gestão do regime terapêutico, foram identificados os participantes com estilo de GRT “puro”, emergindo 9 participantes com estilo de GRT responsável. Não foram identificados participantes com nenhum dos restantes estilos “puros”.

Em média o “estilo responsável” tem uma maior representação entre os participantes, sendo o valor médio mais elevado, assim como o valor máximo (4) e o valor mínimo (1,65). Pelo contrário verifica-se que o “estilo negligente” tem menos representação com uma menor média e um valor mínimo de 0. Contudo, a salientar um valor máximo de 3 em 4 níveis de pontuação (tabela 19).

Tabela 19 - Scores calculados para cada um dos estilos de GRT

Score	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Responsável	100	1,65	4,00	3,35	0,45
Formalmente Guiado	100	1,21	3,86	2,28	0,65
Independente	100	0,80	3,60	2,20	0,67
Negligente	100	0	3,00	1,08	0,80

Consideramos que este resultado se deve ao facto de a nossa amostra ser constituída por pessoas com diabetes vigiadas na USF e que frequentam as consultas de vigilância, aliada à técnica de amostragem de conveniência realizada. O que vai de encontro aos pressupostos de Bastos (1) de que as pessoas com um estilo de gestão do regime terapêutico responsável tem uma atitude de mais pró-atividade e maior envolvimento na sua saúde/doença, contrariamente às pessoas com estilo de GRT negligente que são aquelas que mais comumente faltam às consultas (1).

Dado que, pela codificação dos *scores*, apenas identificamos 9 casos como tendo um estilo “puro” – “responsável”, procedemos a novas recodificações (que se encontram explicadas em método), no sentido de identificar predominância de estilos e estilos “combinados”.

Tabela 20 - Distribuição dos participantes em função do estilo de GRT

Estilo de GRT (agregados)	n	(%)
Responsável puro	9	9%
Predominantemente responsável	28	28%
Responsáveis / Formalmente Guiados	7	7%
Responsáveis / Indefinidos	6	6%
Indeterminados	50	50%
Total	100	100%

Deparámo-nos com o facto de 50% da amostra não corresponder a nenhuma das classificações anteriores, pelo que designamos com “indeterminados” (tabela 20).

Visto que, os participantes se encontravam essencialmente entre estilo de GRT responsável (puro, predominantemente responsável, responsável/formalmente guiado e responsável/independente) e indeterminado, aptámos por agrupá-los em duas categorias: “responsáveis gerais” e “indeterminados”.

O elevado número de participantes com estilo de GRT “indeterminado” vai de encontro aos pressupostos de Bastos (1) de que os estilos de gestão do regime terapêutico não são estanques, compartimentados ou isolados. Pelo contrário, cada estilo pode mover-se, variando de acordo com o nível de flexibilidade que adota e à medida que a pessoa vai vivenciando esta transição (3,23). O estilo de gestão do regime terapêutico vai oscilando, à medida que a doença e a pessoa evoluem, pelo que consideramos ser uma forma de sinalização daqueles que, eventualmente, se possam encontrar numa situação de maior vulnerabilidade e risco de gestão ineficaz do regime terapêutico.

3.5 Relações Entre os Estilos de Gestão do Regime Terapêutico e as Atividades de Autocuidado com a Diabetes

Verificar a relação entre o estilo de gestão do regime terapêutico e as atividades de autocuidado com a diabetes dos utentes com diabetes foi outro objetivo delineado à priori para este estudo. Visto que, da análise anterior emergiram dois grupos - de estilo de GRT “responsável geral” e “indeterminado”, passaremos a verificar a sua correlação com as atividades de autocuidado com a diabetes.

Tabela 21 - Caracterização dos participantes com estilo de GRT "Responsáveis Gerais" e "indeterminados em função das atividades de autocuidado com a diabetes

	Responsáveis Gerais			Indeterminados			T	p
	n	Média	DP	n	Média	DP		
Alimentação Geral	50	4,79	1,95	50	3,78	1,88	2,63	0,010
Alimentação específica	50	5,45	0,90	49	5,21	0,99	1,24	0,219
Atividade física	50	3,68	2,73	50	3,02	2,60	1,24	0,219
Monitorização	47	3,32	1,90	50	3,06	1,72	0,70	0,483
Glicemia	50	5,61	1,55	49	5,12	1,65	0,54	0,126
Cuidados com os pés	49	6,78	1,05	48	6,52	1,57	-	-
Medicamentos	3	14	9,81	3	15,00	7,07	-	-
	46	4,96	0,74	46	4,42	0,83	3,25	0,002

Hábitos tabágicos

*Atividades de autocuidado com a diabetes, soma de todas as dimensões

Da análise da tabela anterior pudemos verificar que as únicas diferenças estatisticamente significativas encontradas dizem respeito à alimentação geral, $t(98) = 2,63$, $p = 0,010$, no qual participantes com um estilo de GRT "responsável geral" apresentam melhores cuidados com a "alimentação geral" face a participantes com um estilo de GRT "indeterminado"; e às "atividades de autocuidado com a diabetes, soma de todas as dimensões", $t(90) = 3,25$, $p = 0,002$, no qual participantes com um estilo de GRT "responsável geral" apresentam melhores resultados face a participantes com um estilo de GRT "indeterminado". Relativamente às restantes dimensões da escala de autocuidado com a diabetes não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. No geral, as médias das dimensões são mais altas nos participantes "responsáveis gerais", que nos participantes com estilo "indeterminado", contudo são muito próximas, pelo que atribuímos o facto de não termos um maior número de diferenças estatisticamente significativas, ao facto de termos uma amostra pequena.

4 – CONCLUSÃO

Finalizado este percurso, que almejou alcançar os objetivos inicialmente traçados, importa tecer algumas reflexões e conclusões sobre o que foi obtido e desenvolvido, assim como as limitações e o contributo desta investigação - para estudos futuros.

De uma forma geral, consideramos que os objetivos foram atingidos. A revisão inicial da literatura permitiu-nos olhar para esta problemática e para os resultados de uma forma rigorosa e sustentada. A população da USF foi caracterizada quanto: às características sociodemográficas e clínicas, às atividades de autocuidado com a diabetes e ao estilo de gestão de regime terapêutico. Por fim, procedemos à correlação dos estilos de gestão do regime terapêutico com as atividades de autocuidado com a diabetes.

As escalas utilizadas demonstraram ser de fácil aplicação e de utilidade clínica para a caracterização das atividades de autocuidado com a diabetes e do estilo de gestão do regime terapêutico dos clientes.

Relativamente à amostra do presente estudo foi de 100 participantes, maioritariamente do sexo masculino, com idade média de 63 anos. O grupo de participantes teve o diagnóstico de diabetes, em média há cerca de 9 anos. De uma forma geral apresentam a TA e HbA1C controladas, sendo nas pessoas idosas onde se verifica um melhor controlo da diabetes, com uma diferença estatisticamente significativa, em relação às pessoas mais jovens. Não houve registo de recurso à urgência hospitalar ou de internamentos relacionados com a doença.

A HbA1C apenas se correlaciona positiva e significativamente com a monitorização da glicemia capilar. Todos os participantes fazem algum tipo de vigilância da diabetes, sendo a maioria na USF. A complicação mais mencionada foi a retinopatia diabética. Consideramos que se prende com o facto das alterações da visão serem uma das consequências da diabetes mais divulgadas socialmente, designada vulgarmente como "cegueira diabética". Quase a totalidade dos participantes apresenta excesso de peso ou obesidade e perímetro abdominal de risco, tendo-se verificado que é nas mulheres que o IMC é superior. No entanto, a prática de exercício físico foi a dimensão mais

descurada, com quase metade da população a referir nunca praticar exercício e os motivos referidos são diversos.

No que diz respeito ao autocuidado com a diabetes, como seria previsível, a soma de todas as dimensões correlaciona-se positiva e significativamente com cada uma individualmente. De uma forma geral a dimensão mais valorizada foi a “medicação”. O tratamento farmacológico predominante dos participantes é realizado com antidiabéticos orais e foi nos participantes com maiores cuidados com a toma da medicação que se verificou maiores cuidados com a alimentação específica. A insulina continua a ser pouco utilizada como opção farmacológica entre os diabéticos tipo 2, o que poderá estar associado ao facto de ainda estar enraizada a crença de que a insulina é opção de tratamento “terminal”. Pelo que, trona-se imperativo que os profissionais de saúde investirem na desmistificação de crença em saúde.

A monitorização da glicemia capilar foi realizada aproximadamente 3 dias por semana, tendo a frequência da vigilância ido ao encontro das recomendações dadas pelos profissionais. Para além da correlação com a HbA1C, a monitorização da glicemia capilar correlaciona-se positiva e significativamente com os anos de diagnóstico e como seria de esperar, com o número de pesquisa de glicemia capilar em jejum.

No que diz respeito à alimentação, a “alimentação geral” apresenta valores mais elevados nos participantes com mais anos de doença e são também estes que apresentam maiores cuidados com a alimentação específica, correlacionando-se positiva e significativamente. Os participantes apresentaram uma média superior na “alimentação específica” do que na “alimentação geral” o que poderá estar relacionado com as concepções sobre o tratamento da doença, valorizando aspetos específicos, como a adição de açúcar e ingestão de bolos, em detrimento de uma alimentação saudável.

A idade foi associada como um fator limitativo para a prática de exercício físico, este facto pode estar relacionado com o envelhecimento, nomeadamente problemas músculo esqueléticos, uma vez que a dor foi referida como principal fator para esta ausência da prática desportiva. Desta forma, torna-se pertinente que no decorrer da consulta de enfermagem à pessoa com diabetes, para além do reforço da importância da prática desportiva, sejam delineados objetivos e metas concretizáveis. Sendo também importante que seja abordada a questão da dor, para que as pessoas possam ser orientados para estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor e assim se consigam melhores resultados ao nível desta dimensão.

No que diz respeito ao estilo de GRT, salientamos que metade dos casos estudados apresenta um estilo de GRT “responsável geral”, com 9 dos participantes com um estilo considerado “puro”, os restantes 41%, apresentam um estilo marcado pela presença de traços do estilo responsável e metade com um “estilo indeterminado”, o que traduz uma associação de características dos quatro estilos de gestão do regime terapêutico proposto por Bastos (1). À medida que a doença evolui a pessoa vai vivenciando diferentes transições na sua vida o estilo de gestão do regime terapêutico também vai oscilando. Importa, ao enfermeiro, reconhecer os traços marcantes de cada estilo, para posteriormente poder adequar as intervenções em cada caso. Salientamos que a predominância de participantes com um estilo de gestão do regime terapêutico responsável poderá estar influenciada pelo facto de a totalidade da amostra apresentar vigilância da diabetes, o que vai de encontro a estilos de gestão do regime terapêutico com uma atitude de mais pró-atividade e maior envolvimento na sua saúde/doença.

Quanto à correlação das atividades de autocuidado com o estilo de gestão do regime terapêutico, apenas se verificou para a “alimentação geral” e para a soma de todas as dimensões da escala. Participantes com um estilo de GRT “responsável geral” apresentam melhores cuidados com a “alimentação geral” e melhores cuidados com as “atividades de autocuidado com a diabetes, soma de todas as dimensões” face a participantes com um estilo de “GRT indeterminado”. De uma forma geral, as médias das dimensões são mais altas nos participantes “responsáveis gerais”, contudo são muito próximas, ao que atribuímos não termos um maior número de diferenças significativas, ao facto de termos uma amostra pequena e que as pessoas gerem de forma distinta as diferentes componentes do regime terapêutico.

Consideramos que este percurso foi extremamente positivo, pois face à mesma situação ou necessidade, vão continuar a haver diferentes respostas ou atitudes de autocuidado. Para que se possam perspetivar melhorias na sua abordagem terapêutica um alicerce não pode ser descurado, a pessoa enquanto ser único, com vivências e perspetivas futuras únicas.

Uma das limitações deste estudo deve-se ao facto dos instrumentos terem sido aplicados por meio de entrevistas face-a-face, pelo que o fator desejabilidade social pode ter influenciado o que os entrevistados relataram.

A natureza não probabilística da amostra é um aspeto limitador do nosso estudo. Os resultados não são representativos e vão de encontro a um contexto particular dos cuidados, neste caso, cuidados saúde primários e particularmente uma USF. Consideramos pertinente a replicação deste estudos no futuro, em outros contextos,

nomeadamente indo ao encontro dos participantes, no domicílio. Pessoas com um estilo de gestão do regime terapêutico negligente, pela vivência de uma transição não saudável de saúde/doença, apresentam um renitência aos cuidados e afastam-se de cuidados de manutenção e prevenção não recorrendo, por este motivo, aos cuidados de saúde primários para vigilância da sua saúde/doença.

Por outro lado, ficamos satisfeitos por perceber que os cuidados prestados aos utentes desta USF têm contribuído para uma orientação pessoal dirigida à responsabilidade.

Devemos ainda referir que, uma grande condicionante concretização deste estudo foi o tempo reduzido que tivemos para a sua elaboração, condicionado pela frequência do curso de mestrado e a pouca disponibilidade do investigador, que nos fez repensar o cronograma predefinido.

Apesar do instrumento de caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico já se encontrar a ser aplicado em diferentes contextos e a amostras com diferentes doenças crónicas, pensamos que seria pertinente a realização de futuros trabalhos de investigação nos quais se procurasse verificar a correlação entre as diferentes escalas que nos permitem avaliar as diferentes componentes do regime terapêutico isoladamente, com os resultados da presente escala, a fim de percebermos a utilidade da utilização de uma escala única para avaliar um domínio complexo, como é o caso da gestão do regime terapêutico.

A finalidade deste estudo prendia-se com a otimização dos cuidados de enfermagem no domínio da gestão do regime terapêutico, pelo que consideramos pertinente que, em investigações futuras, se verifique quais as intervenções de enfermagem que melhor se adequam à pessoa com diabetes, em função do seu estilo de gestão de regime terapêutico.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bastos FS. A pessoa com doença crónica - Uma teoria explicativa sobre a problemática da doença e do regime terapêutico [Tese de doutoramento]. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; 2012. 307 p.
2. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). The diabetes epidemic and its impact on Europe: today, we can change tomorrow. European Diabetes Leadership Forum, Copenhagen 2012 [Consult. 2014, 20 Abr]. Disponível na internet: <http://www.oecd.org/els/health-systems/50080632.pdf>. p.8.
3. International Council of Nurses. Servir a comunidade e garantir qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Genebra: Edição Portuguesa - Ordem dos Enfermeiros; 2010 [Consult. 2014, 11 Fev]. Disponível na internet: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
4. Backman K, Hentinen M. Model for the self-care of home-dwelling elderly. J Adv Nurs. 1999; 30(3): 564–72.
5. Enfermeiros O dos. Divulgar - Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem. 2012.
6. Busse R, Blumel M, Scheller-kreinsen D et al. Tackling chronic disease in Europe - Strategies, interventions and challenges. Copenhaga: European Observatory on Health Systems and Policies; 2010 [Consult. 2014, 10 Maio]. Disponível na internet: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf
7. Organização Mundial de Saúde (OMS). Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital. Canada: Formatos; 2005 [Consult. 2014, 16 Jun]. Disponível na internet: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf

8. Lopes M, Mendes F, Escoval A. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera 2014 - Saúde: síndrome de Negação. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde; 2014. [Consult. 2014, 22 de Abril]. Disponível na internet: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2014.pdf>
9. Campos L, Saturno P, Carneiro AV. Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - A Qualidade dos cuidados e dos serviços. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência; Faculdade de Medicina; Universidade de Lisboa. 2010. Disponível na internet: <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>
10. Instituto Nacional de Estatística (INE). Balança Alimentar Portuguesa 2008-2012. Lisboa: INE; 2014 [consult. 2014, 3 Maio]. Disponível na internet: http://www.ine.pt/02BAO_2008-2012-6.pdf
11. Baptista F, Silva AM, Santos DA, et al. Livro verde da actividade física. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal; 2011 [consult. 2013, 10 Dez]. Disponível na internet: http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/Actividade/LVerdeActividadeFisica_GERAL.pdf
12. International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas. 6th ed. Brussels, Belgium: IDF; 2013 [consult. 2014, 20 Jan]. Disponível na internet: <http://www.idf.org/diabetesatlas>
13. Correia LG, Boavida JM, Fragoso de Almeida JP, et al. Diabetes: Factos e Números - Relatório Anual do Observatório Nacional de diabetes. Lisboa: Direcção Geral de Saúde (DGS); 2013 [consult. 2014, 25 Jan]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/diabetes-factos-e-numeros-2013.aspx>
14. Busuttil S, Peterle A, Schaldemose C, Mcavan L, Ludford S, Parvanova A, et al. Resolução. 2012.
15. Direcção Geral de Saúde (DGS). Programa Nacional para a Diabetes. Lisboa: DGS. 2010 [consult. 2014, 18 Jan]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx>. 2014.

16. Norma da Direcção-Geral da Saúde Nº 002/2011 de 14/01/2011; Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus.
17. Orientação da Direcção-Geral da Saúde Nº 005/2011 de 31/01/2011; Prevenção e Avaliação da Nefropatia Diabética.
18. Norma da Direcção-Geral da Saúde Nº 005/2011 de 21/01/2011; Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético.
19. Silva AP. Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 2007; 55: 11-20..
20. National Institute of Nursing Research(NINR). Centers of Excellence in Self-Management: Building Research Teams for the Future (P20). New York: NINR; 2014 [consult. 2014, 15 Julh]. Disponível na internet: <http://grants.nih.gov/grants/guide/rfa-files/RFA-NR-14-001.html>.
21. Meleis AI, Linda M, Im EO et al. Experiencing Transitions - An Emerging Middle-Range Theory *An. J Adv Nurs*. 2000; 23(1):12–28.
22. Schumacher KL, Jones PS, Meleis AI. Helping Elderly Persons in Transition : A Framework for Research and Practice Helping Elderly Persons in Transition : A Framework for Research and. 1999.
23. Chick N, Meleis AI. Transitions : A Nursing Concern. "In": Chinn PL. *Nursing research methodology*. Boulder, CO: Aspen Publications; 1986. 237-57.
24. Schumacher KL, Meleis I. Transitions: A central concept in nursing. *Image J Nurs Sch* 1994 Jan; 26(2):119–27.
25. Orem DE. JAN Forum : your views and letters. *J Adv Nurs*. 2001; 34(4):552–3.
26. OMS. Health education in self-care: Possibilites and limitations. Genebra; 1983.
27. Conselho Internacional de Enfermeiros. Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE ®). Lisboa: ed port Ordem dos Enfermeiros; 2009 [consult. 2014, 2 Mar]. Disponível na internet:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cipe_adesaotrataramento.pdf

28. Yoo H, Kim CJ, Jang Y, et al. Self-efficacy associated with self-management behaviours and health status of South Koreans with chronic diseases. *Int J Nurs Pract.* 2011; 17: 599–606.
29. Phillips A, Wright J. Achieving treatment concordance. *Pract Nurs.* 2009; 20(7): 353–8.
30. Handley J, Sciences H, South W, et al. Living with type 2 diabetes : “ Putting the person in the pilots seat ’. *Aust J Adv Nurs.* 2010; 27(3): 12–20.
31. Xu Y, Pan W, Liu H. Self-management practices of Chinese Americans with type 2 diabetes. *Nurs Heal Sci.* 2010; 12: 228–34.
32. Sürücü HA, Kızılcı S. Use of Orem ’ s Self-Care Deficit Nursing Theory in the Self-Management Education of Patients with Type 2: A Case Study. *self-care.* 2012;29(1):53–60.
33. Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191–215.
34. Liu T. A Concept Analysis of Self-Efficacy Among Chinese Elderly with Diabetes Mellitus. *Nurs Forum.* 47(4):226 – 235.
35. Wu S-FV, Lee M-C, Liang S-Y, Lu Y-Y, Wang T-J, Tung H-H. Effectiveness of a self-efficacy program for persons with diabetes : A randomized controlled trial. *Nurs Heal Sci.* 2011;13:335–43.
36. Shi Q, Ostwald SK, Wang S. Improving glycaemic control self-efficacy and glycaemic control behaviour in Chinese patients with Type 2 diabetes mellitus : randomised controlled trial. *J Adv Nurs.* 2010;19(76):398–404.
37. Sousa MRG, Landeiro MJL, Pires R, et al. Coping e adesão ao regime terapêutico. *Rev Enferm Ref.* 2011; 4: 151–60.
38. Thoolen BJ, de Ridder D, Bensing J, Gorter K, Rutten G. Beyond good intentions: The role of proactive coping in achieving sustained behavioural change in the

- context of diabetes management. Psychol Health [Internet]. 2009 Mar [consult. 2014, 3 Sep] ;24(3):237–54. Disponível na internet:: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20204991>
39. Leventhal H, Belyamini Y, Brownlee S, et al. Illness Representations: Theoretical Foundations. "In": Weinman J, Petrie K. Perceptions of Health and Illness. London: Harwood Publishers; 1997. 19-45.
 40. Deci EL, Ryan RM. Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. Can Psychol. 2008;49(3):182–5.
 41. bjorg Oftedal, Karlsen B, Bru E. Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. J Adv Nurs. 2010;66(7):1500 – 1509.
 42. Mcleary-jones V. Health Literacy and Its Association with Diabetes. 2011;
 43. Campbell S, Duddle M. Health literacy in chronic kidney disease education. Ren Soc Australas J. 6(1):26–31.
 44. Tang, Y, H, Pang, S, M, C, Chan, M, F, Yeung G, S, P & Yeung, V, T F. Health literacy, complication awareness, and diabetic control in patients with type 2 diabetes mellitus. J Adv Nurs. 2008;62(1):74–83.
 45. Adams RJ, Appleton SL, Hill CL, Dodd M, Findlay C, Wilson DH. Risks associated with low functional health literacy in an Australian population. Med J Aust. 2009 Nov 16; 191 (10):530–4.
 46. Baker, M.S., Wolf, M.S., Feinglass, J., Thompson, J.A., Gazmararian, J.A., & Huang J. No Title. Arch Intern Med. 2007;167:1503–9.
 47. Schokker MC, Links TP, Luttik ML, et al. The association between regulatory focus and distress in patients with a chronic disease: The moderating role of partner support. Br Psychol Soc. 2010; 15: 63–78.
 48. Bastos FS. Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2 [Dissertação de mestrado]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2004. 139p.

49. Fortin MF. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusociência; 2009.
50. PESTANA, M.H. & Gageiro JN. Análise de dados para ciencias sociais: a complementariedade do SPSS. Edições Sí. Lisboa; 2005.
51. Bastos F, Severo M, Lopes C. Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. Acta Med Port. 2007; 20: 11-20.
52. Bastos F, Brito A, Pereira F. Self-Management in Chronic Illness: From Theory to the Practice. In 25th International Nursing Research Congress; 2014; Hong Kong.
53. Rodrigues LFSV. O Perfil de Autocuidado como fator Potencialmente Condicionador das Transições dos Clientes: Um Estudo Exploratório [Dissertação de mestrado]. Porto:Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2011.
54. Sequeira EMF. Os Perfis de Autocuidado dos Clientes Dependentes: Estudo Exploratório numa Unidade de Saúde Familiar [Dissertação de mestrado]. Universidade Católica Portuguesa do Porto; 2011.
55. Martins C. Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS. 1ª ed. Edições P, editor. Braga; 2011.
56. Hu J, Gruber KJ, Liu H, et al. Diabetes knowledge among older adults with diabetes in Beijing , China. J Clin Nurs. 2012; 22: 51–60.
57. Água PM da CB de. O autocuidado das pessoas com diabetes [Dissertação de mestrado]. Universidade Católica Portuguesa do Porto; 2012. p. 68.
58. Xu Y, Pan W, Liu H. Self-management practices of Chinese Americans with type 2 diabetes. Nurs Heal Sci. 2010;12:228–34.
59. Carla Gouveia, Mónica Granja, Armando Brito de Sá, Luís Filipe Gomes, José Augusto Simões RG. Novas orientações da Direção-Geral de Saúde para a diabetes gestacional: uma apreciação crítica. Rev Port Med Geral e Fam. 2012;28:304–12.

60. Boas LCG-V, Lima MLSAP De, Pace AE. Adherence to treatment for diabetes mellitus: validation of instruments for oral antidiabetics and insulin. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014 Sep; 22(1): 11–8.
61. Antunes R. *Classes sociais e a desigualdade na saúde*. Lisboa: Centro de Investigação e Estudos de Sociologia; 2010.

ANEXOS

**ANEXO I - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIO-
DEMOGRÁFICA E DADOS CLÍNICOS**

FORMULÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

Formulário nº: _____ Unidade de Saúde Familiar São Miguel Arcanjo
 Enfermeiro: _____ Data: _____ Observações: _____

I - Caracterização sociodemográfica

1. GÉNERO	Feminino ☐
	Masculino ☐
2. IDADE	_____ (anos)
3. ESTADO CIVIL	Solteiro (a) ☐
	Casado (a)/União de facto ☐
	Divorciado (a) ☐
	Viúvo (a) ☐
4. SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL	Empregado (a) ☐
	Desempregado ☐
	Reformado (a) ou aposentado (a) ☐
	Outro ☐
5. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	_____ (anos)
6. PROFISSÃO	_____
7. AGREGADO FAMILIAR	Sozinho (a) ☐
	Cônjuge ☐
	Cônjuge e filhos ☐
	Outros ☐
8. NÚMERO DE ANOS DE DIAGNÓSTICO DE DIABETES	_____ (anos)
9. IDADE NA ALTURA EM QUE FOI DIAGNOSTICADA A DIABETES	_____ (anos)

10. VIGILÂNCIA DA DIABETES	USF ☐	
	Hospital ☐	
	Ambos ☐	
	Não vigiado (a) ☐ (sem consulta no último ano)	
11. COABITAÇÃO COM PESSOA COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES	Não ☐	
	Sim ☐	
12. PRESTADOR DE CUIDADOS NO AUTOCUIDADO DIABETES	Não ☐	
	Sim ☐	
13. DAS SEGUINTE OPÇÕES QUAIS CONSIDERA QUE FAZEM PARTE DO TRATAMENTO DA DIABETES?	Alimentação ☐	
	Medicamentos ☐	
	Controlo do stress/ansiedade ☐	
	Exercício físico ☐	
	Pesquisa de glicemia capilar ☐	
	Vigilância de pés ☐	
14. TRATAMENTO DA DIABETES	Medicamentos orais	Não ☐
		Sim ☐
		Quantos diferentes _____ Quantas tomas diárias _____
	Insulina	Não ☐
		Sim ☐
		Quantos tipos _____ Quantas tomas diárias _____
15. COMPLICAÇÕES DA DIABETES	Não ☐	
	Sim ☐	
	Qual (ais) _____	

16. INTERNAMENTOS NO ÚLTIMO ANO RELACIONADOS COM A DIABETES	Não ☐	
	Sim ☐	
	Quantos _____	
17. RECURSO À URGÊNCIA NO ÚLTIMO ANO RELACIONADOS COM A DIABETES	Não ☐	
	Sim ☐	
	Quantas vezes _____	
18. RENDIMENTO FAMILIAR É SUFICIENTE PARA AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS OU MEDICAMENTOS	Não ☐	
	Sim ☐	
19. PRATICA EXERCÍCIO FÍSICO?	Não ☐ Motivo?	Dores ☐
		Fatores económicos ☐
		Vontade ☐
		Outros ☐
	Sim ☐	

I – Dados clínicos

1. Peso	_____ Kg
2. Altura	_____ cm
3. IMC	_____
4. PA	_____ cm
5. TA	_____ mmHg
6. HgbA1C	_____
7. Glicemias em jejum nos últimos 30 dias (mínimo de 8 avaliações)	n.º de pgc _____ valor mínimo _____ valor máximo _____
8. Risco de úlcera do pé diabético (última avaliação no ano)	Baixo ☐ Médio ☐ Alto ☐

**ANEXO II: ESCALA DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A
DIABETES**

Escala de Actividades de Autocuidado com a Diabetes

Versão traduzida e adaptada para Português de *Summary of Diabetes Self-Care Activities* de Glasgow R., Tooberr D., Hampson S. (2000), Bastos F. e Lopes C. (2004)

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

1. ALIMENTAÇÃO GERAL	Número de Dias
1.1 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> seguiu ma alimentação saudável?	0 1 2 3 4 5 6 7
1.2 Em média, durante o último mês, quantos <u>dias por semana</u> seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0 1 2 3 4 5 6 7
1.3 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0 1 2 3 4 5 6 7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	
2.1 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.2 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> comeu pão a acompanhar a refeição?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.3 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.4 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.5 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.6 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel marmelada ou chocolates?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.7 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> adoçou as suas bebidas com açúcar?	0 1 2 3 4 5 6 7
3. ACTIVIDADE FÍSICA	

3.1 Em quantos dos últimos sete dias praticou actividade física durante pelo menos 30min?

0 1 2 3 4 5 6 7

(minutos totais de actividade, inclusive andar)

3.2 Em quantos dos últimos sete dias participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?

0 1 2 3 4 5 6 7

4. MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA

4.1 Em quantos dos últimos sete dias avaliou o açúcar no sangue?

0 1 2 3 4 5 6 7

4.2 Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue, pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?

0 1 2 3 4 5 6 7

5. CUIDADOS COM OS PÉS

5.1 Em quantos dos últimos sete dias examinou os seus pés?

0 1 2 3 4 5 6 7

5.2 Em quantos dos últimos sete dias lavou os seus pés?

0 1 2 3 4 5 6 7

5.3 Em quantos dos últimos sete dias secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?

0 1 2 3 4 5 6 7

6. MEDICAMENTOS

6.1 Em quantos dos últimos sete dias tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?

0 1 2 3 4 5 6 7

OU (se insulina e comprimidos):

6.2 Em quantos dos últimos sete dias tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?

0 1 2 3 4 5 6 7

6.3 Em quantos dos últimos sete dias tomou o número indicado de comprimidos da Diabetes?

0 1 2 3 4 5 6 7

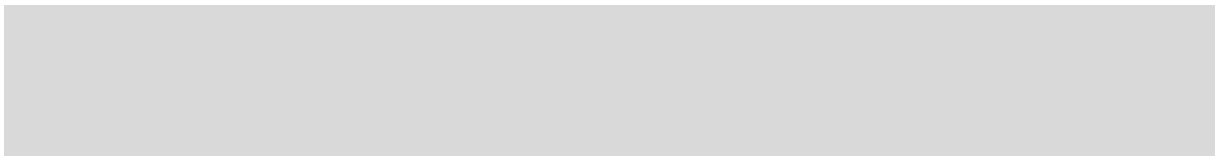
7. HÁBITOS TABÁGICOS

7.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos sete dias? Sim ☐ Não ☐

7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? _____ cigarros.

7.3 Quando fumou o seu último cigarro?

- ☐ Nunca fumou
- ☐ Há mais de dois anos atrás
- ☐ Um a dois anos atrás
- ☐ Quatro a doze meses atrás
- ☐ Um a três meses atrás
- ☐ No último mês
- ☐ Hoje



**ANEXO III - INSTRUMENTO DE CARATERIZAÇÃO DO ESTILO DE
GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO**

Instrumento de caracterização do estilo gestão do regime terapêutico

1. Questionário dos traços identitários e das atitudes face à doença e ao regime terapêutico

As afirmações que se seguem indicam diferentes formas de viver com a doença. Pedimos-lhe que nos diga em que medida, no seu caso pessoal, concorda ou discorda com essas afirmações.

A escala varia entre 1 e 5 de discordo totalmente a concordo totalmente, conforme exemplo:

	Discordo totalmente 0	Discordo parcialmente 1	Não concordo nem discordo 2	Concordo parcialmente 3	Concordo totalmente 4
Questões	0	1	2	3	4
1. Acredita que são os profissionais de saúde (médico, enfermeiro) quem tem a maior responsabilidade sobre a sua saúde	0	1	2	3	4
2. Prefere que seja uma pessoa da sua confiança (familiar ou amigo) a ser responsável pelo seu tratamento	0	1	2	3	4
3. Participa nas decisões sobre a sua saúde	0	1	2	3	4
4. Prefere que sejam os profissionais de saúde (médico, enfermeiro) a decidir sobre as questões relativas à saúde.	0	1	2	3	4
5. Quer conhecer as opções de tratamento disponíveis para a sua doença	0	1	2	3	4
6. Define os resultados em relação à sua saúde (peso, glicemia, TA, etc)	0	1	2	3	4
7. Planeia com antecedência as ações sobre a sua saúde (autovigilância, consultas, exercício, alimentação, etc.)	0	1	2	3	4
8. Procura informação sobre a sua condição de saúde	0	1	2	3	4
9. Analisa as diferentes possibilidades antes de tomar uma decisão sobre a sua saúde	0	1	2	3	4
10. Tem dificuldade em tomar decisões sobre a sua saúde	0	1	2	3	4
11. Segue o tratamento porque acredita que é o melhor para si	0	1	2	3	4
12. Acha que o seu problema de saúde é mais grave do que o que lhe dizem	0	1	2	3	4
13. Insiste até conseguir fazer o que lhe foi recomendado mesmo quando uma parte do tratamento é desagradável ou difícil de fazer.	0	1	2	3	4
14. Segue o tratamento porque considera que os outros ficariam aborrecidos consigo se não o fizesse	0	1	2	3	4
15. Considera que tudo na sua vida é a doença	0	1	2	3	4
16. Considera que a sua doença é uma coisa com a qual tem que viver	0	1	2	3	4
17. Tem que ser ajudada porque é uma pessoa doente	0	1	2	3	4
18. Reconhece que tem um problema de saúde e que precisa de o tratar e controlar	0	1	2	3	4
19. Sente medo	0	1	2	3	4

20. Tem fé que vai correr tudo bem (numa entidade superior, externa a si, tal como Deus, Santos, ou o Cosmos)	0	1	2	3	4
21. Gosta de viver mesmo doente	0	1	2	3	4
22. Segue o tratamento porque os outros esperam que o faça	0	1	2	3	4
23. Tem objetivos para a vida e o futuro (para além do controlo da doença)	0	1	2	3	4
24. Pensa com frequência “quando a minha vida acabar, acabou”	0	1	2	3	4
25. Acredita que vai correr tudo bem mesmo quando não sabe o que vai acontecer.	0	1	2	3	4
26. Sente-se satisfeito consigo próprio	0	1	2	3	4
27. Quando os profissionais de saúde lhe recomendam fazer alguma coisa quer saber porque é que aquilo é importante	0	1	2	3	4
28. Sente que já vale pouco	0	1	2	3	4
29. Acha que é capaz de fazer o que lhe está a ser/foi proposto fazer (regime terapêutico)	0	1	2	3	4
30. O que lhe está a ser proposto fazer é complicado	0	1	2	3	4
31. O que lhe foi recomendado exige muito esforço	0	1	2	3	4
32. Acha que não vale a pena insistir quando não gosta de uma coisa, porque não a vai fazer, mesmo que seja importante para a sua saúde	0	1	2	3	4
33. Acredita que o controlo do seu problema de saúde depende muito daquilo que fizer	0	1	2	3	4
34. Sente que, se precisar, tem ajuda da família e/ou amigos	0	1	2	3	4
35. Sente que as alterações que lhe foram propostas para controlar a sua saúde são necessárias (dieta, exercício físico, ...)	0	1	2	3	4
36. Os medicamentos que lhe receitaram são necessários para melhorar ou não ficar mais doente	0	1	2	3	4
37. As mudanças na sua alimentação e atividade física que lhe aconselharam são necessários para controlar a sua saúde	0	1	2	3	4
38. Está disposto a fazer as mudanças que lhe foram propostas	0	1	2	3	4
39. Reconhece que precisa de mudar para melhorar ou controlar a sua saúde	0	1	2	3	4
40. O seu problema de saúde não é tão grave quanto lhe dizem	0	1	2	3	4
41. Quando precisa de alguma coisa fala facilmente com os seus médicos e/ou enfermeiros	0	1	2	3	4
42. Tem dificuldade quando está numa consulta em explicar as suas dúvidas	0	1	2	3	4
43. Quando fica com dúvidas sobre o que os profissionais de saúde lhe disseram, espera para depois perguntar a algum familiar, amigo ou ao farmacêutico	0	1	2	3	4
44. Quando os seus profissionais de saúde (médico ou enfermeiro) lhe mandam fazer alguma coisa faz sem questionar	0	1	2	3	4
45. Quando os profissionais de saúde lhe recomendam fazer alguma coisa ouve, mas depois quem decide se faz ou não é o senhor (a)	0	1	2	3	4

Observações:

2. Perceção de comportamento face ao regime terapêutico (autorrelato)

As afirmações que se seguem indicam diferentes comportamentos relacionados com a forma como trata da sua doença. Pedimos-lhe que nos diga com que frequência realiza cada atividade.

A escala varia entre 0 e 4 de nunca a sempre, conforme exemplo:

	Nunca 0	Raramente 1	Às vezes 2	Quase sempre 3	Sempre 4
Relativamente à forma como trata da sua doença:	0	1	2	3	4
1. Consulta profissionais de saúde, assim que sente que não é capaz de resolver o problema ou situação	0	1	2	3	4
2. Quando lhe apetece comer ou fazer alguma coisa, que sabe que lhe faz mal, fá-lo de qualquer maneira	0	1	2	3	4
3. Não quer saber o resultado dos seus exames	0	1	2	3	4
4. Quando está desesperado(a) toma mais medicamentos do que devia	0	1	2	3	4
5. Tem sintomas da doença	0	1	2	3	4
6. Falta às consultas	0	1	2	3	4
7. Faz análises e outros exames quando lhe são recomendados	0	1	2	3	4
8. Não mudou nada na sua vida por ter esta doença	0	1	2	3	4
9. Faz monitorizações (TA, Glicemia, edema, dispneia, ...) que lhe recomendam	0	1	2	3	4
10. Faz registos da evolução/monitorização para os profissionais de saúde saberem como está a sua saúde	0	1	2	3	4
11. Os profissionais de saúde são os únicos que têm que saber dos resultados dos exames que faz	0	1	2	3	4
12. Dos resultados dos seus exames só quer saber se está tudo bem	0	1	2	3	4
13. Procura os profissionais de saúde ao mínimo problema de saúde	0	1	2	3	4

Observações:

3. Caracterização do estilo de GRT (percepção do enfermeiro)

As afirmações que se seguem indicam diferentes comportamentos relacionados com a forma como cada cliente gere o seu regime terapêutico. De acordo com a sua percepção, pedimos-lhe que nos referencie a frequência com que o cliente assume ou realiza cada atividade.

A escala varia entre 0 e 4 de nunca a sempre, conforme exemplo:

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre
0 1 2 3 4

Na gestão do regime terapêutico o cliente:	0	1	2	3	4
1. Assume a responsabilidade pelo tratamento	0	1	2	3	4
2. Delega responsabilidade pelo tratamento em alguém	0	1	2	3	4
3. Procura ajuda dos profissionais quando precisa	0	1	2	3	4
4. Utiliza em excesso os serviços de saúde	0	1	2	3	4
5. Demonstra confiança nos profissionais de saúde	0	1	2	3	4
6. Tem episódios de não administração de medicamentos ou de fazê-lo em excesso	0	1	2	3	4
7. Tem hábitos de consumo de álcool e/ou de drogas	0	1	2	3	4
8. Apresenta sinais e sintomas de descontrolo da doença	0	1	2	3	4
9. Falha aos agendamentos sem razão aparente (sem justificação plausível)	0	1	2	3	4
10. Realiza exames complementares de diagnóstico no prazo recomendado	0	1	2	3	4
11. Incorpora modificações no seu estilo de vida	0	1	2	3	4
12. Valoriza as recomendações que lhe são feitas	0	1	2	3	4
13. Faz monitorização de sinais e sintomas	0	1	2	3	4
14. Interpreta os resultados das monitorizações que realiza	0	1	2	3	4
15. Faz perguntas sobre o tratamento, controlo da situação de saúde/doença, resultados de exames/ monitorizações, etc.	0	1	2	3	4

Observações:

Instrumento de caracterização do estilo gestão do regime terapêutico

Composto por dois instrumentos de autorrelato, aplicados por entrevista e, podendo ser utilizado conjuntamente com “caraterização do estilo de GRT na percepção do enfermeiro”.

O primeiro “**Questionário dos traços identitários e das atitudes face à doença e ao regime terapêutico**” utiliza uma escala de concordância semântica que varia entre 1 e 5 (Discordo Totalmente – Concordo totalmente).

O segundo “**Percepção de comportamento face ao regime terapêutico**” utiliza uma escala de frequência face a um determinado comportamento, variando entre 0 e 4 (Nunca – Sempre).

O terceiro “**Caraterização do estilo de GRT na percepção do enfermeiro**” corresponde a dados que o enfermeiro utiliza no seu juízo diagnóstico face à gestão e adesão ao regime terapêutico. Este questionário só pode ser preenchido totalmente quando o enfermeiro conhece bem o utente. Utiliza uma escala de frequência face a um determinado comportamento, variando entre 0 e 4 (Nunca – Sempre).

Instruções de preenchimento:

1. O instrumento deve ser considerado como uma estruturação de uma entrevista, pelo que é possível que o entrevistador possa inferir a resposta a partir do que o entrevistado refere. Contudo, aconselha-se a validação da resposta por parte do entrevistado
2. O instrumento é aplicado por entrevista, devendo ser facilitada a compreensão da questão com exemplos correspondentes à situação de gestão de doença ou do regime terapêutico, especificando o que se aplica ao caso daquela pessoa em concreto. Exemplo:
6. Define os resultados em relação à sua saúde (peso, glicemia, TA, etc) – Outros exemplos: crises asmáticas (gravidade, frequência); crises convulsivas; severidade de sintomas: intolerância à atividade; dispneia)
3. Uma não resposta pode englobar três situações:
 - a. Não se aplica à situação concreta
 - b. Não sabe ou não responde
 - c. Não foi perguntado por esquecimento
4. Quando a pessoa considera que um item não se aplica ao seu caso, porque não considera uma ou várias componentes do regime terapêutico, deve ser anotado essa observação no final do questionário.

**ANEXO IV - DECLARAÇÕES DE AUTORIZAÇÃO DO
INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DO ESTILO DE GESTÃO
DO REGIME TERAPÊUTICO E DA ESCALA DE ATIVIDADES DE
AUTOCUIDADO COM A DIABETES**

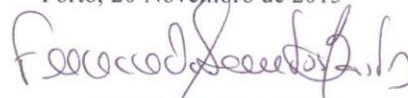
Senhoras Enfermeiras
Miquelina Rosa Rodrigues Meireles
e Sílvia Ferreira Rodrigues
XX Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem
do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

Assunto: Autorização para utilização da Escala de Autocuidado com a Diabetes na sua versão traduzida e adaptada para português de Portugal.

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio conceder autorização às estudantes de Mestrado em Ciências de Enfermagem (ICBAS) no âmbito dos seus projetos: “Avaliação das propriedades psicométricas do Instrumento de caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico em pessoas com diabetes tipo 2” e “Estilo de gestão do regime terapêutico e a sua influência nas atividades de autocuidado da população com diabetes mellitus tipo 2”, orientados respetivamente por mim própria e pela Professora Doutora Maria Alice Brito, para a utilização da versão em Português da escala supracitada.

Ao dispor,

Porto, 20 Novembro de 2013



Fernanda Santos Bastos

Professora Adjunta

Escola Superior Enfermagem do Porto

UNIESEP

UCP: Autocuidado

**ANEXO V: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E
ESCLARECIDO, PARA A PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia² e a Convenção de Oviedo³

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Títulos dos estudos: “Avaliação das propriedades psicométricas do Instrumento de caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico em pessoas com diabetes tipo 2” e “Estilo de gestão do regime terapêutico e a sua influência nas atividades de autocuidado da população com diabetes mellitus tipo 2”.

Enquadramento: No âmbito do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas de Abes Salazar, este estudo será aplicado na Unidade de Saúde Familiar São Miguel Arcanjo, sob orientação das Professoras Doutoradas Fernanda Bastos e Maria Alice Brito.

Explicação do estudo: No dia da sua consulta de enfermagem na USF, será solicitado preenchimento de um formulário, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre dados sociodemográficos, dados clínicos e sobre a forma como gere a sua saúde/doença, que durará cerca de 30 minutos.

Condições e financiamento: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir não tomar parte no estudo, receberá todos os cuidados de enfermagem correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidade da Unidade de Saúde Familiar São Miguel Arcanjo. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento.

Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se prevêem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir uma maior e melhor participação das pessoas no seu processo de cuidados de enfermagem. O financiamento do estudo estará a cargo da investigadora e foi submetido a parecer favorável da comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte.

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados recolhidos serão utilizados apenas nestes estudos, serão recolhidos em ambiente de privacidade e mantidos sob sigilo. Nenhum dado de identificação será recolhido e em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

Agradecemos desde já a sua colaboração. Estes trabalhos de investigação prevê-se estarem concluídos em Julho de 2014, podendo a partir dessa altura solicitar a consulta dos resultados, junto das enfermeiras investigadoras.

Enfermeira Miquelina Rosa Rodrigues Meireles

Unidade de Saúde Familiar São Miguel Arcanjo

² http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinki_2008.pdf

³ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Telemóvel: 927995700

Email: miquelinas@gmail.com

Enfermeira Sílvia Ferreira Rodrigues

Unidade de Saúde Familiar São Miguel Arcanjo

Telemóvel: 927992870

Email: silvia25usf@gmail.com

Assinatura/s:
.....

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

**ANEXO VI: PARECER DA DIRETORA EXECUTIVA DO ACES
TÂMEGA II VALE DO SOUSA SUL, Dr.^a SANDRA RITA**

Enf.ª Miquelina Meireles
Enf.ª Sílvia Rodrigues

USF S. Miguel Arcanjo

Data	Vossa Referência	Nossa Referência / Data
		1279/DE/ACESVSS – 06-12-2013

ASSUNTO: Parecer acerca da realização dos estudos de investigação: “Avaliação das propriedades psicométricas do Instrumento de caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico” e “O estilo de gestão do regime terapêutico e a sua influência nas atividades de autocuidado da população com diabetes Mellitus tipo 2”.

A realização dos estudos de investigação supra-mencionados, propostos pelas profissionais de enfermagem, Miquelina Rosa Rodrigues Meireles e Sílvia Ferreira Rodrigues, são de todo o interesse para este Agrupamento de Centros de Saúde, uma vez que a temática abordada, gestão do regime terapêutico, é uma área prioritária de investimento, que se reflete na melhoria dos cuidados e do autocuidado da população em geral e de forma particular na diabetes. A operacionalização na Unidade de Saúde Familiar S. Miguel Arcanjo é oportuna e vai representar uma mais-valia para a população que beneficia dos cuidados prestados nessa USF, estando asseguradas as condições logísticas, humanas e éticas adequadas.

Com os melhores cumprimentos,

A Directora Executiva, ACES Tâmega II VSS


Agrupamento de Centros de Saúde
Tâmega e Vale do Sousa Sul
Sandra Rita, Dra.
Directora Executiva

