

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

“AUTOCUIDADO: GERIR O REGIME DIETÉTICO”
CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO CLÍNICO DE DADOS
EM ENFERMAGEM - UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Dissertação de Mestrado

Vera Joana Campos Gonçalves

Porto | 2017

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

“AUTOCUIDADO: GERIR O REGIME DIETÉTICO”
CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO CLÍNICO DE DADOS EM
ENFERMAGEM - UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

“SELF-CARE: MANAGING DIETARY REGIME”
CONTRIBUTION TO THE DEVELOPMENT OF A NURSING CLINICAL DATA MODEL -
INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Dissertação de Mestrado

Dissertação académica orientada pela Professora Doutora Fernanda Santos Bastos e
coorientada pela Professora Mestre Inês Maria da Cruz Sousa

Vera Joana Campos Gonçalves

Porto | 2017

“Seja a mudança que quer ver no mundo”.

Mahatma Gandhi.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Fernanda Bastos, o meu sincero agradecimento, pela abertura nas sugestões, que contribuiu para o pensamento, aprendizagem e para fazer melhor. Pelo incentivo, paciência e orientação, que me ajudaram a aproveitar o sentido da “viagem”.

À Professora e Mestre Inês Cruz, um reconhecido agradecimento, pelas palavras de otimismo, pelo pragmatismo na resolução das dúvidas, pelo rigor e conhecimento, generosidade e exemplo; e, acima de tudo, por fazer pulsar a minha vontade de terminar.

A ambas, por frequentemente acreditarem mais em mim, que eu própria. O meu apreço ainda, aos Professores da Escola Superior de Enfermagem do Porto, envolvidos neste projeto, pela oportunidade.

A todos os amigos pela amizade, em especial, à Catarina, por todas as palavras e cumplicidade, à Sílvia e Igor, pelo encorajamento e por todos os momentos, à Carmen e Pedro pela compreensão e partilha.

Aos colegas e Enfermeiro Chefe do Serviço de Nefrologia, do Centro Hospitalar do Porto, pela força de uns, e flexibilidade na gestão de horários. À Brenda em particular pelas discussões.

À Ana Mendes pelo “pensamento fora da caixa”, lucidez e inspiração, e porque os amigos de sempre, são para sempre.

À minha irmã Sofia, pelas convicções e suporte; e além disto, pela leitura do documento mesmo com todas as fragilidades perante o tema.

Para os meus Pais, as palavras não chegam, a eles por tudo, para sempre!

A todos, a cada um, MUITO OBRIGADA!!!

ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Abstract

CIDESI – Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem

CIE – Concelho Internacional de Enfermeiros

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

EUA – Estados Unidos da América

GEHR – Good European Health Record

ICN – International Council of Nurses

ISO – International Organization for Standardization

MCD – Modelo(s) Clínico(s) de Dados

MCS – Modelo de Crenças de Saúde

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH – Medical Subject Headings

MH – Exact Subject Heading

MM – Exact Major Subject Heading

PNS – Plano Nacional de Saúde

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SI – Sistemas de Informação

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

SU – Subject Terms

TI – Title

UNIESEP – Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

UR – Unidade (s) de Registo

RESUMO

A afirmação da centralidade no cidadão teve reflexos na forma como se olham e se gerem os Sistemas de Informação em Saúde (SIS). No essencial, importa que os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) apoiem a tomada de decisão clínica dos enfermeiros, assegurem a continuidade de cuidados e a produção de indicadores nos diferentes propósitos. De modo a enfrentar este desafio, é necessário garantir que os SIS em uso, apresentam interoperabilidade semântica. A definição de *Modelos Clínicos de Dados* (MCD), que integrem ontologias com os conteúdos clínicos harmonizados, são a melhor resposta face a esta problemática.

Este estudo pretende contribuir para o desenvolvimento de um MCD centrado na *gestão do regime dietético*. Procuramos definir o conjunto de dados e de conceitos com utilidade clínica sobre o foco de atenção em análise, que nos possibilite evoluir para a construção dos enunciados dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem uniformizados, para o propósito do estudo.

Desenvolveu-se uma revisão integrativa da literatura recorrendo-se à pesquisa nas bases de dados eletrónicas, com o recurso a motores de busca específicos, tendo-se obtido inicialmente um total de 4372 artigos, que após terem sido analisadas segundo os critérios de inclusão e exclusão, ficou resumido a um conjunto de 86 artigos.

Da análise de conteúdo efetuada, obtivemos um conjunto de dados relativos ao foco de atenção – *gerir o regime dietético*, assim como, um conjunto de dados que associamos às respetivas subcategorias que nos possibilitam a formulação dos diagnósticos direcionados para as dimensões identificadas. A análise possibilitou-nos também identificar o conjunto de conceitos clinicamente úteis para enunciar os diagnósticos e intervenções de enfermagem do domínio da *gestão do regime dietético*.

A realização deste trabalho permitiu-nos propor o conjunto de dados, de diagnósticos e intervenções de enfermagem que poderão incorporar um MCD promotor da gestão do regime dietético e potenciador de uma conceção de cuidados mais integradora do conhecimento próprio da disciplina de enfermagem.

Palavras-chave: Sistemas de Informação em Enfermagem; Modelo Clínico de Dados; Gestão do regime dietético; Revisão integrativa da literatura.

ABSTRACT

The emphasis on a person-centered approach impacted the use and management of Health Information Systems (HIS). Importantly, Nursing Information Systems (NIS) must support nurses' clinical decision-making, ensure continuity of care and the production of indicators for different purposes. To meet this challenge, it is necessary to guarantee the semantic interoperability of HIS. The definition of *Clinical Data Models* (CDM), which integrate ontologies with harmonized clinical content, seems to be the most effective response.

This study aims to contribute to the development of a CDM focused on the *management of the dietary regime*. For the purpose of the study we sought to define data set and concepts with clinical utility relating to the analysis of the focus of attention, which will allow the construction of standardized nursing diagnoses and interventions.

An integrative literature review was conducted using specific search engines in electronic databases. A total of 4372 articles were initially retrieved, which were analyzed according to the inclusion and exclusion criteria and summarized into a set of 86 articles.

Through content analysis, we obtained a set of data related to the focus of attention – *managing dietary regime*, as well as a set of data that we associated with the respective subcategories, enabling us to formulate the diagnoses targeted at the identified dimensions. The content analysis also allowed us to identify the set of clinically useful concepts to enunciate nursing diagnoses and interventions in the domain of the *management of the dietary regime*.

The development of this work enabled us to suggest a data set, nursing diagnoses and interventions capable of incorporating a CDM that promotes the management of the dietary regimen and enhance the care conception, emphasizing the knowledge of the nursing discipline itself.

Keywords: Nursing Information Systems; Clinical Data Model; Management of the dietary regime; Integrative literature review.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	25
1.1. O Conceito de Autocuidado no Processo de Doença	25
1.2. Gestão do Regime Terapêutico: Um Requisito do Autocuidado	28
1.2.1. Gerir o Regime Terapêutico: Uma Transição Saúde – Doença	33
1.2.2. Gerir o Regime Terapêutico na Componente do Regime Dietético	35
1.3. Os Sistemas de Informação em Enfermagem	37
1.3.1. Modelos Clínicos de Dados	43
CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	47
2.1. Justificação e Finalidade do Estudo	47
2.2. Objetivos do Estudo e Questão de Investigação	48
2.3. Desenho do Estudo	49
2.3.1. Formulação do Problema.....	50
2.3.2. Pesquisa da Literatura.....	51
2.3.3. Avaliação dos Dados	54
2.3.4. Análise dos Dados	56
2.3.5. Apresentação dos Dados	59
CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	61
3.1. Os Estudos Incluídos	61
3.2. Os Conceitos Extraídos da Análise de Conteúdo para o Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem	64
3.2.1. Os Dados Extraídos da Análise de Conteúdo para o Processo Diagnóstico... ..	64
3.2.2. Os Conceitos Extraídos da Análise de Conteúdo para a Construção Sintática dos Enunciados dos Diagnósticos	85

3.2.3. Os Conceitos Extraídos da Análise de Conteúdo para a Construção Sintática dos Enunciados das Intervenções de Enfermagem.....	100
CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	119
4.1. Relações entre os Diferentes Itens de Informação Resultantes da Análise de Conteúdo	119
4.2. Fatores que Facilitam ou Dificultam a Gestão do Regime Dietético.....	131
4.2.1. Respostas Corporais	133
4.2.2. Respostas Humanas às Transições	134
4.2.3. Características Pessoais.....	138
4.2.4. Contextos da Sociedade e Comunidade.....	141
4.2.5. Características do Regime Dietético.....	142
CONCLUSÃO	145
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	151
APÊNDICES.....	169
APÊNDICE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS POR TIPO DE ESTUDO	171
ANEXOS	175
ANEXO 1 - FRASE BOOLEANA	177
ANEXO 2 – LISTA DE ARTIGOS EXCLUÍDOS DO CORPUS DE ANÁLISE	181
ANEXO 3 – TABELAS DE EXTRAÇÃO DE DADOS.....	191
ANEXO 4 – LISTA DE ARTIGOS INCLUÍDOS	195
ANEXO 5 – TABELA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO REFERENTE AOS DADOS RELEVANTES PARA A NOMEAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	207
ANEXO 6 – TABELA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO REFERENTE ÀS CATEGORIAS PARA A CONSTRUÇÃO DOS ENUNCIADOS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	229
ANEXO 7 – TABELA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO REFERENTE ÀS CATEGORIAS PARA A CONSTRUÇÃO DOS ENUNCIADOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	273
ANEXO 8 – MAPEAMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM POR CATEGORIA DE AÇÃO	303

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama do processo de seleção dos estudos	55
Figura 2 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente aos diferentes tipos de enunciados diagnósticos possíveis face à subcategoria - foco - Gerir o regime dietético	87
Figura 3 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente aos diferentes tipos de enunciados diagnósticos possíveis face à dimensão do foco - Adesão ao regime dietético	88
Figura 4 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente aos diferentes tipos de enunciados diagnósticos possíveis face à dimensão do foco - Conhecimento sobre o regime dietético	90
Figura 5 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente aos diferentes tipos de enunciados diagnósticos possíveis face à dimensão do foco - Consciencialização sobre o regime dietético	91
Figura 6 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente aos diferentes tipos de enunciados diagnósticos possíveis face à dimensão do foco - Capacidade de gerir o regime dietético	93
Figura 7 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente aos diferentes tipos de enunciados diagnósticos possíveis face à dimensão do foco - Atitude	94
Figura 8 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente aos diferentes tipos de enunciados diagnósticos possíveis face à dimensão do foco - Apoio social.....	98
Figura 9 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente aos diferentes tipos de enunciados diagnósticos possíveis face à dimensão do foco - Apoio da família	99
Figura 10 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à subcategoria - foco - Gerir o regime dietético	101
Figura 11 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à dimensão do foco - Adesão ao regime dietético	105
Figura 12 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à dimensão do foco - Conhecimento sobre o regime dietético	106

Figura 13 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à dimensão do foco - Conscientização sobre o regime dietético	109
Figura 14 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à dimensão do foco - Envolvimento	110
Figura 15 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à dimensão do foco - Autoeficácia	112
Figura 16 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à dimensão do foco - Crença de saúde..	113
Figura 17 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à dimensão do foco - Força de vontade	115
Figura 18 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à dimensão do foco - Apoio social	116
Figura 19 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à dimensão do foco - Apoio da família ..	117
Figura 20 - Classificação dos diferentes tipos de dados resultantes do processo de análise de conteúdo com integridade referencial para o juízo diagnóstico	121
Figura 21 - Fatores que influenciam na gestão do regime dietético.....	132
Figura 22 - Representação de um possível Modelo Clínico de Dados referente ao foco de atenção - Gerir o regime dietético	150

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Gerir o regime dietético.....	65
Tabela 2 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Adesão ao regime dietético	67
Tabela 3 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Conhecimento sobre o regime dietético	68
Tabela 4 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Consciencialização sobre o regime dietético	70
Tabela 5 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Envolvimento	72
Tabela 6 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Aceitação.....	73
Tabela 7 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Autoeficácia	74
Tabela 8 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Crença de Saúde	75
Tabela 9 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Perceção de suscetibilidade.....	77
Tabela 10 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Perceção dos benefícios.....	78
Tabela 11 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Perceção das barreiras.....	79
Tabela 12 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Força de vontade	79
Tabela 13 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Emoção negativa.....	81
Tabela 14 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à categoria: Significado dificultador	82
Tabela 15 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à categoria: Apoio social	83

Tabela 16 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à categoria: Apoio da família 83

Tabela 17 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à categoria: Dados biográficos 84

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos estudos incluídos por ano de publicação	62
Gráfico 2 - Caracterização percentual dos estudos incluídos por continente	62

INTRODUÇÃO

A preocupação com a identificação de fenómenos de interesse para a disciplina de enfermagem, tem vindo a ser alvo de vários estudos de investigação. Pereira (2009), sublinha a importância do desenvolvimento e crescimento do conhecimento de enfermagem, através de uma relação estreita entre teoria, prática e investigação.

Interessa nesta medida salientar a pertinência de incluir as teorias de enfermagem na conceção dos cuidados, ou seja, de incorporar no contexto das práticas, os modelos conceptuais definidores da própria disciplina (Silva, 2006; Pereira, 2009; Silva, 2011). É expectável que os enfermeiros, na conceção de cuidados, centrem as suas intenções, não apenas em modelos biomédicos, que têm por “core” o diagnóstico e o tratamento da doença, mas essencialmente, que privilegiem as respostas humanas às transições, usando conhecimento gerado pela investigação e teoria de enfermagem (Silva, 2007; Pereira, 2009).

Face à problemática do distanciamento entre os “modelos expostos” e os “modelos em uso” (Silva, 2011), *“olhar a enfermagem pela perspectiva da Teoria das Transições não é criar uma rotura com os modelos centrados na doença, mas integrá-los e enquadrá-los no verdadeiro foco que é a vida das pessoas, na vida das famílias e na comunidade”* (Bastos, 2012, p.328).

Além disso, com o envelhecimento das populações e o aumento da prevalência das doenças crónicas, o conceito de autocuidado, enquanto elemento fundamental da disciplina para o controlo da progressão das doenças crónicas foi ganhando um maior destaque ao longo dos tempos (Petronilho, 2012). Partindo do pressuposto que o autocuidado é central na vida de qualquer pessoa, e que as transições estão intimamente associadas à mudança na capacidade de autocuidado gerada por processos que exigem adaptação, como no caso das situações em que há a necessidade de gerir regimes terapêuticos complexos (Kralik, Price, Telford, 2010; Richard e Shea, 2011; Bastos, 2012), importa evoluir de um modelo centrado apenas na gestão da doença e dos sinais e sintomas, para modelos ancorados nas respostas humanas às transições (Silva, 2007; Pereira, 2009).

Assim, se a ação de autocuidado representa a capacidade adquirida para atender às exigências de cuidar de si próprio, ou seja, a pessoa é agente de autocuidado (Orem, 2001;

Söderhamn, 2000; Richard e Shea, 2011), a gestão do regime terapêutico, sendo uma componente do autocuidado, é também uma atividade executada pelo próprio, que exige a adoção de novos comportamentos, para dar resposta aos requisitos de autocuidado nas situações de desvio de saúde (Orem, 2001; Richard e Shea, 2011). Estas novas atividades passam por integrar várias componentes do regime, sendo uma das mais frequentes, a gestão do regime dietético (Sousa e Bastos, 2016).

Nesta constatação, a gestão do regime dietético surge como uma das áreas mais importante e difíceis de incorporar. Vários estudos sugerem uma relação entre a força do hábito, as tradições alimentares transmitidas entre gerações, que têm por base uma experiência social e familiar associada ao lazer e à convivialidade, os défices de conhecimento, as restrições de tempo, os custos associados dos alimentos saudáveis, o apoio social limitado, a baixa consciencialização sobre a importância de alterar os padrões alimentares, entre outros fatores, como aqueles, que mais comumente potenciam a dificuldade das pessoas em integrarem o regime dietético aconselhado pelos profissionais de saúde de forma duradoura (Nagelkerk, Reick e Meengs, 2006; Muchiri, Gericke e Rheeder, 2009; Pedersen, Tewes e Bjerrum, 2012; Sleddens et al., 2015; Meuleman et al., 2015).

A ocorrência desta situação, vem de encontro com o postulado por Pereira (2009) e Silva (2011), quando ao se referirem aos aspetos orientadores da disciplina, afiguram que a operacionalidade prática dos pressupostos teóricos, estimula os investigadores em enfermagem a desenvolverem o conhecimento próprio da disciplina, que potencie as práticas de cuidados. Neste cenário, a análise de conteúdo aos “modelos expostos” tomando como alvo de estudo o foco de atenção – *gerir o regime dietético* –, pode ser uma mais valia ao contribuir para a obtenção de orientações para a construção de caminhos de desenvolvimento no que toca aos “modelos em uso”.

Pelo exposto, este estudo decorre da motivação expressa dos três elementos que o constituem, em contribuir para a consolidação de um corpo de conhecimentos da disciplina capaz de promover a qualidade dos cuidados de enfermagem. Dentro desta perspetiva, acreditamos que ao inferirmos o conjunto de dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem adequadas para promover a facilitação do processo de transição das pessoas confrontadas com a necessidade de *gerir um novo regime dietético*, estaremos a contribuir para o desenvolvimento de uma parte de um Modelo Clínico de Dados (MCD) dirigido para a gama dos fenómenos de interesse da disciplina.

Tomamos, portanto, o conceito de transição de domínio central para a enfermagem, e a *Teoria das Transições de Meleis*, como o referencial teórico que conduz este trabalho.

Paralelamente, e porque a qualidade dos cuidados está atualmente, muito dependente da informação partilhada entre os vários níveis do sistema de saúde, torna-se fundamental melhorar a interoperabilidade entre os sistemas (Paiva, et al., 2014). Tal como refere Pereira (2009), sem linguagens classificadas, é impossível produzir em larga escala, informação válida e fiável sobre os cuidados de enfermagem. Assim, ao explorarmos o conjunto de dados e conceitos relevantes para o foco de atenção: *autocuidado – gerir o regime dietético*, pensamos estar a dar um importante contributo para a formalização do conhecimento, através da uniformização da linguagem que a caracteriza, criando para isso, um MCD.

Os MCD, cuja estruturação e organização da informação esteja apoiada no melhor conhecimento formal disponível, constituirão, não só, ferramentas de suporte a melhores decisões clínicas, mas funcionarão, também, como agentes influenciadores de decisões mais congruentes com as necessidades específicas de cada cliente (Mendes, 2013). Como tal, a pertinência da construção de um MCD, aliada à elevada importância que o fenómeno em análise apresenta para a prática de cuidados, suscitaram este trabalho de investigação, que visa dar resposta à questão de partida: ***Quais os dados, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem que devem integrar um Modelo Clínico de Dados centrado no fenómeno do autocuidado: gerir o regime dietético?***

Este relatório pretende ser um fiel registo dos procedimentos realizados e das opções metodológicas assumidas ao longo da investigação, que permitiram responder à questão de partida. O ***primeiro capítulo*** pretende problematizar as questões do autocuidado e da gestão do regime terapêutico, com particular destaque para o processo de transição vivenciado pelas pessoas que necessitam incorporar um regime dietético a longo prazo; para além disto, aborda ainda alguns conceitos relacionados com os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e o papel dos MCD neste âmbito. No ***segundo capítulo*** reafirmamos a pertinência da presente investigação e possíveis contributos da mesma, e, posteriormente, detalhamos as opções metodológicas tomadas. O ***terceiro e quarto capítulo*** estão reservados para a análise e discussão dos resultados obtidos respetivamente, motivando uma síntese crítica sobre os mesmos e estabelecendo ligação com a investigação que tem sido produzida na área da gestão do regime dietético. Por último, na ***conclusão***, pretende-se apresentar algumas considerações, assim como as reflexões finais, exploração das limitações do trabalho desenvolvido e implicações do mesmo para a prática de enfermagem.

Por fim, a realização deste trabalho permite também, encerrar um ciclo de estudos iniciado em 2012, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado

pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), reproduzindo o processo de investigação efetuado.

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O corpo deste capítulo resulta da pesquisa e revisão da literatura realizadas a partir dos conceitos centrais do estudo, pelo que descrevemos e sistematizamos alguns dos aspetos mais relevantes. O capítulo inicia-se com a síntese de algumas áreas centrais deste estudo – *o autocuidado e a gestão do regime terapêutico* – com uma breve apresentação da *Teoria das Transições de Meleis*. Posteriormente, parte-se para a análise da componente do regime terapêutico enfatizada neste estudo – *o regime dietético*. No final, faz-se uma incursão na temática dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE), na qual se explicita o conceito de MCD e o seu papel como ferramenta promotora de melhores decisões clínicas.

1.1. O Conceito de Autocuidado no Processo de Doença

É de conhecimento geral que a problemática do envelhecimento populacional, e concomitante aumento das doenças crónicas, está a acontecer gradualmente em todo o mundo. Desde há várias décadas, que se tem vindo a assistir a uma progressiva inversão da pirâmide demográfica (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2012), no recenseamento de 2011, a base alargada que outrora correspondia à população jovem é atualmente estreita, encontrando-se o topo mais alargado. Esta inversão do perfil demográfico assemelha-se a um sino, onde a população com idade igual ou superior a 65 anos, verifica-se em maior número, o que se reflete numa proporção de idosos de 133,5 por cada 100 jovens (Pordata, 2015). Esta é uma realidade em vários países ditos desenvolvidos, da qual Portugal não foge à regra (Ibidem). Em resposta a este cenário as políticas de saúde por princípios economicistas e, também humanistas, colocam o enfoque na responsabilização, envolvimento e na capacitação não só da pessoa portadora de doença, como também das suas famílias, pela necessidade de assistirem o seu familiar, na gestão da condição de saúde (Bastos, 2012; Petronilho, 2013).

Os custos da doença crónica não se confinam aos custos médicos diretos com os tratamentos, equipamentos, com os internamentos ou reinternamentos (ICN, 2010). Há ainda custos indiretos significativos, incluindo: a menor produtividade de pessoas que em idade ativa vêm-se incapacitadas e condicionadas a uma reforma antecipada, os custos associados com o aumento dos subsídios, ou com as perdas pessoais e familiares (Ibidem).

Neste seguimento, a Direção-Geral da Saúde (2015) alerta para as causas de morte provenientes de doenças crónicas prematuras e evitáveis. Segundo esta fonte, considera-se morte prematura aquela que ocorre antes dos 70 anos de idade. Assim, reduzir a sua prevalência constitui o principal desafio do atual Plano Nacional de Saúde 2020 e, com vista à sua concretização, devem ser estabelecidos compromissos nas políticas sociais e da saúde ao nível da prevenção (Ibidem). Os hábitos alimentares, a hipertensão arterial, o índice de massa corporal elevado e o tabagismo, são reconhecidos como os fatores de risco modificáveis, que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos pela população portuguesa (Ibidem).

O relatório da Life Sciences & Healthcare (2011) vem corroborar com esta ideia, ao salientar para a importância de se melhorar o estado de saúde dos portugueses, tendo como base estratégica de atuação, a formação, a educação e a responsabilização dos cidadãos. De facto, e de acordo com Tanqueiro (2013), a iliteracia associada a um baixo nível de escolaridade, conhecimento insuficiente sobre a doença e seu tratamento, são identificadas como barreiras importantes que podem estar na origem da dificuldade sentida pelas pessoas, em cuidar de si mesmas. Por este motivo, o Plano Nacional de Saúde (2015), numa lógica de ganhos em saúde estabelece linhas de orientação, recomendações e ações concretas de carácter estratégico, que visam contribuir para a melhoria da saúde individual e coletiva dos cidadãos, passando pela promoção da literacia, *empowerment*, e participação, criando condições para que estes se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde.

Face a esta necessidade de mudança no paradigma de cuidados, o conceito de autocuidado surge como um elemento fundamental para o controlo da progressão das doenças crónicas e, para a otimização dos recursos dos sistemas de saúde (Hoy, Wagner e Hall, 2007). Neste enquadramento, o autocuidado assume-se como um conceito central e multidimensional da profissão e disciplina de enfermagem (Söderhamn, 2000; Orem, 2001; Pereira, 2007), que foi evoluindo ao longo dos tempos. Isto, em parte devido à necessidade sentida pelos enfermeiros em dar resposta às reais necessidades das pessoas (Silva, 2007), face às alterações dos padrões e prevalência das doenças crónicas (PNS, 2015).

A conceptualização do autocuidado foi fortemente influenciada por Orem, onde na sua Teoria do Défice de Autocuidado, refere que o autocuidado não é uma atividade inata, mas antes aprendida e desenvolvida, que implica a aquisição pela pessoa de conhecimento sobre o ambiente e sobre si própria, de forma a ser capaz de dar respostas adaptadas às situações concretas e aos seus diferentes significados (Orem, 1993; 2001; Söderhamn, 2000).

O autocuidado pode também ser definido como um conjunto de atividades – de pessoas maduras ou a amadurecer – que desenvolveram a capacidade de tomar conta de si mesmas, dentro do seu contexto, com a finalidade de satisfazerem as próprias necessidades, de maneira a contribuírem para a manutenção da vida, saúde e bem-estar (Söderhamn, 2000). Quando realizado de forma efetiva, este contribui para a integridade estrutural, para a funcionalidade e para o desenvolvimento humano (Söderhamn, 2000; 2013).

Como resposta humana no domínio dos processos intencionais, o autocuidado é considerado um comportamento de procura de saúde, moldado pelas experiências de vida e influenciado por fatores internos e externos à pessoa (Hoy, Wagner e Hall, 2007). Aqui inscrevem-se fatores como: o sistema familiar; a adequação e disponibilidade dos recursos de saúde; o contexto sociocultural; o estado de saúde, e as características intrínsecas de cada pessoa, como é o caso da perceção dos benefícios do suporte e tratamento; as crenças de saúde; os significados; as expectativas face aos resultados; o nível de conhecimento; as capacidades cognitivas e instrumentais; a motivação; o autoconceito e a autoeficácia (Backman e Hentinen, 1999; Hoy, Wagner e Hall, 2007).

Segundo o *International Council of Nurses* (ICN) (2011, p.41), o foco autocuidado é uma atividade executada pelo próprio que consiste no “*tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária*”. Nesta perspetiva, podemos assumir que o autocuidado é concebido como uma prática constante, direcionado para suprir todas as necessidades da vida das pessoas, ao ponto de estas controlarem e preservarem a sua vida, saúde e bem-estar, independentemente dos contextos em que se inserem ou da condição de saúde.

Todavia, quando estas necessidades são superiores à capacidade de a pessoa cuidar de si mesma, surge um défice de autocuidado, que requer a intervenção de outras pessoas (Orem, 1993).

Nestas circunstâncias e, pelos pressupostos enunciados anteriormente, vivenciar a experiência de doença crónica – sequelas de doença ou doença prolongada – é um

acontecimento único para cada pessoa, que não pode ser desconsiderado pelos profissionais de saúde (Tanqueiro, 2013).

Deste modo, se o autocuidado envolve entre outras premissas, capacidades de desempenho para resolver problemas e tomar decisões (Hoy, Wagner e Hall, 2007; Richard e Shea, 2011), uma das estratégias de atuação por parte dos profissionais de saúde que pode concorrer para a aceitação dessa responsabilidade, baseia-se, na promoção do *empowerment* da pessoa com doença crónica, a ponto de esta, gerir a sua condição de saúde-doença, de forma independente (Bodenheimer et al., 2002).

O objetivo é, portanto, o de facilitar a mudança nas capacidades de desempenho da pessoa, ou criar novas capacidades de ação através de uma abordagem de promoção de saúde adaptada à resolução de problemas, à tomada de decisão e à utilização de recursos, numa perspetiva colaborativa dos cuidados (Hoy, Wagner e Hall, 2007).

No domínio dos requisitos de autocuidado em situações de desvio de saúde, o que se pretende é que a pessoa consiga colmatar as suas limitações no desempenho do autocuidado (Orem, 2001), a ponto de esta, incorporar no seu quotidiano um conjunto de comportamentos de procura de saúde, dos quais se engloba também, a gestão eficaz do regime terapêutico (Padilha, 2013).

Nesta perspetiva, percecionamos o conceito de autocuidado enquanto processo intencional, numa dualidade entre o que é intrínseco à pessoa, ou seja, é apreendido através da experiência, educação, cultura, crescimento e desenvolvimento e, o que é adquirido face a situações em que as necessidades que a pessoa requer, são superiores à sua capacidade, ocasionadas por motivos de desvio na sua saúde.

1.2. Gestão do Regime Terapêutico: Um Requisito do Autocuidado

A gestão do regime terapêutico tem vindo a ser alvo de vários trabalhos de investigação, encontrando-se nas últimas décadas, mais e melhor evidência produzida e documentada sobre o tema.

Assumimos ao longo desta dissertação, o conceito de gestão do regime terapêutico, como um sinónimo da tradução livre de *self management* (autogestão) e, como um requisito do autocuidado em situações de desvio de saúde. Este último – o autocuidado – mais abrangente, inclui o conceito de autogestão (Richard e Shea, 2011).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão β2, a gestão do regime terapêutico apresenta-se como um foco de atenção para a prática de enfermagem (ICN, 2002). Contudo, na terminologia que data o início da realização deste trabalho – CIPE® versão 2013 – o termo “gestão” é inexistente, encontrando-se associado a conceitos como o de autocuidado, a capacidade para gerir, atitude face ao regime, conhecimento sobre o regime, e ainda, à discriminação das componentes do regime (medicamentoso, dietético, exercício, etc.).

Com base numa revisão da literatura efetuada a diferentes trabalhos académicos, Bastos (2012) vem reforçar esta ideia, ao identificar que nos contextos da prática, os enfermeiros subvalorizam o termo gestão, dirigindo a documentação de cuidados para conceitos como o de adesão, aprendizagem de habilidades e conhecimento. A mesma autora (2012, p.68) refere que o mesmo se passa quando analisadas as temáticas dos estudos, ou seja, *“que a terminologia adesão tem, em Portugal e no meio académico, uma utilização muito mais frequente que a terminologia gestão do regime terapêutico”*.

Todavia, é através da capacitação da pessoa para gerir a sua condição de doença, o seu regime terapêutico, e o impacto que estes podem provocar na sua vida (Ryan e Sawin, 2009), que surgem os resultados positivos e os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Pereira, 2009).

Pelo exposto, apesar do termo “gestão” não se encontrar contemplado na versão mais recente da CIPE®, projetamos a sua importância, enquanto foco de atenção, ou seja, enquanto aspeto de saúde relevante para a prática dos enfermeiros e, a sua alteração face ao expectável, caracterizada pela associação de um juízo clínico, que representará em última análise, o estado do fenómeno, ou seja, o diagnóstico de enfermagem. Desta forma, se efetuarmos uma identificação rigorosa da necessidade de cuidados, em que o fenómeno versa a gestão do regime terapêutico, estaremos a reconhecer a necessidade de implementação de intervenções, capazes de fazer alterar o juízo diagnóstico.

O conceito de gestão do regime terapêutico procura captar a complexidade de viver com uma ou várias condições de doença crónicas, implicando a necessidade de desenvolver competências para as gerir no quotidiano, razão pela qual está inerente, e pode ser incluído, no âmbito do autocuidado (Richard e Shea, 2011).

Este conceito, é definido por Barlow e colaboradores (2002) como um processo dinâmico e contínuo de autorregulação, centrado na promoção da capacidade da pessoa para gerir os sintomas, o regime de tratamento, as consequências físicas, emocionais e sociais da doença e, as mudanças inerentes à vivência da doença crónica.

A gestão do regime terapêutico eficaz engloba a capacidade de a pessoa monitorizar a sua condição de saúde, enfatizando a adoção de respostas cognitivas, comportamentais e emocionais necessárias para a manutenção do bem-estar, autonomia e qualidade de vida (Barlow et al., 2002; Whittemore e Dixon, 2008).

Ryan e Sawin (2009) reconhecem a gestão do regime terapêutico como um fenómeno multidimensional e complexo, tradicionalmente centrado na pessoa e nos membros da família prestadores de cuidados ao longo de todo o ciclo vital. Inclui ainda, o conhecimento e as crenças, competências de autorregulação, habilidades e suporte social, para que as pessoas se envolvam em comportamentos saudáveis, sendo capazes de gerir as condições de saúde (Ibidem).

De acordo com Lorig e Holman (2003), existem cinco competências básicas necessárias para que as pessoas se tornem participantes ativos e implementem comportamentos que lhes permitam lidar com os problemas que vivenciam, sendo estes: (1) *a resolução de problemas*; (2) *a tomada de decisão*; (3) *a utilização dos recursos*; (4) *o desenvolvimento de parcerias com os profissionais de saúde*; (5) *a implementação de um plano de ação individualizado*.

Relativamente à *resolução de problemas*, observada como capacidade fundamental para a gestão do regime terapêutico e inclui: a definição do problema, a formulação de possíveis soluções como o apoio de amigos e profissionais de saúde, a implementação de soluções, e a avaliação do resultado (Ibidem).

A segunda competência prende-se com as atitudes, a informação e os conhecimentos necessários para a *tomada de decisão* em resposta às mudanças nas condições de saúde (Lorig e Holman, 2003). Dito de outra forma, a pessoa deve possuir a informação apropriada, e o conhecimento necessário, para atender às mudanças que ocorrem ou poderão vir a ocorrer na sua saúde atuando em consonância (Ibidem).

A terceira competência relaciona-se com a capacidade de *localizar e utilizar os recursos disponíveis*. Segundo Lorig e Holman (2003) a gestão do regime terapêutico, para além de incluir o ensino sobre a procura dos recursos e a aprendizagem acerca da forma como os utilizar, deve disponibilizar também, alternativas para que a procura de informação seja efetuada através dos diferentes meios disponíveis e em simultâneo quando possível.

A quarta competência prende-se com o *desenvolvimento de parcerias com os profissionais de saúde*, cujo papel de suporte visa capacitar a pessoa a tomar decisões esclarecidas, discutindo-as em conjunto, de forma a obter um leque de alternativas passíveis de serem autonomizadas no processo de gerir a sua saúde (Ibidem).

Também, Sousa, Martins e Pereira (2015), no estudo que desenvolveram, reconhecem a importância atribuída à interação terapêutica entre a pessoa e os profissionais de saúde, mais concretamente os enfermeiros, assumindo-a como muito relevante na produção de ganhos em saúde.

A quinta e última competência necessária para a autogestão da doença, diz respeito à criação de um *plano de ação individualizado e à sua implementação* (Lorig e Holman, 2003). Neste ponto, o mais importante é a realização de um plano de ação realista, exequível e de curta duração. Na verdade, a aquisição desta competência implica que a pessoa se sinta capaz e confiante para adotar um determinado comportamento ou executar uma determinada tarefa com sucesso (Ibidem). O objetivo dos planos de ação, refletem, portanto, a intenção dos profissionais de saúde em dotar a pessoa de confiança, para que esta se envolva nas decisões, modifique comportamentos ou a prática de atividades de promoção de saúde (Bodenheimer, 2002; Newman, Steed e Mulligan, 2004).

A ênfase que deve ser colocada na gestão do regime terapêutico, no *empowerment* e na responsabilidade, tem potencial para melhorar a autoeficácia percebida por parte da pessoa, para que adira ao plano de tratamentos e atue no sentido da manutenção da sua saúde (Lorig et al., 1999; Bodenheimer, 2002).

Para Sol e colaboradores (2008) existe evidência suficiente que realça a autoeficácia como uma condição importante para que a gestão do regime terapêutico seja eficaz, e para que ocorra mudança de comportamentos. A autoeficácia foi definida por Bandura (1998 cit. por Sol et al., 2008) como a crença ou expectativa sobre as capacidades próprias para realizar uma tarefa necessária e para alcançar um objetivo desejado relacionado com a saúde. Esta convicção pessoal pode determinar a forma como as pessoas se posicionam em relação à sua saúde, pela forma como se sentem, pensam, motivam e se comportam, perante um estado de doença (Jones e Riazi, 2011). Elevados níveis de autoeficácia são um importante pré-requisito para alcançar melhores resultados de autogestão (Bodenheimer et al., 2002), aumentam as expectativas de vida das pessoas, reduzem o recurso aos serviços de saúde e são também, um fator concorrente para a mudança de comportamentos (Sol et al., 2008). Paralelamente, Holman e Lorig (2004) afirmam que a atitude ou a perceção da pessoa em relação à sua situação de saúde são fatores determinantes para a gestão da doença.

Outro conceito relacionado com a gestão do regime terapêutico é, como já referido, a autorregulação. A autorregulação pode ser definida como um processo interativo, que exige da pessoa autorreflexão, enquanto se envolve nos processos de mudança, que apontam para resultados específicos (Richardson et al., 2014). As competências e

habilidades de autorregulação compreendem processos de definição de metas, de monitorização, de pensamento reflexivo, de tomada de decisão, de planeamento para se envolver em comportamentos específicos, de autoavaliação e de gestão de respostas físicas, emocionais e cognitivas associadas com a mudança de comportamentos de saúde (Ryan et al., 2011).

Um conceito próximo com o da gestão do regime terapêutico é o conceito de adesão (*adherence*) ao regime terapêutico. Estes conceitos têm significados diferentes e expressam diferentes filosofias conceptuais, que se evidenciam na forma e na intencionalidade das intervenções dos profissionais de saúde (Bastos, 2012). Consideramos que a adesão em alguns casos possa ser um importante indicador de resultado e, um dado, cujo significado não termina em si mesmo, mas que é indicador de uma condição que irá requerer mais exploração para se inferir qual a necessidade de intervenção por parte dos enfermeiros.

Por sua vez, a gestão do regime terapêutico é um conceito mais global, influenciada pela volição, mas que vai muito para além da concordância e adesão a um conjunto de prescrições, referindo-se também à capacidade para tomar decisões conscientes sobre a mudança de um comportamento face a uma nova circunstância, incorporando, por isso, o autoconhecimento e as capacidades instrumentais para interpretar e agir em conformidade (Bastos, 2012). De forma singular, a gestão do regime terapêutico é determinantemente influenciada, pela experiência e pelos desafios que a doença coloca no quotidiano (Whittemore e Dixon, 2008). A gestão do regime terapêutico não é um processo linear e consistente, em vez disso, está assente no contexto pessoal e social das pessoas (Kralik et al., 2004; Whittemore e Dixon, 2008). Portanto, não deve ser visto como o objetivo final, mas antes, como um meio para desenvolver e manter o bem-estar (Cardol et al., 2012).

A experiência de aprender a viver com uma doença crónica e as transformações decorrentes da mesma, condicionam a pessoa a todo um processo de reformulação da sua identidade e sentido do eu, pelas exigências decorridas da própria doença, pelo que, este processo de transição deve ser encarado com um sentido de procura da normalidade, influenciado pelas experiências passadas, presentes e significados que a mesma atribui à sua condição (Meleis et al., 2000; Kralik et al., 2004). A enfermagem deve por isso, estar orientada para a compreensão e conhecimento sobre a forma como as pessoas lidam e vivem com os desafios que as alterações nos seus estados de saúde, e as transições que experimentam lhes provocam (Pereira, 2009).

1.2.1. Gerir o Regime Terapêutico: Uma Transição Saúde – Doença

Meleis e Trangenstein (1994) definiram Enfermagem como o processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar. Esta definição desenvolve-se à volta do conceito central de “transição”, enquanto passagem de uma fase da vida para outra, ou mudança de uma condição para outra. Neste contexto, todas as transições envolvem mudança, mas nem todas as mudanças se relacionam com transição.

A experiência da transição está por isso associada a mudanças que ocorrem na vida da pessoa, que implicam uma redefinição dos significados associados aos eventos, através da aprendizagem de novos conhecimentos e competências que conduzem a alterações no comportamento e, conseqüentemente, a uma alteração da definição de si mesmo no contexto social (Meleis et al., 2000; Kralik, Visentin e Loon, 2006; Meleis, 2007). Segundo Bridges (2004), transição não é apenas um sinónimo de mudança, mas incorpora os processos psicológicos envolvidos na adaptação face ao evento perturbador e gerador da mudança. Como tal, o processo de transição decorre num período de tempo, não é um processo de etapas, mas sim, um processo contínuo.

Durante a transição, as pessoas tendem a ficar mais vulneráveis, experienciam perdas de natureza pessoal, familiar e social e o seu autoconceito pode ser prejudicado, na medida em que se apercebem que não estão a ser capazes de controlar a nova situação com as habilidades que possuem (Meleis, 2010). Nesta perspetiva, os desequilíbrios que podem advir de uma alteração do estado de saúde para um estado de doença, remete-nos para as experiências que as pessoas vivenciam face ao que se apresenta como novo ou diferente na sua condição de saúde.

A experiência de viver com uma doença crónica é um acontecimento único para cada pessoa, que requer aprendizagem, preparação para lidar com as exigências da situação, uma adaptação à mudança e ao que ficou diferente, nomeadamente, com a incorporação de um regime terapêutico. A evidência disponível sobre o tema aponta para a dificuldade sentida por parte das pessoas, em incorporar o regime terapêutico, autogerindo-o, quer pela sua complexidade subjacente, como pelo impacto diário que a própria doença causa nas suas vidas e na forma como estas percecionam as mudanças ocorridas (Newman, Steed e Mulligan, 2004; Sol et al., 2008; Ryan e Sawin, 2009; Pascucci et al., 2010; Schulman-Green et al., 2016).

Em resposta a situações de rutura na saúde, a pessoa necessita reconhecer o que se tornou diferente, ou seja, que a manutenção do anterior modo de viver pode constituir-se

uma ameaça e que a realidade atual implica a construção de mudanças duradouras no quotidiano. Posto isto, Kralik, Visentin e Loon (2006) sublinham a importância da pessoa se consciencializar face ao que tornou diferente na sua vida, para desta forma envolver-se em atividades que sejam benéficas à sua saúde e bem-estar. A consciencialização é por isso uma propriedade chave de todo o processo, na medida em que está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição. Assim, o nível de consciencialização espelha a congruência entre o que se conhece sobre os processos e respostas esperadas e, as perceções das pessoas que vivenciam transições semelhantes (Meleis et al., 2000).

Por outro lado, o nível de consciencialização influencia o grau de envolvimento, na medida em que a pessoa só se envolve na transição depois de iniciar o processo de consciencialização, uma vez que ninguém se envolve em algo que não existe para si (Meleis et al., 2000). Para além disso, salienta-se que o sofrimento imposto pela mudança configura o desenvolvimento de aspetos volitivos centrais para a transformação no decorrer da transição (Kralik, Visentin e Loon, 2006). Dito de outra forma, a presença de sintomas tem uma grande influência na perceção da doença e no comportamento subsequente. Isto propõe que as pessoas apenas irão realizar certas mudanças no seu comportamento se as percecionarem como significativas para si, e para o seu bem-estar (Cooper, Booth e Gill, 2003). Neste particular, o envolvimento da pessoa que reconhece as mudanças físicas, emocionais e sociais será muito diferente daquela em que tal não acontece. Assim, a procura de informação ou de recursos, a preparação antecipada e a necessidade de ajustamento pró-ativo face ao que ficou diferente, veiculam o grau de envolvimento no processo de transição (Meleis et al., 2000).

Em linha com o mencionado Tovazzi e Mazzoni (2012) salientam, que as pessoas que desenvolvem uma consciencialização facilitadora sobre as mudanças que estão a acontecer, por via da compreensão e reconhecimento dos benefícios inerentes de integrar um determinado regime terapêutico, conseguem compreender melhor o propósito da sua manutenção para o controlo da doença.

Efetivamente existem pontos críticos na vida das pessoas que geram instabilidade e que, inevitavelmente, conduzem ao estabelecimento de novas rotinas e estilos de vida, bem como à aprendizagem de novas capacidades e atividades, de forma a restaurar a estabilidade (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007). Essa estabilidade é garantida quando a pessoa demonstra indicadores de resultado que se traduzem na mestria e na assunção de uma nova identidade, reformulada, assente na identidade anterior (Mendes, Bastos e Paiva, 2010).

Todavia, para compreender as experiências da transição é necessário conhecer as *condições pessoais, da comunidade e sociedade*, uma vez que estas podem constituir-se como fatores facilitadores ou inibidores da transição, exercendo uma enorme influência no decorrer da mesma. Destacam-se como condições pessoais, *os significados, as crenças e atitudes pessoais, o nível socioeconómico*, assim como o *nível de preparação e conhecimento prévio* à transição.

A par das condições pessoais, os contextos externos, concretamente da *comunidade e sociedade*, consubstanciam as restantes condições com relevância na temporalidade da transição.

Os estudos demonstram que os desafios colocados às pessoas pelos regimes terapêuticos complexos com que se veem confrontadas a gerir, são mediados igualmente, por fatores intrínsecos ou extrínsecos a elas, estes últimos, advindos do contexto comunitário em que se inserem (Cooper, Booth e Gill, 2003; Schulman-Green et al., 2012; Schulman-Green et al., 2016). Dos fatores intrínsecos, destacam-se os conhecimentos, as crenças face às propostas terapêuticas disponibilizadas (culturais, religiosas e de saúde), o estado psicológico, as atitudes, a força de vontade e as experiências prévias (Schulman-Green et al., 2016). No que respeita aos fatores externos emergem da literatura essencialmente, os recursos comunitários disponíveis (financeiros, equipamentos e suporte social), os fatores ambientais e a adequação dos sistemas de saúde (Ibidem).

A evidência disponível sobre o tema conceptualiza os fatores condicionadores como negativos, revelando-se dificultadores para a gestão do regime terapêutico ou, como positivos, transformando-se em facilitadores da gestão e, simultaneamente, daquilo que se tornou diferente com o surgir da condição de doença.

1.2.2. Gerir o Regime Terapêutico na Componente do Regime Dietético

O conceito de regime terapêutico complexo refere-se a um regime com recurso a múltiplas estratégias farmacológicas e não farmacológicas em simultâneo (Padilha, Oliveira e Campos, 2010). Perante uma condição de doença que incite a pessoa a incorporar novos hábitos alimentares na sua rotina, dentro das estratégias não farmacológicas, realçamos para efeitos desta tese, a necessidade de adoção de um regime dietético saudável.

A alimentação saudável é uma forma racional de comer que assegura variedade, equilíbrio e quantidade adequada dos alimentos escolhidos pela sua qualidade nutricional, e permite alcançar e manter um peso adequado, ter um consumo ajustado de frutas, verduras, legumes e leguminosas; manter um consumo restrito de gorduras totais, limitar a ingestão de hidratos de carbono simples e de sal (Lorentsen e Bergstad, 2005; Nagelkerk, Reick, Meengs, 2006; Shepard et al., 2006; Lazarou e Kouta, 2010; Pedersen et al., 2012; Griva et al., 2013; Sievenpiper e Dworatzek, 2013).

Contudo, de acordo com Peres (1994), em Portugal, talvez por motivos culturais, a generalidade da população abusa fundamentalmente de dois tóxicos alimentares: o sal e o álcool. Por isso, conforme advoga o mesmo autor estamos entre os campeões mundiais quanto à prevalência de diversas doenças crónicas, nomeadamente, as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, o alcoolismo e suas complicações patológicas e sociais associadas.

Na verdade, vários estudos efetuados têm demonstrado que o comportamento da pessoa nas diferentes dimensões do regime não é semelhante. Tal como seria expectável e conforme a literatura o demonstra, tem-se verificado níveis mais elevados de adesão ao regime medicamentoso, quando comparados com aspetos relacionados com a dieta (Sousa, 2014). Dentro das propriedades do regime dietético, os estudos realçam a dificuldade sentida por parte das pessoas na incorporação de novos hábitos alimentares e, conseqüente mudança de padrões alimentares já enraizados no seu quotidiano. No âmbito desta componente, a literatura evidencia que a adesão às alterações do padrão alimentar a curto prazo, são por norma bem-sucedidas. Porém, o mesmo não acontece na necessidade de manter esse padrão alimentar a longo prazo – gestão do regime dietético –, sendo na maioria das vezes classificada de comprometida ou ineficaz, visto que estas alterações implicam que as pessoas empreendam maiores mudanças nos seus estilos de vida (Savoca e Miller 2001; Brito-Ashurst et al., 2010; Kline e Pedersen, 2010; Gonzalez et al., 2010; Pascucci et al., 2010; Hsueh et al., 2011; Lundberg e Thrakul, 2012; Orzech et al., 2013).

Nesta componente incluem-se, portanto, necessidades de reajustamento de atitudes e comportamentos, tendo em conta os objetivos decorrentes da especificidade da doença ou condição (Bosworth et al., 2008; Walsh e Lehane, 2011; Tovazzi e Mazzoni, 2012). A mudança é na maioria das vezes considerada difícil, seja pela integração de novas rotinas e hábitos alimentares, designadamente a frequência das refeições, as alterações na quantidade e conteúdo, a perda de espontaneidade no decorrer mesmas, como também pela necessidade de redefinição dos significados atribuídos à condição e ao novo regime dietético instituído (Nagelkerk, Reick e Meengs, 2006; Larazou e Kouta, 2010). De um modo

geral, as pessoas trocam um padrão alimentar saudável por um padrão desequilibrado, desajustado em relação às exigências da doença (Peres, 1994; Pinho, Franchini e Rodrigues, 2016), privilegiando os aspetos culturais e os hábitos alimentares associados ao prazer de comer (Shepard et al., 2006; Brito-Ashurst, 2010; Griva et al., 2013; Pinho, Franchini e Rodrigues, 2016). Se associarmos a estes aspetos, o elevado custo dos produtos alimentares e as repercussões a nível económico que uma alimentação equilibrada implica no seio das famílias hoje em dia, mais facilmente percebemos a dificuldade que apresentam em gerir os orçamentos familiares para a aquisição de produtos de melhor qualidade (Nagelkerk, Reick e Meengs, 2006; Chen, Acton e Shao, 2010; Orzech et al., 2013).

Desta forma, os estudos vêm chamar a atenção para a necessidade de os profissionais de saúde flexibilizarem o regime alimentar, pois ainda se desconhece a dieta ideal. Embora permaneça claro que esta deve ser rica em proteínas e baixa em calorias, seguindo os princípios da dieta mediterrânica, a verdade é que o regime alimentar aconselhado para determinada pessoa deve ser aquele que ela vai conseguir fazer e manter ao longo da sua vida (Lazarou e Kouta, 2010; Sievenpiper e Dworatzek, 2013). Segundo Pinho, Franchini e Rodrigues (2016), não se trata apenas de seguir os princípios de uma alimentação saudável, mas também, de alcançar o sabor desejado e um maior grau de satisfação e envolvimento com as pessoas que partilham a mesma refeição. No contexto do padrão alimentar mediterrânico e do estilo de vida que lhe está associado, a versatilidade culinária e a capacidade de oferecer diversidade possui uma importância equiparada à da adequação e valor nutricional dos alimentos (Ibidem).

1.3. Os Sistemas de Informação em Enfermagem

A necessidade de acesso à informação é cada vez maior por parte de todos os que se encontram envolvidos no processo de cuidados (Sousa, 2012). Para Pereira (2009, p. 31) “vivemos na(s) sociedade(s) da informação”, pelo que, no âmbito da saúde, não é de estranhar a preocupação crescente com o desenvolvimento de Sistemas de Informação (SI) eficientes que permitam a maximização da gestão dos serviços e que promovam a melhoria dos cuidados de saúde (Sousa, 2006).

É consensual, que os enfermeiros constituem o maior grupo profissional na área da saúde, sendo os que mais informação clínica produzem, processam, documentam e

disponibilizam nos SI em relação à saúde dos cidadãos (Simões e Simões, 2007; Jesus e Sousa, 2011). Os SIS definem-se como um conjunto de componentes inter-relacionados que recolhem, processam, armazenam e distribuem a informação, apoiando o processo de tomada de decisão e assistindo na gestão das organizações de saúde (Marin, 2010).

Neste contexto, quanto melhor os SI conseguirem reunir, guardar, processar e facultar informação relevante, de modo a torná-la acessível e útil para aqueles que a desejam utilizar, melhor será a prestação de cuidados, uma vez que, o valor da qualidade da informação disponível aos profissionais de saúde, está diretamente relacionada com a qualidade da tomada de decisão (Sousa, Frade e Mendonça, 2005; Häyrynen, Saranto e Nykänen, 2008; Marin, 2010).

Pelo exposto, no setor da saúde reconhece-se a importância associada à qualidade dos SI visto que estes asseguram (ou deveriam assegurar) a informação útil e necessária às diferentes funções dos profissionais de saúde e aos diferentes níveis de decisão das instituições (Mota, Pereira e Sousa, 2014). É neste sentido que, otimizar o fluxo informacional numa instituição de saúde precisa ser encarado como uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade de cuidados prestados ao cidadão (Sousa, 2006).

Se por um lado, os profissionais de saúde exigem que a informação clínica esteja presente no momento e local onde é mais necessária e, simultaneamente, assiste-se a um maior envolvimento dos cidadãos nas tomadas de decisão; por outro lado, os gestores e decisores políticos, pretendem aceder à informação em tempo útil, para a definição de políticas, programas de gestão e monitorização da qualidade dos cuidados disponibilizados (Sousa, 2012).

Em termos informacionais, a qualidade da informação ou do conhecimento é diretamente dependente da qualidade dos dados que lhe dão origem (Pereira, 2009). Por tudo isto, torna-se necessário garantir que os SIS integrem os dados relativos aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2007), que garantam a qualidade e fiabilidade do processo de tomada de decisão (Jesus e Sousa, 2011).

Durante os últimos anos a quantidade de dados, a natureza da informação e do conhecimento usados em enfermagem tornou-se mais complexa (Goossen, 1996), na medida em que, *“aquilo que os enfermeiros documentam é concebido como um recurso capaz de acrescentar valor àquilo que fazem, em benefício dos clientes”* (Pereira, 2009, p.86).

Assim, os enfermeiros enquanto *“trabalhadores do conhecimento”* necessitam de ferramentas que lhes permitam organizar, gerir e tratar todos os dados que produzem (Pereira, 2007). Em Portugal as últimas décadas foram marcadas por movimentos de

reengenharia ao nível dos SIE (Jesus e Sousa, 2011). A rotura entre o passado e o futuro corporiza-se na possibilidade de a informação estar disponível, quando e onde um serviço de saúde vai ser prestado a um cidadão, independentemente da natureza das instituições que o prestam (Nascimento, 2011). De uma lógica inicial essencialmente executiva avançou-se para uma lógica mais conceptual, o que alarga o leque de aspetos a documentar (Silva, 2006). Assistiu-se, portanto, à evolução natural dos SIE, de estruturas em papel para os SIE informatizados, que permitiu a construção de um novo modelo de dados para o SIE, ao nível da estrutura e conteúdos (Sousa, 2012).

Para além de constituírem ferramentas essenciais à continuidade de cuidados, os SIE devem ser entendidos como potentes repositórios de dados de um cliente, em suporte eletrónico, que permitam o armazenamento e a partilha de informação com diversos utilizadores autorizados (Häyrinen, Saranto e Nykänen, 2008). Ou seja, os SIE devem permitir inferir resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, passíveis de serem utilizados na formalização do conhecimento de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2007; Pereira, 2009).

Segundo Pereira (2009) quando falamos em informação referimo-nos a três conceitos próximos, mas distintos: dado, informação e conhecimento. Os dados dizem respeito a factos isolados, representações não estruturadas que poderão ou não ser pertinentes ou úteis numa determinada situação (Sousa, 2006), ou seja, são entidades discretas objetivamente enumeradas sem qualquer tipo de interpretação (Pereira, 2009). Para tomar uma decisão os enfermeiros têm obrigatoriamente de colher dados, os quais, quando são relevantes passam a constituir-se informação (Brito, 2004). Assim, estes dados, uma vez processados, produzem informação que por sua vez quando analisada e interpretada gera conhecimento do domínio da disciplina de enfermagem (Marin e Cunha, 2006). Dados, informação e conhecimento e as suas inter-relações com os processos de comunicação e decisão são elementos intervenientes na tomada de decisão (Sousa, 2006).

Hoje, o primeiro recurso a gerir é a informação e assim os SIE, têm sido alvo de investigação e reflexão, para que a natureza dos cuidados de enfermagem não fique invisível nos SI do futuro (Simões e Simões, 2007). Face a esta realidade exposta, os SI informatizados são os mais novos recursos disponíveis que têm como premissa básica contribuir para a melhoria da qualidade, da eficiência e da eficácia dos cuidados prestados, pelo apoio no processo de tomada de decisão, fornecendo em tempo real todo e qualquer dado que o enfermeiro necessita pela partilha de informação, necessária à continuidade de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2007; Marin, 2010; Jesus e Sousa, 2011; Barra e Sasso, 2011).

Os enfermeiros sentem a necessidade do estabelecimento de uma linguagem comum para descrever as suas práticas, o que tem levado muitos profissionais de vários países a reunir esforços na criação de uma classificação que descreva a prática de enfermagem (Cunha, Ferreira e Rodrigues, 2010). De facto, os enfermeiros não deverão ter medo do seu potencial (Sousa, 2006), visto que tal como é referido por Silva (2006 p.37), parafraseando Talberg (1992) “*se não o fizermos, alguém o fará por nós*”.

No mesmo sentido, Pereira (2009) salienta que, porque a informação é fundamental para os cuidados de enfermagem, é indubitável que os SI – velhos ou novos, baseados em papel ou informatizados – afetam a prática da enfermagem. Para o mesmo autor a identificação de um conjunto de aspetos de saúde altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem representa um contributo para a delimitação do domínio da disciplina. Nesta conformidade, apostar na melhoria da performance e da qualidade do ato de documentar torna-se um imperativo de natureza ética, moral, social e profissional (Jesus e Sousa, 2011).

O primeiro passo para a uniformização da linguagem dos enfermeiros é precisamente a utilização de terminologias para a documentação dos cuidados, pois um sistema de informação só se torna viável através do uso de uma linguagem classificada (Mendes, 2013).

A CIPE[®], um produto do *International Council of Nurses* (ICN), surge assim da tentativa de desenvolver uma terminologia de enfermagem agregadora das múltiplas já existentes nos diferentes contextos internacionais (Brito, 2004; Mendes, 2013; ICN, 2016). É, por conseguinte, uma terminologia que sustenta a padronização da documentação de enfermagem no momento de prestação de cuidados sendo que a informação daí resultante pode ser utilizada para o planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem, previsões financeiras, análise dos ganhos em saúde dos utentes e desenvolvimento de políticas (Administração Central do Sistema de Saúde, 2009).

Em Portugal, graças a um trabalho pioneiro na área dos sistemas de informação, realizado por Silva (1995; 2001), tornou-se possível a construção de um modelo de dados para um SIE informatizado – o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE[®]) – que possibilitou a utilização de SI incorporando a CIPE[®], enquanto terminologia, bem como a pré-combinação de conceitos classificados facilitadores da construção dos enunciados dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem.

Na altura, tratava-se de evoluir de sistemas em suporte de papel baseados em texto livre para sistemas eletrónicos baseados em linguagem estruturada (Paiva et al., 2014).

A inclusão da CIPE[®] como linguagem no modelo de dados desenvolvido para a descrição dos cuidados, em particular os diagnósticos, as intervenções e os resultados de

enfermagem, para além de representar um passo importante na formalização do conhecimento próprio utilizado nas práticas, concorre para a necessária partilha de códigos e significados essenciais na geração de sínteses informativas, capazes de promover a gestão da informação (Pereira, 2009).

Paralelamente, a progressiva consciencialização sobre a necessidade de construir SIE promotores de comunicação e da continuidade de cuidados fez emergir um estudo desenvolvido por Sousa (2006), do qual resulta uma estrutura de partilha de informação e articulação dos SIE interinstitucionais. Este sistema foi capaz de promover avanços substanciais na qualidade dos cuidados de enfermagem, ao permitir o acesso à informação clínica relevante produzida em contexto hospitalar e em contexto comunitário (Ibidem). O SAPE® tornou-se assim, o suporte eletrónico de documentação de enfermagem mais utilizado nas instituições de saúde públicas portuguesas, tanto em hospitais como em centros de saúde, possibilitando a comunicação e a partilha de informação entre diferentes níveis de assistência (Mendes, 2013).

Contudo, a utilização de um vocabulário padronizado não significa que a interoperabilidade e a troca de informações entre sistemas informatizados possam ser obtidas (Marin, 2009). As dificuldades surgem quando as palavras utilizadas não são *standardizadas* e o seu significado não é partilhado, variando de acordo com o contexto e compreensão particular das pessoas que as utilizam (Brito, 2004).

Neste particular Silva (2006) veicula a ideia de que, só comunicamos através da linguagem se todos atribuirmos os mesmos significados aos mesmos significantes. Constatase assim a necessidade de facilitar a partilha e o uso da informação produzida pelos enfermeiros, assegurando que a mesma é compreendida, quer pelos sistemas em uso, como pelos seus utilizadores (Sousa, 2012).

O Modelo de Terminologia de Referência para a Enfermagem foi aprovado pela *International Organization for Standardization (ISO)* em 2003 e preparada pelo Comité Técnico ISO/TC 215 de informática em Saúde, como ISO 18104: 2003 (ISO, 2003; Administração Central do Sistema de Saúde, 2009). Em 2008, o ICN, fundamentado nas avaliações e recomendações dos enfermeiros relativas ao variado conjunto de normas, terminologias e classificações existentes, estabeleceu que a norma a ser usada seria a ISO 18104: 2003, tendo adotado a versão CIPE® 1.1 como *standard* (Nóbrega e Garcia 2005; Barra e Sasso, 2012).

Neste contexto, a norma ISO 18104: 2003, surge como resposta à necessidade de estabelecer uma terminologia de referência para a área de enfermagem de forma a disponibilizar um modelo de referência de maior uniformidade (Saba et al., 2003;

Administração Central do Sistema de Saúde, 2009). Assim sendo, tem como finalidades principais, harmonizar as várias terminologias e classificações em uso na documentação dos cuidados, entendendo que uma terminologia de referência unificada – terminologia *standard* – facilitaria o mapeamento dos termos com outras terminologias, promovendo a interoperabilidade entre os SIE (ISO, 2003; Nóbrega e Garcia, 2005; Marin, 2009).

Uma terminologia de referência com representação intencional de conceitos facilita o mapeamento de termos de enfermagem com outras terminologias, promovendo uma linguagem única e padronizada que descreva a estrutura dos enunciados dos diagnósticos e dos enunciados das intervenções, de forma a permitir a sua manipulação e integrar sintática e semanticamente os modelos de informação e, paralelamente, promover a construção de uma terminologia que possa ser relacionada com outras terminologias que se venham a adotar (Hovenga, Garde e Heard, 2005; Marin, 2009; Administração Central do Sistema de Saúde, 2009; Marin, Peres e Sasso, 2013). De notar neste ponto que, enquanto enfermeiros, interessa-nos fundamentalmente os aspetos relacionados com a interoperabilidade semântica que se prende com a definição dos conceitos.

Todavia, a proliferação inimaginável do SAPE® por centros de saúde e hospitais, veio mostrar uma diversificação de enunciados de diagnósticos e de intervenções de enfermagem que, praticamente, impede a interoperabilidade entre os sistemas de informação em uso na documentação dos cuidados e a produção nacional de indicadores baseados na informação que resulta da ação profissional dos enfermeiros (Paiva et al., 2014).

Por outro lado, a existência de diferentes enunciados quer de diagnósticos, quer de intervenções de enfermagem, para traduzir a mesma ideia, determina que, nesses casos, um será mais correto que os restantes, resultando em descrições do processo de cuidados com diferentes níveis de adequação (Ibidem). Posto isto, considerando que a informação deve ser encarada como um recurso a ser gerido no âmbito da promoção e introdução de programas de melhoria contínua dos cuidados de saúde, designadamente os que se encontram no âmago da tomada de decisão em enfermagem, melhorar a interoperabilidade entre os sistemas, bem como, responder à necessidade de agregar informação sobre os cuidados de enfermagem a nível nacional e melhorar a inteligibilidade da informação para um largo espectro de profissionais da saúde e para os cidadãos, é o grande desafio que atualmente o setor da saúde enfrenta (Azevedo e Sousa, 2012; Paiva et al., 2014).

Por conseguinte, de modo a enfrentar o desafio da partilha e reutilização dos dados de saúde, é necessário garantir que os diferentes SIS são interoperáveis, ou seja, capazes de

trabalharem em conjunto num contexto intra e extra organizacional (Paiva et al., 2014). Esta interoperabilidade concretiza-se em dois níveis principais, técnica e semântica, sendo que esta última dimensão é a que se configura como a mais importante e difícil de alcançar (Sousa, 2012). A interoperabilidade técnica refere-se à capacidade de distintos sistemas e aplicações informáticas comunicarem entre si, trocarem dados de forma precisa, fiável, consistente e usarem a informação que foi por eles trocada (Sousa, 2011). A interoperabilidade semântica remete-se para a capacidade dos SI partilharem dados entre si e estes poderem ser compreendidos ao nível do domínio dos conceitos (Ibidem). Isto propõe que, a interoperabilidade semântica, envolve mais do que a estrutura de troca de informações entre aplicações, mas também, a manutenção do significado clínico original pretendido pelo autor na informação e contexto da informação (Ibidem). Assim, ainda o mesmo autor refere que, para diferentes sistemas poderem entender o que comunicam entre si, a definição dos conceitos a englobar terá de ser partilhada e acordada entre todos.

As questões que se têm vindo a colocar face a terminologias prendem-se com a formalização do conhecimento e da sua representação, sendo necessário um esforço global no sentido do desenvolvimento de estruturas que permitam a construção de enunciados clínicos – diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem – em formatos de especificação que traduzam equivalência semântica (Sousa, 2012).

Para tal, é impreterível que sejam identificados e definidos, pelos enfermeiros, os dados ou a informação que melhor incorpora a evidência científica e que, além de aplicável, seja potenciadora de melhores práticas (Mendes, 2013). A construção destes conjuntos de dados permitirá aos enfermeiros documentar as suas decisões usando conceitos uniformemente compreensíveis e, portanto, partilháveis, promovendo a incorporação de pressupostos teóricos provenientes do conhecimento da disciplina de enfermagem, no processo de tomada de decisão (Ibidem).

Face ao exposto, Sousa (2012) afirma que a formalização do conhecimento clínico e a sua representação através de MCD assume um papel crucial para se alcançar a interoperabilidade semântica.

1.3.1. Modelos Clínicos de Dados

Os atuais SI incorporam diretamente conceitos de conhecimento clínico dentro do *software* e nas bases de dados, tornando-os sistemas muito caros de manter, isto porque,

com as mudanças constantes do conhecimento acabarão por se tornar sistemas obsoletos. Através da utilização de MCD, todo o conhecimento de domínio específico que muda frequentemente, reside fora do *software*, em arquétipos (Hovenga, Garde e Heard, 2005).

Neste contexto, na área da saúde, onde o desenvolvimento de conceitos é rápido, contínuo e há uma grande variedade de ambientes de trabalho, para que seja possível a existência de modelos de informação e *softwares* estáveis, é necessária uma nova abordagem (Heard et al., 2003).

Desta forma, os MCD ou arquétipos surgem na literatura como um dos mais recentes esforços de padronização para a representação dos conceitos clínicos (Heard et al., 2003; Garde et al., 2007; Bernal, Lopez e Blobel, 2012; Moner et al., 2012; Tapuria, 2013). Os MCD constituem um conjunto de informações relacionáveis e clinicamente relevantes, que refletem as especificações da forma como as necessidades de informação clínica devem ser representadas para permitir a sua partilha, sem ambiguidade ou subjetividade (Hovenga, Garde e Heard, 2005; Garde et al., 2007). Utilizam ontologias, ou seja, um conjunto de conceitos pertencentes a um corpo de conhecimentos específicos, e descrevem complexas estruturas de informação que dão a indicação sobre a forma como a mesma deve ser expressa. Definem regras de utilização, o que é obrigatório ou opcional e quais os valores sensíveis para cada dado, podendo evoluir com o tempo e mesmo assim continuar padronizados (Hovenga, Garde e Heard, 2005).

Os arquétipos como modelos de informação no seu contexto, dão origem a dados que respeitam os modelos conceituais e utilizam corretamente as ontologias, criando uma ponte de ligação entre estas, o *software* e a informação disponibilizada (Beale, 2002; Moner et al., 2012).

Os MCD têm um carácter flexível, podendo incluir inúmeras variações, havendo muitas opções para descrever o mesmo objeto de base (Hovenga, Garde e Heard, 2005). Podem ser classificados como específicos ou compostos. Um MCD específico representa uma estrutura que relaciona conceitos previamente definidos face a um determinado foco de atenção em enfermagem. Já o composto, embora mantenha os mesmos princípios de estruturação, agrega vários MCD específicos que se interrelacionam entre si (Mendes, 2013).

Ao funcionarem na retaguarda dos SIE, os MCD devem utilizar uma ontologia de enfermagem reconhecida internacionalmente, traduzir o conhecimento baseado na evidência, bem como, o conhecimento adquirido na prática e validado pela teoria de enfermagem (Mendes, 2013).

Os SI atuais compõem-se por uma sequência de Ontologias, Software e Informação, mas os SI para os quais pretendemos caminhar no futuro, devem compor-se por Ontologias, Arquétipos, Software e Informação (Ibidem).

O conceito de utilização de arquétipos nos SIS foi utilizado pela primeira vez pelo GEHR. Este acrónimo significa *Good European Health Record* e os seus trabalhos influenciaram a criação e o desenvolvimento da fundação *OpenEHR* (Hovenga, Garde e Heard, 2005; Wollershein, Sari e Rahayu, 2009). Esta fundação tem dinamizado o conceito de SIS baseados em arquétipos, publicando especificações, mantendo um repositório de arquétipos e disponibilizando ferramentas que permitem o seu desenvolvimento, gestão e publicação (Sousa, 2012).

O seu objetivo é, portanto, a construção de bases de registos eletrónicos de saúde com interoperabilidade, de modo a que se encontrem disponíveis as melhores informações no âmbito da saúde dos clientes, permitindo aos profissionais a possibilidade de decisões mais adequadas (Mendes, 2013). Esta fundação é responsável pelo desenvolvimento e manutenção do *standard* de arquitetura *OpenEHR*, que preconiza uma abordagem dual para os SIS, separando o modelo de informação do modelo do conhecimento (Hovenga, Garde e Heard, 2005; Garde et al., 2007; Moner et al., 2012). Com a mudança contínua do conhecimento, só essa separação permitirá disponibilizar condições para que os peritos em enfermagem possam modelar o conhecimento, sem necessitar de se preocuparem com as questões técnicas da reconstrução sistemática do SI em uso sempre que existam mudanças (Sousa, 2012).

O modelo de referência representa um conjunto de classes tipo e cada arquétipo é baseado numa delas. Ele incorpora os modelos ou esquemas de dados, enquanto os arquétipos incorporam os conceitos específicos do conhecimento, baseados em ontologias (Wollershein, Sari e Rahayu, 2009). O modelo de referência providência as infraestruturas para guardar e validar arquétipos genéricos (Ibidem). Isto significa que, os arquétipos ao derivarem do mesmo modelo de referência podem ser integrados num sistema de informação que obedeça a esse mesmo modelo. Este facto traduz-se na capacidade destes sistemas poderem integrar novos arquétipos e, portanto, novo conhecimento, sem necessitarem de ser redesenhados, porque mantêm o mesmo modelo de referência. Por outro lado, permite que não tenham que incorporar, diretamente, na sua base de dados todo o conhecimento clínico à volta de um conceito, porque este está contido no arquétipo (Hovenga, Garde e Heard, 2005).

Assim, é possível, ao desenvolver um MCD, capturar o conjunto máximo de dados de um determinado conceito clínico, de forma a garantir a universalidade na sua utilização,

assegurando a preservação da integridade semântica nas diferentes utilizações como registo, agregação e comparabilidade de dados, entre diferentes SI (Sousa, 2012). Este modelo define para cada conceito clínico, como a informação deve ser expressa, para que a sua utilização e reutilização para diferentes propósitos e contextos, garanta que o significado dos dados corresponde ao conceito clínico representado pelo arquétipo (Sousa, 2012; Moner et al., 2012).

Estes modelos oferecem a possibilidade de uma visão estruturada da informação para todos os locais onde essa informação necessite de ser partilhada, pois possibilitam a sua transmissão e utilização mesmo quando é proveniente de sistemas heterogéneos, possibilitando assim, a interoperabilidade semântica (Goossen, Goossen-Baremans e Van Der Zel, 2010). Neste particular, ao partilharem os mesmos MCD, a informação pode ser entendida por quem a recebe, garantindo a interoperabilidade semântica.

Pelo postulado, torna-se imperativo que os enfermeiros identifiquem o conjunto de dados fundamentais ou a informação necessária para refletir a evidência das suas práticas e, de futuro, só precisaremos de nos concentrar em identificar os arquétipos que necessitam ser padronizados, para permitir o desenvolvimento das melhores práticas que simultaneamente, integrem a melhor evidência científica disciplinar.

Nesta investigação, não fazemos distinção entre os conceitos de arquétipo e MCD, assumindo-os como interligados. Optamos, contudo, por adotar preferencialmente a designação de MCD.

CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O presente capítulo explana as opções metodológicas tomadas, bem como o percurso seguido para o desenvolvimento do trabalho de investigação, de forma a dar resposta à questão orientadora do estudo e a concretizar os objetivos delineados.

2.1. Justificação e Finalidade do Estudo

A enfermagem enquanto disciplina do conhecimento, de forma a afirmar a sua identidade no contexto das profissões de saúde, desenvolveu um conjunto de conhecimentos necessários ao exercício da profissão (Sousa, 2006). Por sua vez, pela via da reflexão sobre as práticas profissionais, houve a necessidade de incorporar sistemas de linguagem estruturada nos SIE em suporte eletrónicos, que representassem o corpo de conhecimento que lhe é próprio e, que descrevessem os cuidados de enfermagem prestados (Sousa, 2006; Paiva et al., 2014). Com efeito, gerar e gerir o conhecimento significa que as organizações devem preocupar-se com aspetos que variam de acordo com o tipo de conhecimento e a maneira como este é construído e constituído (Sousa, 2006).

O processo de tomada de decisão, enquanto ferramenta utilizada para assumir a dimensão autónoma do exercício da profissão do enfermeiro, deve adotar uma clara relevância sobre “como” os enfermeiros agem em relação ao que conhecem, tal como, sobre o que lhe precede, isto é, decidir sobre o “quê” (Silva, 2011; NANDA, 2015).

A centralidade da enfermagem está na interação entre o enfermeiro e a pessoa, e essa interação reflete a intenção de avaliar as necessidades da pessoa, efetuar diagnósticos e planejar intervenções por forma a modificar as respostas adaptativas ineficazes (Silva, 2006). Se como vimos, o ponto principal são as respostas humanas às transições, parece-nos razoável contribuir para o aprofundamento do processo de enfermagem, de forma a que este contenha os aspetos relevantes da prática e da disciplina – como forma de descrever os verdadeiros cuidados de enfermagem prestados.

Assim, o Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem (CIDESI), um centro creditado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros

(CIE), que tem procurado desenvolver projetos que abordem questões determinantes para o progresso dos SIE e, conseqüentemente, para a visibilidade da profissão, inserido no âmbito da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP), iniciou um estudo mais abrangente que tem por finalidade desenvolver MCD de enfermagem baseados em arquétipos – integrados num sistema de ontologia que possa vir a funcionar na retaguarda dos SIE (CIDESI, 2013; Paiva et al., 2014; Cruz et al., 2016).

Neste contexto, os MCD têm-se assumido como ferramentas essenciais para a sistematização e estruturação da informação utilizada no processo de conceção de cuidados de enfermagem, fornecendo um enorme contributo na potencialização dos ganhos em saúde, por permitirem cuidados mais significativos apoiados em melhores decisões clínicas (Mendes, 2013).

No âmbito da gestão do regime terapêutico, torna-se pertinente evoluir para a construção de MCD centrados neste domínio do autocuidado, sendo que neste caso em particular, limitamos o nosso estudo à componente do regime dietético – encarando a gestão do regime dietético – como um foco de atenção transversal a quase todas as situações em que há um desvio de saúde por doença crónica e, que é sensível aos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Decorrente do contexto em que se inscreve este trabalho, pretendemos contribuir para a formalização do conhecimento de enfermagem, através da construção de uma parte de um MCD orientado para a gestão do regime dietético, uma vez que este se trata de um estudo inserido no projeto supramencionado e que por seu turno, pretende contribuir para o desenvolvimento do mesmo. Como tal, a convicção da necessidade de desenvolvimento de MCD que contribuam para a formalização do conhecimento e apoiem a prática de enfermagem, neste contexto específico, foi o ponto de partida para o desenvolvimento desta investigação que tem por finalidade: **Contribuir para a definição, desenvolvimento e construção de um Modelo Clínico de Dados centrado na problemática do autocuidado – gerir o regime dietético.**

2.2. Objetivos do Estudo e Questão de Investigação

De forma a dar resposta à problemática em estudo e ir de encontro com a finalidade da investigação, delineamos os seguintes objetivos:

- ✓ Identificar o conjunto de dados resultantes da avaliação diagnóstica no âmbito do foco de atenção de enfermagem *autocuidado: gerir o regime dietético*
- ✓ Identificar os conceitos necessários para a formulação dos diagnósticos de enfermagem no âmbito do foco de atenção de enfermagem *autocuidado: gerir o regime dietético*
- ✓ Identificar os conceitos necessários para a formulação das intervenções de enfermagem associadas aos diagnósticos de enfermagem no âmbito do *autocuidado: gerir o regime dietético*
- ✓ Identificar as relações entre os itens de informação nomeados para explicar a conceção de cuidados face ao foco de atenção de enfermagem *autocuidado: gerir o regime dietético*
- ✓ Definir parte de um MCD – conjunto de dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem – relativo ao foco de atenção *autocuidado: gerir o regime dietético*

Da finalidade e objetivos que definimos para o estudo, evoluímos para a delimitação da questão de investigação, que a seguir apresentamos:

- ✓ ***Quais os dados, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem que devem integrar um Modelo Clínico de Dados centrado no fenómeno do autocuidado: gerir o regime dietético?***

2.3. Desenho do Estudo

Considerando os objetivos propostos para este trabalho de investigação, a revisão integrativa da literatura, foi a opção metodológica que nos pareceu mais adequada para a compreensão do estado da arte sobre o fenómeno de interesse, na medida em que esta permite sintetizar o conhecimento disponível, de maneira sistemática e ordenada, para que ocorra o aprofundamento e a incorporação dos conteúdos publicados, ou seja, do *corpus* de análise, na prática clínica (Ganong 1987; Beyea e Nicoll, 1998; Whittemore e Knafl, 2005; Mendes, Silveira e Galvão, 2008; Souza, Silva e Carvalho, 2010; Botelho, Cunha e Macedo, 2011; Russell, 2011; Soares et al., 2014).

A revisão integrativa apresenta-se como uma abordagem metodológica mais ampla, visto permitir a inclusão simultânea de estudos experimentais e não experimentais

(Whittemore e Knafl, 2005; Mendes, Silveira e Galvão, 2008; Souza, Silva e Carvalho, 2010). Este método apoia-se nos conhecimentos de estudos anteriores para que através destes, sejam efetuadas inferências que permitam criar novas perspetivas sobre um tema específico (Kirkevold, 1997; Beyea e Nicoll, 1998; Torraco, 2005; Botelho, Cunha e Macedo, 2011; Crossetti, 2012). Neste particular Mendes, Silveira e Galvão (2008), veiculam a ideia de que a síntese dos resultados das pesquisas, facilita a incorporação das evidências, ou seja, agiliza a transferência do conhecimento exposto para o contexto das práticas – levando ao seu uso.

Assim, com o propósito de reunir conteúdos que se considerem válidos para a obtenção de resultados com utilidade para a disciplina, serão efetuadas induções a partir do *corpus* de análise, a respeito dos dados e conceitos relevantes para a identificação dos diagnósticos e intervenções centrados no *autocuidado – gerir o regime dietético*.

Vários autores alertam para a importância de este estudo secundário, manter o rigor metodológico no decurso de todo o seu desenvolvimento, de modo a evitar as ameaças à validade e, a preservar a credibilidade e precisão dos resultados (Cooper, 1982; Whittemore e Knafl, 2005; Mendes, Silveira e Galvão, 2008; Russell 2011; Soares et al., 2014). A descrição de todas as etapas da revisão é por isso um aspeto fundamental para se garantir o rigor metodológico da investigação (Whittemore e Knafl, 2005; Mendes, Silveira e Galvão, 2008). Não obstante, de acordo com as fontes pesquisadas, constatamos que existem ligeiras diferenças na descrição das etapas para a elaboração de uma revisão integrativa (Cooper, 1982; Whittemore e Knafl, 2005; Mendes, Silveira e Galvão, 2008; Botelho, Cunha e Macedo, 2011). A presente revisão integrativa, foi por isso estruturada com base nas etapas descritas por Whittemore e Knafl (2005).

De acordo com estes autores, a concretização de uma revisão integrativa da literatura assenta em cinco passos que se encontram bem definidos: (1) *formulação do problema*; (2) *pesquisa da literatura*; (3) *avaliação dos dados*; (4) *análise e interpretação dos dados*; (5) *apresentação dos resultados*.

2.3.1. Formulação do Problema

Para Whittemore e Knafl (2005), a revisão integrativa da literatura deve iniciar-se com a identificação precisa do problema a investigar, bem como dos seus objetivos e finalidades. A questão de investigação deve ser elaborada de forma clara e específica e,

preferencialmente, deve estar ancorada num modelo teórico (Souza, Silva e Carvalho, 2010).

Relativamente à problemática em estudo, finalidade, objetivos e questão de partida, estes aspetos encontram-se discriminados no início deste capítulo pelo que apenas convém recordar que a operacionalização da problemática em destaque, teve por alicerce a integração dos pressupostos teóricos da disciplina nos contextos da prática clínica.

2.3.2. Pesquisa da Literatura

Intrinsecamente relacionada com a fase anterior segue-se a fase de pesquisa da literatura, de maneira a obter-se o conjunto de estudos relevantes que deem resposta aos objetivos e finalidade da investigação (Souza, Silva e Carvalho, 2010). O primeiro passo desta etapa consiste em definir os descritores ou termos de busca (palavras-chave), bem como selecionar as bases de dados relevantes para a área do conhecimento (Botelho, Cunha e Macedo, 2011).

No que concerne à estratégia de pesquisa, idealmente, esta deve reunir toda a evidência existente referente ao assunto abordado, sendo que o uso de apenas uma base de dados não está aconselhada (Whittemore e Knafelz, 2005; Souza, Silva e Carvalho, 2010). Importa também referir que uma pesquisa abrangente envolve não só, uma estratégia que inclua termos adequados para o efeito que se pretende estudar, mas também, uma escolha minuciosa das bases de dados que mais se adequam ao tema (Sampaio e Mancini, 2007).

De acordo com Cullum e colaboradores (2010), a CINAHL® e a MEDLINE® são consideradas como as principais bases de dados que reúnem um conjunto alargado de artigos clinicamente úteis para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros. Desta forma, é importante procurar os termos indexados nas bases de dados eletrónicas, como é o caso dos descritores MeSH®, no sentido de fortalecer a pesquisa e assim assegurar uma procura ampla. O MeSH®, acrónimo de *Medical Subject Headings*, classifica os artigos segundo as palavras-chaves utilizadas na base de dados da MEDLINE® (Craig e Smyth, 2004). Paralelamente, foram utilizados os CINAHL headings® para a pesquisa na base de dados da CINAHL® (Cullum et al., 2010). Com efeito, os termos de busca utilizados nesta pesquisa foram selecionados a partir das palavras-chave indexadas em cada uma das bases de dados selecionadas para a pesquisa. No entanto, de modo a aumentar a extensão da pesquisa foram utilizados os termos livres com o instrumento

adicional de truncagem “*” e a conexão de termos foi realizada usando três conceitos fundamentais – “OR”, “AND” e “NOT” –, sendo estes denominados de operadores lógicos ou *booleanos* (Craig e Smyth, 2004).

A frase *booleana* utilizada neste estudo – possível de observar através do anexo 1 –, resultou de um trabalho mais abrangente realizado por um conjunto de peritos que fazem parte do grupo de trabalho da UNIESEP, que se encontra envolvido num projeto de investigação em curso designado – “*Conceção de Cuidados de Enfermagem: Desenvolvimento de Competências, Modelos Clínicos de Dados e Sistemas de Informação*” – e, que visa, conforme referimos anteriormente, o desenvolvimento de MCD em enfermagem.

Apesar de ser desejável a inclusão de material publicado e não publicado (Ganong, 1987; Beyea e Nicoll, 1998; Whitemore e Knafl, 2005; Mendes, Silveira e Galvão, 2008; Souza, Silva e Carvalho, 2010), por se tratar de um estudo integrado num percurso académico, e que, por via disso, apresenta um limite temporal, a nossa opção de procura e seleção dos artigos passou pela identificação apenas daqueles que se encontravam indexados nas bases de dados eletrónicas.

Os critérios de inclusão dos artigos que consideramos para este estudo foram os que se seguem:

- ✓ Idioma português, inglês e espanhol
- ✓ Artigos apresentados com texto integral (*Full text*)
- ✓ Data de publicação de 2007-01-01 a 2012-12-31
- ✓ Descritores em pelo menos uma das partes: *title* (TI), *abstract* (AB), *exact major subject heading* (MM), *exact subject heading* (MH) ou *subject terms* (SU)
- ✓ Artigos com sistema de *peer reviewed* (revistos por peritos)
- ✓ Artigos dedicados ao estudo em seres humanos

Dada a necessidade de delimitação do estudo e no sentido de dar resposta aos objetivos definidos, foram determinados como critérios de exclusão os seguintes aspetos:

- ✓ Artigos que não se encontrassem relacionados com a área da enfermagem, ou seja, não incluíssem a participação da enfermagem ou dos enfermeiros
- ✓ Temática do estudo distanciada de uma forma geral do propósito da atual investigação

Assim sendo, a primeira etapa da seleção dos estudos a incluir na revisão integrativa foi realizada com base na plataforma *EBSCOhost Web*® através do link disponibilizado pela

ESEP – no endereço eletrónico <<http://search.ebscohost.com/>>. Pelo exposto, as bases bibliográficas eletrónicas selecionadas nesta investigação foram as seguintes: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL® Plus with Full Text)*; *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE® with Full Text)*; *MedicLatina*; *Cochrane Central Register of Controlled Trials*; *Cochrane Database of Systematic Reviews*; *Database of Abstracts of Reviews of Effects*.

Em paralelo, foram ainda desenvolvidos esforços no sentido de aceder aos estudos que não se encontravam disponíveis nestas bases de dados, através do Google®, Google académico®, como também, pela solicitação ao Gabinete de Divulgação, Imagem e Apoio à Publicação da ESEP, para que procedessem à busca dos artigos que se encontravam indisponíveis, com o recurso às bases de dados de outras universidades ou instituições.

De salientar, que apesar de as três últimas bases de dados incluírem essencialmente revisões sistemáticas, e por isso, estudos secundários, optamos igualmente pela sua inclusão, baseando-nos não só nos pressupostos centrados na idoneidade e qualidade das investigações, como também, pelo facto das revisões sistemáticas da literatura integrarem um conjunto amplo de estudos primários, motivo pelo qual, é presumível assumir-se que os investigadores das fontes secundárias utilizaram os mesmos conceitos empregues nas pesquisas que analisaram.

Tendo em conta as premissas anteriores, a frase booleana foi inserida em cada uma das bases de dados independentemente. Os resultados do total de artigos indexados, em cada base bibliográfica, serão apresentados abaixo a partir do diagrama do processo de seleção dos estudos (Figura 1). Deste modo, numa fase inicial da identificação dos estudos, obteve-se um total de 4372 referências.

Posteriormente, das 4372 produções científicas obtidas: *CINAHL® Plus with Full Text* – 905 publicações; *MEDLINE® with Full Text* – 3013 publicações; *MedicLatina* – 11 publicações; *Cochrane Central Register of Controlled Trials* – 398 publicações; *Cochrane Database of Systematic Reviews* – 21 publicações, e na *Database of Abstracts of Reviews of Effects* – 24 publicações; considerando o elevado número de publicações, designadamente da *CINAHL®* e *MEDLINE®*, optamos por selecionar em cada base de dados os primeiros 500 artigos por ordem de relevância, fundamentando a nossa escolha no pressuposto de ser um número passível de gerir por um pesquisador principal. Seguidamente, todos os artigos resultantes da segunda fase de pesquisa foram exportados para o programa de gestão bibliográfica *ENDNOTE®* versão X6, procedendo-se aqui à remoção dos artigos duplicados, o que facilitou o registo detalhado das publicações, nomeadamente o nome do autor, título, data de publicação e base de dados. Com efeito, e por se tratar de um estudo integrado

num projeto maior, optou-se pela utilização de novas expressões de pesquisa, tendo sido selecionados no ENDNOTE® os artigos que no Título, *Abstract* ou *Keywords*, englobavam a conjugação “OR”: “diet*”, “food*”, “feeding” e “nutrition”, o que veio a resultar numa amostra de 161 artigos. Destes, quatro, foram excluídos por repetição, ficando uma amostra final de 157 estudos incluídos.

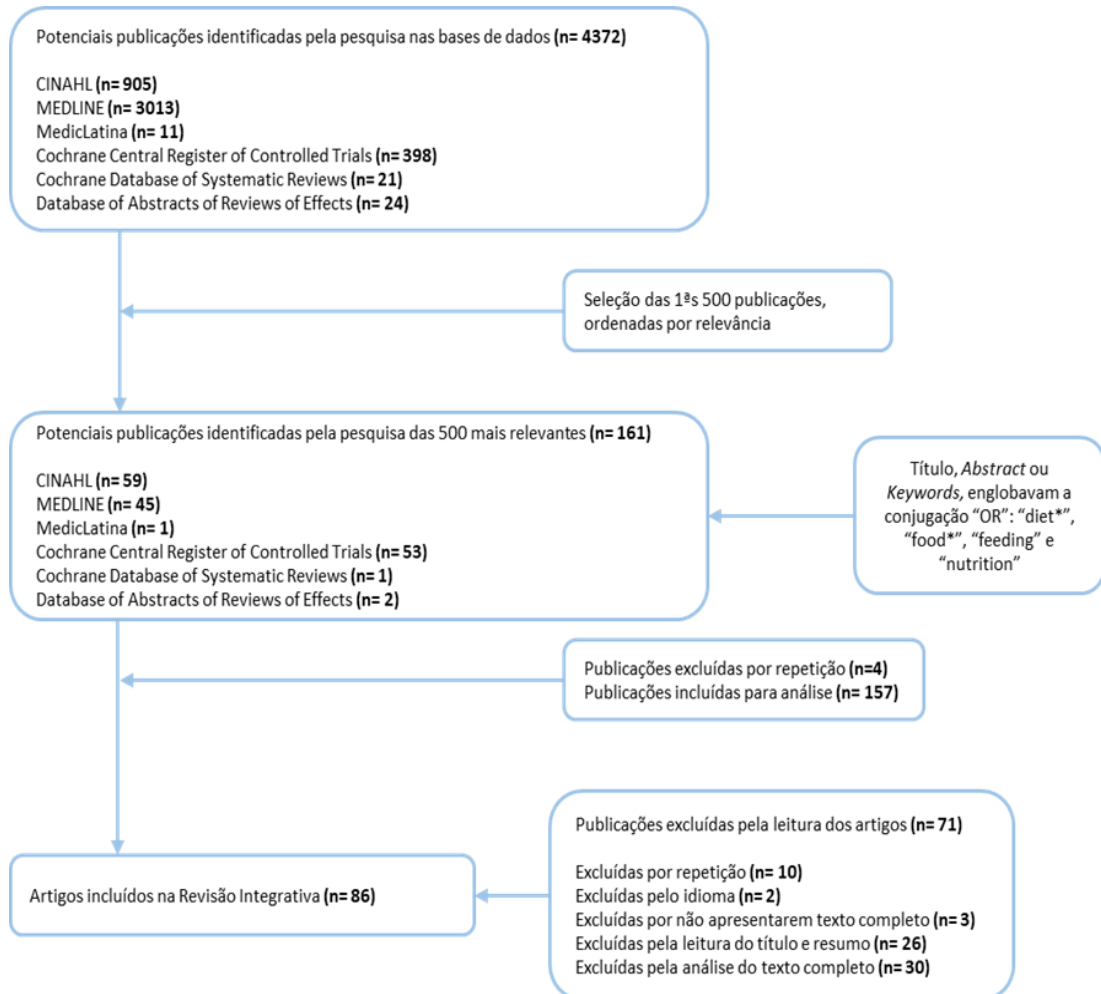
2.3.3. Avaliação dos Dados

Findada a etapa de identificação dos estudos foi necessário selecionar aqueles que se consideravam relevantes para responder à pergunta da presente investigação. Tendo como linha orientadora as recomendações de Whitemore e Knafl (2005), não existe um padrão de “ouro” para a avaliação dos dados, que em geral representa a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos. Na verdade, determinar a qualidade metodológica onde diferentes tipos de pesquisa são empregues torna-se complexo, pelo que os mesmos autores recomendam a avaliação da qualidade metodológica apenas nos casos em que ocorra discrepância de resultados (Ibidem). Neste particular, Mendes, Silveira e Galvão (2008), preconizam que nesta etapa o investigador deve elaborar uma tabela de extração de dados que seja capaz de sintetizar as informações de forma concisa, tornando-a de fácil acesso e minimizando possíveis erros na incorporação dos dados relevantes para a pesquisa.

Neste propósito, todos os artigos selecionados nesta fase foram revistos a fim de determinar os estudos pertinentes para a abordagem da temática. Assim, do material obtido, 157 artigos, num primeiro momento procedeu-se à leitura do título e resumo de cada artigo, selecionando-se aqueles que respondiam aos objetivos propostos para esta revisão. Esta avaliação resultou inicialmente na exclusão de 10 artigos por repetição, apesar de na etapa anterior ter-se recorrido ao processo de eliminação dos artigos duplicados. Dos restantes 147 artigos, num segundo momento, dois foram excluídos pelo idioma, e outros três excluídos pelo facto de o artigo se referir apenas a um resumo de investigação. Por meio da leitura do título e resumo, e aplicando os critérios de inclusão e exclusão pré-definidos, rejeitaram-se 26 artigos, resultando deste processo uma amostra final de 116 artigos. Através da leitura integral dos 116 artigos, foram ainda excluídos 30 artigos, por inadequação aos critérios de inclusão/exclusão, selecionando-se 86 artigos que representam a amostra final de estudos incluídos na presente revisão integrativa. De

referir, que a análise do material foi realizada no período compreendido entre janeiro a fevereiro de 2014. O processo de pesquisa é apresentado sob a forma de diagrama na figura que se segue (Figura 1).

Figura 1 - Diagrama do processo de seleção dos estudos



Neste seguimento, e no sentido de organizar, normalizar e promover a validação deste processo, foram criados dois quadros de extração de dados, um para os artigos excluídos e outro para os artigos incluídos na revisão. O instrumento de colheita de dados dos artigos excluídos contém o título, o momento de exclusão e o motivo da mesma, tendo sido posteriormente categorizados de acordo com este último (Anexo 2). Paralelamente, após constituído o universo do material do estudo, ou seja, os artigos que davam resposta aos objetivos da revisão, e dada a extensão do mesmo, foram criados três instrumentos de colheita de dados, que correspondem ao material incluído com a respetiva diferenciação caso se tratassem de *dados* que concorrem para a formulação dos diagnósticos, ou da apropriação de *conceitos* necessários para a nomeação dos diagnósticos e intervenções de

enfermagem no domínio do autocuidado – gerir o regime dietético (Anexo 3). No sentido de aumentar a confiabilidade e transparência da pesquisa, e conforme é recomendado, este processo de constituição do corpo documental foi realizado conjuntamente pelo grupo de três pesquisadoras envolvidas no estudo. De salientar, que os artigos incluídos na revisão integrativa foram codificados com a letra E, e, numerados consoante a ordem de análise, encontrando-se a respetiva distribuição com a bibliografia associada em anexo (Anexo 4).

2.3.4. Análise dos Dados

A análise dos dados é segundo Whitemore e Knafl (2005), a etapa em que se procede à síntese dos dados presentes nos artigos selecionados e, em paralelo, convertem-se os dados extraídos em categorias sistemáticas de forma a facilitar a identificação de padrões, temas, variações e possíveis relações entre as categorias. Permite ainda ao investigador categorizar, codificar, ordenar e resumir os dados relevantes tendo em vista a obtenção de conclusões para o problema em investigação (Cooper, 1998 cit. por Whitemore e Knafl, 2005). Numa fase inicial, os itens de sentido são comparados, possibilitando que dados idênticos sejam categorizados ou agrupados em sistemas de categorias. Posteriormente, essas categorias são comparadas entre si, através de um processo de análise e síntese. Este método tem por vantagem permitir que se analisem todos os tipos de estudos selecionados na revisão integrativa, independentemente da metodologia em uso (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

Deste modo, atendendo aos objetivos do nosso estudo e à abordagem metodológica que nos conduziu, recorreremos à análise de conteúdo, enquanto estratégia mais adequada para a redução e agregação dos dados num sistema de categorias, sendo que no caso em concreto da presente investigação, partimos para a respetiva análise tendo por base um modelo de categorias elaboradas *à priori*.

A **análise de conteúdo** – constitui-se por um conjunto de técnicas de análise das comunicações de origem muito diversificada, que por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, visa obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou receção dessa mensagem (Bardin, 2009). O fator comum destas múltiplas técnicas é uma hermenêutica controlada que através da inferência, permite a extração de estruturas traduzíveis em

modelos (Ibidem). A inferência, enquanto exercício de análise, permite a passagem de uma fase de descrição para outra de interpretação.

Foi, portanto, de acordo com este método que procedemos à análise de conteúdo, cujo material de estudo foram os artigos selecionados com base nos critérios de inclusão e exclusão previamente formulados. A análise categorial ou temática é a técnica mais utilizada pela análise de conteúdo. Consiste em encontrar os núcleos de sentido da comunicação, cuja presença ou frequência do aparecimento podem ter significado para o objetivo analítico escolhido, ou seja, este tipo de análise toma em consideração a totalidade de um texto, passando-o, de forma objetiva, por um crivo classificativo (Bardin, 2009). As categorias são, então, classes ou rubricas onde se reúne um certo número de elementos, de acordo com as suas características comuns (Ibidem). Como método de tratamento e análise de dados, apresenta etapas que devem ser respeitadas. Por conseguinte, as diferentes fases da análise de conteúdo organizaram-se segundo três etapas: **(1) a pré-análise; (2) a exploração do material e (3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação** (Bardin, 2009).

A **pré-análise**, é uma fase organizativa, de leitura inicial e escolha dos documentos a serem submetidos a análise. Para o efeito, o processo de constituição do *corpus* de análise obedeceu às regras preconizadas por Bardin (2009), entre as quais, no nosso caso, preocupamo-nos sobretudo com: *a regra da exaustividade* – condição que estipula que não se pode deixar de fora elementos por uma qualquer razão – as categorias devem por isso ser exaustivas e englobar o máximo de conteúdos e, *a regra da pertinência* – na qual os elementos devem ser adequados de forma a corresponderem aos objetivos que suscitam a análise.

A fase de análise de conteúdo seguinte, corresponde à **exploração do material**, que abrange essencialmente operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função das regras formuladas (Bardin, 2009). A definição das unidades, ou seja, a transformação dos dados em bruto em unidades de análise, que mais tarde serão classificadas e agregadas, é uma etapa fundamental da codificação. As unidades de registo (UR) constituem segmentos de conteúdo a considerar como unidade base, permitindo a categorização, e que são distinguidas segundo o referencial temático (Bardin, 2009). No presente estudo, as UR correspondem aos segmentos constituintes dos artigos considerados como significativos para dar resposta aos objetivos da investigação. Referimo-nos concretamente aos *dados* e *conceitos* existentes nos artigos do estudo, relevantes para a identificação e formulação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem que tomam por foco o *autocuidado – gerir o regime dietético*. Estas UR foram

extraídas dos estudos e agregadas em categorias através da criação de tabelas de extração de dados. As tabelas detalhadas de todas as UR associadas às categorias ou subcategorias consoante o contexto categorial em que se inseriam, encontram-se em anexo (Anexos 5 a 7). Neste contexto, dada a abrangência de UR extraídas por artigo, cada uma delas, foi identificada de acordo com o estudo em que se encontrava inserido.

Na terceira fase – **tratamento dos resultados** – os resultados em bruto são tratados de forma a serem significativos e válidos. O investigador pode então, realizar uma síntese e seleção dos resultados, fazer inferências e propor interpretações (Bardin, 2009). Desta forma, a agregação das UR em categorias, teve por base um modelo semântico de análise de conteúdo de categorias *à priori* – ou seja – a CIPE® versão 2013, visto ser a terminologia mais recente à data de início deste trabalho, onde se encontram contidos, os conceitos necessários à descrição dos cuidados de enfermagem, estando cada conceito definido e enquadrado na classificação num sistema taxonómico, ou seja, cada conceito integra-se num outro de maior nível de abstração e integra outros de nível conceptual mais específico (Silva, 2011). Em paralelo, utilizamos a norma ISO 18104: 2003, enquanto modelo organizador da terminologia orientado para a construção dos diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Apesar da utilização de um sistema de categorias *à priori*, ao longo do processo de categorização, surgiu a necessidade de acrescentar novas categorias ou subcategorias. Apesar de não se encontrarem contempladas no modelo de análise, a sua incorporação demonstrou ser útil com o decorrer do processo de classificação dos conteúdos, sobre o *corpus* de análise. De notar, que estas novas categorias foram introduzidas, tendo por base o referencial teórico utilizado, mais concretamente – a *Teoria das Transições de Meleis*. Deste modo, para a construção do modelo de análise recorreremos a três fontes explicitadas – a CIPE® versão 2013, enquanto modelo semântico de análise *à priori*; a norma ISO 18104: 2003, enquanto modelo organizador dos conceitos e, a *Teoria das Transições de Meleis*, enquanto modelo teórico conceptual.

Segundo Vala (1986), se a interação entre o quadro teórico de partida do investigador e os problemas concretos que pretende estudar permitem a formulação de um modelo de categorias, o que importa é a deteção da presença ou ausência dessas categorias no *corpus* e não tanto a frequência, por isso, normalmente opta-se por uma categorização *à priori*. Neste estudo, esta opção irá também permitir-nos fazer inferências e propor interpretações entre o que se encontra descrito nos artigos analisados e, o modelo de categorias *à priori*, tendo por intenção facilitar a futura “migração” dos conceitos e dos conteúdos clínicos, para o MCD.

Salientamos que se procurou chegar a um conjunto de elementos com elevada pertinência, mas também diversidade, de forma a acrescentar riqueza e exaustividade à análise. Assim, embora haja UR extraídas do *corpus* de análise às quais não nos é possível, de forma evidente, associar um carater específico para a componente do regime dietético, optámos por não as deixar de fora da análise, uma vez que consideramos encontrarem-se associadas de um modo geral ao regime terapêutico, sendo as suas especificidades em tudo idênticas às encontradas no contexto da componente do regime dietético. Exemplo disto, são algumas das UR incluídas nas categorias relativas à dimensão do foco – *envolvimento; crença de saúde; força de vontade; apoio social e, apoio da família*.

Por conseguinte, após a identificação das principais categorias constituintes do modelo de análise, tornou-se pertinente a criação de subcategorias para melhor especificar as categorias evidenciadas. Ainda no processo de identificação das diferentes categorias, foram definidos critérios de categorização, caso se tratassem de categorias relevantes para a identificação dos dados que concorrem para o enunciado dos diagnósticos, ou por seu turno, compreendessem os conceitos apropriados para a formulação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Neste particular, as categorias representam os conceitos incorporados no modelo de referência para a construção dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, ou seja –, os critérios definidos na norma ISO 18104: 2003. Após terminada a fase de análise de conteúdo importa evoluir para a apresentação e síntese dos resultados.

2.3.5. Apresentação dos Dados

Conforme referimos, o principal propósito da revisão integrativa da literatura é a apresentação objetiva de evidências, permitindo a transferência de conhecimento novo na prática clínica e, para tal, deve ser desprovida de opiniões pessoais ou argumentações sem fundamento científico (Mendes, Silveira e Galvão, 2008; Soares et al., 2014). O investigador, baseado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos no estudo, efetua a comparação dos mesmos com o conhecimento teórico. Deste modo, a apresentação dos dados, pode ser formalizada em tabelas ou esquemas, e os resultados decorrentes da pesquisa, pretendem apreender a profundidade e amplitude do tema em estudo, contribuindo para uma nova compreensão sobre o fenómeno (Whittemore e Knafl, 2005; Soares et al., 2014).

Assim, após a agregação das UR em categorias, bem como após ter sido identificada a natureza de relação entre as diferentes categorias ou subcategorias, como forma de dar resposta aos objetivos do trabalho, foram criadas tabelas representativas do processo de análise de conteúdo, que foram sendo validadas durante todas as etapas da sua execução, através da comparação e discussão entre os três elementos que integram a investigação. Conforme referido, as tabelas resultantes da análise de conteúdo dos artigos incluídos no estudo podem ser consultadas na íntegra através dos anexos 5 a 7.

Todavia, ao longo da apresentação dos resultados, foram criadas tabelas e esquemas que representam a síntese dos resultados que emergiram em cada contexto de categorias, caso se tratassem dos dados relevantes à nomeação dos diagnósticos, ou estivessem na base da construção dos enunciados diagnósticos ou da prescrição das intervenções de enfermagem associadas ao foco em análise. No capítulo seguinte serão apresentados os resultados obtidos da pesquisa.

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A estrutura deste capítulo teve por base os diferentes momentos que guiaram o estudo. Neste sentido, numa primeira fase, fazemos a caracterização dos estudos incluídos no relatório. Posteriormente, procedemos à apresentação e análise dos resultados considerando os objetivos da investigação. Assim, a partir da análise de conteúdo efetuada ao *corpus* de análise, evoluímos para o conjunto de dados presentes na literatura relevantes para ajuizar sobre o foco em estudo. De seguida, especificamos os conceitos envolvidos para a formulação diagnóstica no domínio da gestão do regime dietético, bem como, as associações que surgem entre eles. Por fim, centramo-nos nos conceitos extraídos da literatura para enunciar as intervenções de enfermagem, relacionando a integridade referencial entre estas, os dados e os diagnósticos de enfermagem.

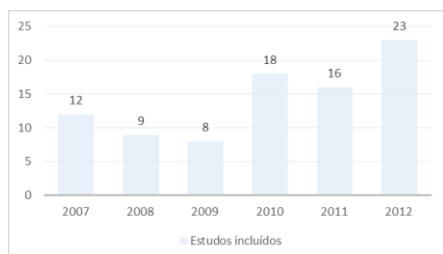
3.1. Os Estudos Incluídos

Tal como referimos anteriormente, a presente revisão integrativa debruça-se sobre o total de estudos incluídos que foram alvo de análise de conteúdo, ou seja, **86 artigos**. Todos os estudos recolhidos apresentam informações relevantes para dar resposta aos objetivos desta pesquisa, focalizada no *autocuidado – gerir o regime dietético*.

Iniciamos a apresentação dos resultados expondo a distribuição dos estudos selecionados por ano de publicação, onde podemos observar através do gráfico 1, que o maior número de publicações se reporta ao ano de 2012, com um total de 23 publicações, seguindo-se os anos de 2010 e 2011 com 18 e 16 artigos publicados respetivamente. Importa ainda referir que, entre o espaço cronológico de 2007 a 2009 o número de estudos publicados é essencialmente o mesmo, havendo um crescente significativo entre os anos de 2010 e 2012, com um total de 57 publicações (66%), comparativamente com os 29 artigos (34%) apresentados entre 2007 e 2009. De facto, o crescimento do número de artigos científicos publicados é evidente e vem de encontro com o princípio de que a tendência acentuada para o aumento do número de pessoas com doenças crónicas, justificam, por si, uma maior preocupação por parte dos investigadores na procura de

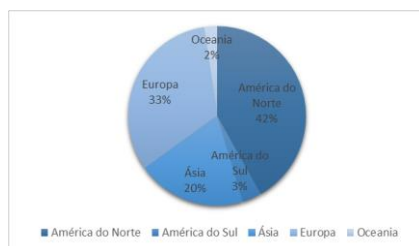
conhecimento para a implementação de novas e reformuladas abordagens direcionadas para a capacitação das pessoas na gestão dos seus próprios processos de saúde-doença.

Gráfico 1 - Distribuição dos estudos incluídos por ano de publicação



Relativamente aos países de proveniência, conforme podemos constatar a partir do gráfico 2, a maioria dos estudos selecionados têm origem nos países da América do Norte 42% (n=36), nomeadamente, nos Estados Unidos da América (EUA), com 31 publicações, seguindo-se o México com 3, e o Canadá com 2. Dos restantes artigos, 33% (n=28) foram publicados na Europa, destes, destacamos a Holanda com 12, e o Reino Unido com 4 publicações. De salientar ainda que, nesta amplitude temporal, não encontramos nenhum estudo publicado em Portugal. Por seu turno 20% (n=17), são provenientes da Ásia, sendo que destes, praticamente metade (n=8) são provenientes do Japão. Por fim, a América do Sul surge com 3% (3 artigos do Brasil), e a Oceânia apenas com 2% (2 artigos da Austrália).

Gráfico 2 - Caracterização percentual dos estudos incluídos por continente



Seguidamente, apresentamos os artigos incluídos nesta revisão da literatura, tendo em conta a abordagem metodológica utilizada.

Como se pode verificar, mediante a análise do apêndice 1, o método quantitativo mostrou-se mais prevalente entre os estudos 74% (n= 64). Do total de estudos quantitativos, 86% (n=55) são do tipo experimental, enquanto 10% (n= 7) são do tipo não-experimental, havendo ainda um inquérito.

A predominância de estudos experimentais nesta revisão pode estar relacionada com o facto de estes se situarem num nível de evidência mais elevado comparativamente com as

investigações descritivas e correlacionais (Fortin, 2009). Segundo Craig e Smyth (2004), este tipo de estudos, quando conduzidos de forma adequada, proporcionam a mais poderosa forma de evidência. Relativamente às restantes investigações, observamos que apenas 15% (n=13) utilizaram o método qualitativo e, 9% (n=8) são referentes a estudos de revisão. A investigação qualitativa visa descrever experiências de vida, assim como os significados que lhes são atribuídos pelos participantes (Fortin, 2009), parecendo ser dada uma menor ênfase nesta área nos artigos resultantes da pesquisa. Este facto, pode estar relacionado com uma maior dificuldade em publicar artigos qualitativos. Por último, encontramos um estudo misto e uma *guideline*. É incontestável que a investigação é essencial ao avanço da ciência e ao desenvolvimento das diferentes profissões, pelo que a escolha de uma metodologia particular de investigação, depende da orientação que o investigador quer dar ao seu trabalho, das suas convicções e, sobretudo, da natureza da questão colocada (Ibidem).

De acordo com o tipo de regime e face aos resultados apresentados, conseguimos compreender a existência de uma tendência para a publicação de artigos, essencialmente sobre a problemática do regime terapêutico na sua globalidade, em oposição, à especificação da componente – regime dietético. Mediante o propósito desta investigação, seria expectável uma maior predominância de estudos relativos à componente do regime dietético; no entanto, percebemos que dos 86 artigos selecionados, apenas 16 publicações, debruçaram-se de forma mais pormenorizada sobre esta componente. Todavia, constatamos também, que apesar de 70 artigos incluídos, incidirem o seu foco de estudo sobre os aspetos relacionados com o regime terapêutico, ao analisá-los exaustivamente, percebemos que todos abordavam a componente do regime dietético em algum momento do desenvolvimento da pesquisa. Por este facto, optamos por não circunscrever o nosso trabalho aos 16 estudos que enfatizam mais detalhadamente a componente que para nós apresenta maior interesse, de forma a acrescentar maior riqueza e exaustividade à análise. Salientamos, que se o fizéssemos estaríamos não só a limitar o *corpus* de análise a uma amostra consideravelmente mais reduzida, como também, excluiríamos uma grande parte do material que veio a demonstrar-se significativo e que abrange, inevitavelmente, o regime dietético, pois se assim não fosse, face aos objetivos do presente trabalho esses artigos teriam sido excluídos.

Paralelamente, verificamos que o aspeto central mais comum a todos os estudos é a relevância atribuída ao regime dietético, colocando-o entre as componentes do regime

terapêutico em que as pessoas apresentam maiores dificuldades na integração das orientações, muito devido à sua complexidade. Daqui emerge, então, outro aspeto importante do trabalho, que é a tentativa de formalização do conhecimento da disciplina nesta área para a futura incorporação dos conteúdos clínicos extraídos nos MCD.

3.2. Os Conceitos Extraídos da Análise de Conteúdo para o Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem

Seguidamente procuramos ilustrar, numa primeira fase, a associação de dados presentes na literatura, imbuídos de sentido e com integridade referencial para a inferência diagnóstica e conseqüente documentação centralizada nas respostas humanas às condições de saúde das pessoas com necessidade de integrar um regime dietético nas suas vidas.

Numa segunda etapa, designamos os conceitos encontrados nos estudos e as relações entre eles, com representatividade para a documentação dos diagnósticos de enfermagem centrados na gestão do regime dietético. Por último, recorreremos à análise de conteúdo do *corpus* de análise, para a nomeação das diferentes intervenções de enfermagem com integridade referencial, e que produzam resultados.

3.2.1. Os Dados Extraídos da Análise de Conteúdo para o Processo Diagnóstico

Nesta fase, procuramos identificar qual/quais o(s) conjunto(s) de dados presentes na literatura com relevância para a enfermagem no processo de formulação de enunciados clínicos relativos ao fenómeno, **gerir o regime dietético**.

Devido ao elevado número de UR e no sentido de tornar a apresentação dos dados de cada categoria mais compreensível, optamos por efetuar uma síntese e redução teórica das unidades que estão na base de cada categoria e subcategoria em análise e, que podem ser consultadas no anexo 5. Foi a partir desse material, que se evoluiu para a completude de dados apresentados em seguida, e que poderão ser um protótipo dos dados a englobar num futuro MCD – relativamente à gestão do regime dietético.

Dado que no sistema de categorias final resultaram dois níveis de abstração optamos por designar o nível mais abstrato de “Categoria”, seguindo-se a “Subcategoria”. Assim, na tabela seguinte exemplificamos o exposto, apresentando os dados com integridade referencial para a **subcategoria – gerir o regime dietético**, cujas definições se reportam à CIPE® versão 2013 (Tabela 1).

Tabela 1 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Gerir o regime dietético

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Dados
<p>Autocuidado [10017661]</p>	<p>Gerir [10011625] o regime dietético [10005951]</p>	<p>- Gere de acordo com a dieta recomendada</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adequa o tamanho das porções 2. Adequa a ingestão calórica 3. Adequa as horas das refeições 4. Adequa as restrições dietéticas 5. Adequa a ingestão de alimentos a evitar mediante condição de saúde 6. Adequa a ingestão de alimentos saudáveis mediante condição de saúde 7. Adequa a ingestão hídrica mediante condição de saúde <p>- Refere desvio de comportamento dietético face ao desejado</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Omissão intencional do regime dietético 2. Não inicia a dieta recomendada

O **autocuidado** enquanto conceito associado ao foco da prática de enfermagem é definido como uma “*atividade executada pelo próprio*” (ICNP®, 2013). Por sua vez, o conceito de **gerir**, embora se reporte a uma ação de enfermagem, também representa um processo intencional, cujo significado advém de “*estar encarregado de, e organizar*” (Ibidem). Deste modo, ao longo deste trabalho, consideramos a **ação de gerir**, como um sinónimo do conceito de **gestão**, até porque, conforme já o referimos, este último, encontra-se presente apenas nas versões mais antigas da classificação.

Na CIPE® versão β2 a gestão é definida como “*um tipo de comportamento (...)*” (ICN, 2002, p.58), que tem por princípio “*(...) executar atividades (...)* atividades essas que são *satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde (...)*”, integrando-as nas práticas do dia-a-dia. Partimos, portanto, deste pressuposto para considerar o “comportamento de gerir” como um sinónimo de gestão. Salientamos que, a adoção de um comportamento necessário face a uma condição de doença, transformando este comportamento em algo sedimentado, isto é, incorporando-o como hábito, é o objetivo máximo e o que

pretendemos ao nomear o conceito de gerir – **gerir de forma intencional o seu regime dietético**. Assim, optamos por ser fiéis à classificação que serviu de modelo semântico e manter o conceito.

Ainda pela definição dos conceitos, percebemos que o comportamento – enquanto ação auto iniciada – reflete uma intenção no desenvolvimento da ação. Neste ponto, subentende-se a necessidade de a pessoa adequar comportamentos referentes à dieta, tendo por base ações, cuja intencionalidade também recai na adequação do regime dietético. Desta forma, fazemos uso do verbo *adequar* na síntese dos dados da subcategoria **gerir o regime dietético**, com o intuito de traduzir isso mesmo. A este respeito na CIPE® versão 2013, **adequar** pressupõe *“ajustar alguma coisa de modo a obter o efeito desejado”* (ICNP®, 2013). Tomando como exemplo a pessoa que *“adequa: a ingestão de alimentos (...)”*; *“o tamanho das porções diárias”*, bem como, os restantes elementos enumerados, é-nos possível inferir que – *“gere de acordo com a dieta recomendada”*.

As UR que emergiram dos artigos, designadamente – (E1, E28, E49, E57, E65, E66, E69, E73, E82 – anexo 4) –, e que consubstanciaram os dados aqui apresentados foram, entre outras: *“Eu sigo minha dieta exatamente como foi orientada pelo pessoal que me trata. Eu tento manter meu peso dentro dos limites aconselhados pelo pessoal que me trata”* (E66 p16); *“The diet (...) included aspects of salt restriction, control of fat intake, and adequate fruit and vegetable consumption (...)”* (E57 p1376).

Todavia, pela constatação de uma não adequação dos itens enumerados, podemos concluir que a pessoa apresenta um *“desvio de comportamento dietético face ao desejado”* para a sua condição de saúde. Neste ponto, optamos por subdividir este item do dado em dois mais específicos. O primeiro, relaciona-se com a *“omissão intencional do regime dietético”*, tal como é possível observar através da tabela 1. Esta omissão intencional, visa sobretudo traduzir situações em que a pessoa interrompe a dieta recomendada. As UR que tiveram por base a inferência do dado foram entre outras: *“Diet deviations included (...) stopping a diet (...)”* (E1).

Não obstante, existem contextos em que o desvio de comportamento não se relaciona obrigatoriamente com a interrupção da orientação, mas sim, com a não iniciação – *“não inicia a dieta recomendada”*. Neste segundo item dos dados, a pessoa verbaliza essencialmente uma discordância na integração de um novo padrão alimentar na sua vida. A exemplifica-lo encontramos UR como: *(...) usually disregard the need for a therapeutic diet* (E49 p61); *(...) patients reported that they did not follow the diet pattern* (E82 p3).

No que respeita ao conjunto de dados que surgiram associados à **subcategoria adesão ao regime dietético**, percebemos que estes reportam-se a comportamentos – ações intencionais – que recaem no que a pessoa “faz” (Tabela 2).

Tabela 2 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Adesão ao regime dietético

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Dados
Adesão [10022210]	Adesão ao regime dietético [10030312]	<ul style="list-style-type: none"> - Número de refeições diárias - Número de peças de fruta ingeridas (g/dia) - Número de vezes que ingere fruta numa semana - Número de vezes que ingere vegetais numa semana - Quantidade de vegetais ingeridos (g/dia) - Quantidade de hidratos de carbono ingeridos por dia - Quantidade de açúcar ingerido por dia - Quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas por dia (dl/dia) - Quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas numa semana - Quantidade de gordura saturada ingerida por dia - Qualidade das refeições ingeridas diariamente - Ingestão calórica diária

Na análise dos dados referentes a esta subcategoria, enfatizamos o carácter prioritário de realçar o ato de “fazer” – se faz ou não faz – como revelador não apenas de uma simples concordância passiva, mas antes, da representação do comportamento – **seguir a dieta – conforme as recomendações acordadas entre o beneficiário e o profissional de saúde.**

Desta forma, ao incluirmos questões alicerçadas no que a pessoa faz –, como por exemplo: **“o número de refeições diárias”**; **“número de peças de fruta ingeridas (g/dia)”**; **“quantidade de hidratos de carbono ingeridos por dia”** – estamos a recolher dados que nos viabilizam a compreensão se a pessoa **“adequa”**: **“a ingestão calórica”**; **“as horas das refeições”**; **“a ingestão de alimentos saudáveis”** – ou seja –, que nos levam em última instância a perceber se a pessoa **“gere de acordo com a dieta recomendada”**. Sendo estes últimos dados os que agrupamos no foco – gerir o regime dietético (ver tabela 1).

Assim, mediante o exposto, verificamos que os dados inferidos dos estudos relativos à categoria **“adesão”** especificam informação que consideramos relevante para o domínio da gestão. Deste modo, o acto de aderir, é encarado por nós como um dado que manifesta a ação intencional de incorporar as recomendações visadas. Paralelamente, o ato de não aderir – não seguir a dieta – sugere que a pessoa apresenta uma **“omissão intencional do**

regime dietético” ou que **“não inicia a dieta recomendada”**, pelo que, requer uma maior exploração, para a percepção do *porquê* do **“desvio de comportamento dietético face ao desejado”**.

Um conjunto de 12 UR suportaram a inferência dos dados enumerados na tabela 2. Estas, foram extraídas dos 8 artigos, que incidiram na sua pesquisa os aspetos que consideramos relevantes enquanto conjunto de atividades que traduzem os dados sobre a adesão ao regime dietético. Assim, apresentamos a título de exemplo as UR que se seguem e, que na sua totalidade podem ser observadas através do anexo 5: *“(…) How many meals do you take (…)” (E30 p56); “(…) children were asked about the number of days on which they ate fruit (…)* *‘fruit frequency last week (…)’ (E40 p275).*

Na **subcategoria conhecimento sobre o regime dietético**, encontramos sobretudo conteúdos clínicos relacionados com a aquisição de informação, informação essa, que provida de significado para a pessoa, traduzir-se-á na incorporação de novo ou reformulação de antigo conhecimento. Os dados expostos na tabela abaixo (tabela 3), foram inferidos de um total de 16 UR provenientes de 12 dos estudos compreendidos na amostra.

Tabela 3 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Conhecimento sobre o regime dietético

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Dados
Conhecimento [10011042]	Conhecimento sobre o regime dietético [10021902]	<ul style="list-style-type: none"> - Descreve regime dietético recomendado - Descreve alimentos recomendados - Descreve quantidade calórica recomendada - Descreve alimentos a evitar mediante condição de saúde - Descreve ingestão hídrica recomendada mediante condição de saúde - Descreve orientações para preparação de alimentos - Descreve influência do regime dietético na condição de saúde - Descreve razões para a dieta recomendada

Relembrando o significado do conceito, o **conhecimento** é definido pela CIPE® versão 2013 como o *“conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação”* (ICNP®, 2013). Ora, pela partilha contínua de informação ao longo do tempo, é expectável que a pessoa através da aprendizagem – adquira conhecimentos. Assim, pela análise do

corpus, extraímos as UR que consideramos relevantes para a normalização dos dados sugestivos dessa aquisição de conhecimento.

Assim, a partir dos dados apresentados na tabela 3, fica possível perceber se a pessoa adquiriu os conhecimentos acerca da sua condição e das exigências relativas ao regime dietético e, para tal, é desejável que “**descreva**”: “**as razões para a dieta recomendada**”; “**o regime dietético recomendado**”; “**os alimentos recomendados**”; entre os restantes itens dos dados evidenciados.

As UR que se seguem são o exemplo dos conteúdos que extraímos do *corpus*, e que consideramos com utilidade clínica para a compreensão dessa aquisição de conhecimentos sobre o regime dietético: “*Patient knows what he or she can and cannot eat (...)*” (E78 p266); “*(...) that lack of information is the most important factor contributing to non-compliance with therapeutic regimens, especially diet and fluid restrictions, which in turn may lead to exacerbation of the illness*” (E49 p61).

Por outro lado, também vislumbramos o oposto, ou seja, que é nas situações de ausência de conhecimento, ou perante o seu défice, que mais facilmente ocorrem os comportamentos disruptivos face às orientações recomendadas sobre a dieta.

Da mesma forma, a UR seguinte, revela a relação de proximidade que existe entre os dados do conhecimento e os da consciencialização para a consequente gestão do regime dietético: “*The lack of adequate awareness is often connected with the deficiency of information and feedback given by the health workers (...)*” (E41 p212). Pelo exposto, ao longo da análise e extração dos conteúdos clínicos, não nos foi possível dissociar esta unidade de registo de ambas as subcategorias.

Do mesmo modo, através do supramencionado, comprovamos que sem um nível de conhecimento adequado, a consciencialização sobre a necessidade de incorporar determinado padrão dietético é deficitária e, por isso, também dificultadora na aquisição dos conhecimentos, que por seu turno permitem a compreensão das razões para modificar os comportamentos. Ou seja, o conhecimento sendo indispensável, é também indissociável de outras variáveis igualmente importantes para a gestão do regime dietético.

As UR portadoras de sentido para a indução dos dados relativos à **subcategoria consciencialização sobre o regime dietético**, foram 11, referentes a um total de 9 artigos da amostra (Tabela 4).

Tabela 4 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Consciencialização sobre o regime dietético

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Dados
<p>Consciencialização [10003083]</p>	<p>Consciencialização [10003083] sobre o regime dietético [10005951]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhece desvio do comportamento face ao desejado (ex. inadequado consumo de vegetais) - Reconhece importância atribuída à dieta - Reconhece necessidade de mudar regime dietético - Reconhece incongruência entre as exigências do regime dietético e as respostas corporais (ex. restrição hídrica/sede) - Reconhece benefícios da dieta na sua saúde - Reconhece malefícios dos comportamentos dietéticos na sua saúde - Reconhece a sua suscetibilidade às complicações - Reconhece compreensão e interiorização sobre a influência do regime dietético na condição de saúde - Reconhece necessidade de apoio para mudança de hábitos dietéticos

Revisitando o significado de **consciencialização**, explorado na primeira parte deste documento, percebemos que esta refere-se à percepção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição e, à verbalização do que mudou e de como as coisas estão diferentes. A sua ausência pode significar que a pessoa ainda não está preparada para a transição, ou simplesmente que ainda não está consciencializada da mudança que ocorreu (Meleis et al., 2000). Trata-se por isso, de um processo interno que é construído, e vai evoluindo, até que haja o reconhecimento efetivo das mudanças que surgiram na sua vida e da aceitação das mesmas.

Esta e outras categorias, como o **envolvimento** ou os **significados**, surgem por influência dos pressupostos da *Teoria das Transições* (Meleis, et al., 2000), pelo que, a agregação destes dados é suportada pela mesma.

Verificamos, contudo, que o termo **“reconhecer”** é inexistente na terminologia que serviu de modelo semântico (CIPE® versão 2013), apesar disso, atribuímos-lhe relevância na medida em que através dele, conseguimos explicar a importância da pessoa reconhecer o que ficou diferente para assim, adequar e manter os comportamentos, como o de seguir uma dieta específica.

O termo consciencialização, no original *“awareness”*, foi introduzido na versão 2 da CIPE®, e encontra-se associado à *cognição*, ou seja, ao *“processo intelectual que envolve todos os aspetos da percepção, pensamento, raciocínio e memória”* (ICN, 2011, p. 44). Neste sentido, esta forma de autoconhecimento é definida como a *“percepção da disposição da pessoa para manter ou abandonar uma ação, ou seja, razão de primeira ordem para a*

ação” (ICN, 2011, p. 40). Pelo exposto, consideramos fundamental para o MCD, incluir os dados que nos permitam ajuizar se a pessoa **“reconhece”**: **“o desvio do comportamento face ao desejado (ex. inadequado consumo de vegetais)”**; **“a importância atribuída à dieta”**; **“a incongruência entre as exigências do regime dietético e as respostas corporais (ex. restrição hídrica/sede)”**; entre os restantes componentes incluídos na tabela 4.

Suportados na avaliação dos dados enumerados, é-nos possível perceber o nível de consciencialização da pessoa, e assim intervir. Do mesmo modo, compreendemos a sua disposição para aprender e reformular comportamentos. Servem como exemplo, as seguintes componentes: **“reconhece compreensão e interiorização sobre a influência do regime dietético na condição de saúde”**; **“reconhece a necessidade de apoio para mudança de hábitos dietéticos”**. Relativamente a esta última componente dos dados, **“reconhece a necessidade de apoio para mudança de hábitos dietéticos”**, importa realçar, que se manifesta de elevada utilidade clínica, não só porque, perspetiva a importância da **consciencialização sobre o regime dietético** para a gestão do mesmo, mas também, por enfatizar o papel de destaque dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros e da família, no sentido de potenciar a manutenção dos comportamentos e a adequação dos mesmos no dia-a-dia. Com efeito, este item dos dados, teve por base UR como a seguinte: *“Among the patients is also the awareness that they need to reduce their intake of fluids to maintain their own health but this awareness fails to become a practical action” (E41 p210).*

Paralelamente, encontramos outras UR de crucial importância na inferência dos dados sobre a consciencialização, entre as quais, destacamos as que se seguem, a título de exemplo: *“(…) behavioural change theory and recent evidence that healthy behavioural change is more likely when children are aware of their inadequate intake levels (...)” (E40 p274)*; *“The experience of awareness of needing to restrict fluid intake, accompanied by a stronger awareness of the desire to satisfy one’s own thirst, transforms the experience of the relationship with drinking into one of substance addiction” (E41 p210).*

Os resultados que apresentamos em seguida, integram os dados que consideramos significativos para a **subcategoria – envolvimento** (Tabela 5). Para esta subcategoria, da análise de conteúdo ao *corpus* emergiram 7 UR, referentes a 6 artigos do total de estudos incluídos.

Tabela 5 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: *Envolvimento*

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Dados
Atitude [10002930]	Envolvimento [sem código]	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra envolvimento para gerir regime dietético - Não demonstra envolvimento para gerir regime dietético <ol style="list-style-type: none"> 1. Não demonstra envolvimento na confeção das refeições e compra de alimentos adequados

Ao perspetivarmos a **subcategoria do envolvimento** – não podemos deixar de referir que esta não se encontra contemplada no nosso modelo de categorias de análise *à priori* – CIPE® versão 2013 – no entanto, consideramos a sua incorporação, enquanto dimensão da gestão, de particular relevância, tendo mais uma vez em conta os pressupostos teóricos que orientam o estudo, e, tal como referido, por ser através do envolvimento ativo da pessoa no seu próprio cuidado, que esta adquire as competências necessárias para lidar com a doença e com o regime dietético em questão.

Da mesma forma conforme percebemos, o envolvimento, enquanto propriedade da transição, está amplamente dependente não só da consciencialização da existência de um ou vários problemas, como também de outros fatores intrínsecos – como os significados que a pessoa atribui ao regime ou às crenças de saúde existentes; do mesmo modo, pode também ser influenciado por fatores extrínsecos – como o apoio social, familiar ou os recursos existentes.

Todavia, apesar de todos estes fatores, é facilmente perceptível a importância da consciencialização, enquanto condição prévia necessária, para a existência de um envolvimento proativo e satisfatório no decorrer da transição. Como tal, encaramos o envolvimento não só como uma dimensão da gestão, mas também, como uma subcategoria da *atitude* – visto esta última relacionar-se com o *processo psicológico*, mais concretamente, com os “*modelos mentais e opiniões*” (ICN, 2011, p. 40). Ora, se o envolvimento enquanto condição necessária da transição, pressupõe uma atitude proativa, parece-nos plausível, pela proximidade dos conceitos, inclui-lo como um termo de maior especificidade, mas pertencente a este de maior abrangência – que para nós se reflete na *atitude face à condição*.

Assim, através da análise do *corpus*, identificamos os dados que melhor traduzem o envolvimento da pessoa na transição. Para a primeira componente dos dados “***demonstra envolvimento para gerir regime dietético***” – consideramos conteúdos clínicos no âmbito

do envolvimento como: *“Healthcare providers have realized that outcomes of long-term conditions improve if individuals feel involved (...) to self-manage the complex regimens associated with long-term conditions” (E13 p497); “Treatment responses are influenced by participant engagement in dietary modifications (...)” (E69 p109). Relativamente à componente dos dados que nos indica um compromisso nesta dimensão, identificamos a seguinte: **“não demonstra envolvimento para gerir regime dietético”**, conseguindo subdividi-la no sentido de tornar a sua avaliação mais pormenorizada, onde colocamos a especificidade do dado: **“não demonstra envolvimento na confeção das refeições e compra de alimentos adequados”**. Estes dados, são fundamentados pela existência de UR compatíveis com os mesmos e, que apresentamos pela mesma ordem respetivamente: *“(…) and not feeling adequately involved in their own health care decisions” (E53 p343); “(…) patients may have difficulty adhering to dietary changes when they are not involved in cooking meals or grocery shopping” (E12 p2).**

Outra **subcategoria** no âmbito da atitude que apresentamos, refere-se à **aceitação**. Na tabela 6, agregamos os dados relativos a esta subcategoria, inferidos das UR (n=8) de um total de 4 artigos que abordam a aceitação enquanto dimensão da gestão do regime dietético.

Tabela 6 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Aceitação

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Dados
Atitude [10002930]	Aceitação [10000329]	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra aceitação da integração das mudanças de comportamento dietético no quotidiano - Demonstra não-aceitação da integração das mudanças de comportamento dietético no quotidiano <ol style="list-style-type: none"> 1. Não aceita a importância de integrar o regime dietético no quotidiano

A CIPE® versão 2013 contextualiza o conceito – **aceitação** – no domínio dos *processos de coping*, com a característica particular de *“gerir e controlar ao longo do tempo, eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão, restrição de comportamentos destrutivos”* (ICNP®, 2013). Como podemos perceber, representando um processo de *coping*, pressupõe uma adaptação à nova realidade que se pretende adaptativa para fazer face à mudança, às exigências e às contrariedades que possam advir durante a sua integração no dia-a-dia.

Para além desta ênfase colocada na atitude face à mudança, a aceitação assume um carácter igualmente importante, na consciencialização da condição. Desta forma, ao estarmos perante uma pessoa que **“demonstra aceitação da integração das mudanças de**

comportamento dietético no cotidiano”, compreendemos que esta integração depende fundamentalmente de aspetos como a consciencialização prévia da importância de mudar e dos significados atribuídos a essas mudanças, assim como, de outros atributos (intrínsecos ou extrínsecos) à pessoa. Este dado **“demonstra aceitação (...)”** conduz-nos, portanto, à presença de um indicador do processo da transição, que nos possibilita reconhecer que a pessoa apresenta uma perceção correta do que mudou e do que terá de mudar, que se traduz na aceitação das recomendações visadas.

Já o oposto, **“demonstra não-aceitação da integração das mudanças de comportamento dietético no cotidiano”** remete-nos para situações em que a pessoa **“não aceita a importância de integrar o regime dietético no cotidiano”**. Estes dados, são igualmente relevantes, sobretudo para compreender as razões da não incorporação do regime dietético, assim como, para identificar o tipo de intervenções de enfermagem a implementar.

No sentido de viabilizar a construção dos dados centrados na aceitação, serve de exemplo, a seguinte UR: *“Many people with diabetes accepted the need of controlling their disease (...) and tried to change (...) their everyday lives to control their blood sugar levels” (E43 p553)*. Por sua vez, as UR que potenciaram a formulação dos dados relativos à não aceitação da condição foram entre outras que se encontram incluídas no anexo 5: *“(...) patients having haemodialysis have some difficulties in accepting their condition and usually disregard the need for a therapeutic diet” (E49 p61)*.

No que reporta à **subcategoria autoeficácia** os dados que apresentamos na tabela 7, são suportados por um total de 10 UR, resultantes de 6 artigos dos estudos incluídos.

Tabela 7 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Autoeficácia

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Dados
Atitude [10002930]	Autoeficácia [10024911]	<ul style="list-style-type: none"> - Manifesta confiança e capacidade percebida para mudança de comportamento dietético - Manifesta confiança e capacidade percebida para gerir peso corporal - Manifesta défice de confiança e capacidade percebida para mudança de comportamento dietético

A **autoeficácia** é, como referimos, um tipo de **crença** que a pessoa apresenta sobre as suas capacidades para desempenhar com sucesso uma tarefa específica (Bodenheimer et al., 2002; Sol et al., 2008) e por isso, surge no modelo semântico de categorias – CIPE®

versão 2013 –, como um termo de maior especificidade, agregado à atitude, que emergiu igualmente nos conteúdos clínicos dos artigos que fazem parte da amostra conforme apresentamos no anexo 5 –, designadamente os estudos – E2, E4, E6, E42, E15, E65 – anexo 4.

Neste sentido, o dado: **“manifesta confiança e capacidade percebida para mudança de comportamento dietético”**, foi inferido pela presença de UR como a que apresentamos: *“The subjects were initially confident that they could make behavior changes”* (E2 p477).

Do mesmo modo, para o dado: **“manifesta confiança e capacidade percebida para gerir peso corporal”**, tivemos em linha de conta, UR como: *“(…) feel confident that they can manage their weight in normal and challenging situations and believe that engaging in weight self-management behaviours will result in weight management”* (E4 p2047).

Por sua vez, emergiram outros conteúdos da análise ao *corpus* relativos ao **“baixo nível de autoeficácia”**, enquanto fator que dificulta a mudança para a integração efetiva do regime dietético e que traduzimos pela inferência do dado: **“manifesta défice de confiança e capacidade percebida para mudança de comportamento dietético”**, dado este, que surgiu da extração de UR como a que exemplificamos: *“Adherence to change is difficult, and therefore, their confidence for success and compliance with selected healthy choices decreased (...)”* (E2 p477).

Para a extração dos dados relativos à **subcategoria crença de saúde**, obtivemos 2 artigos e 2 UR, sendo a partir destas que evoluímos para a inferência dos dados que apresentamos abaixo (Tabela 8).

Tabela 8 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Crença de Saúde

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Dados
Atitude [10002930]	Crença de saúde [10022058]	- Convicção errónea relativa à quantidade de calorias ingeridas diariamente - Ausência de atribuição de importância a alteração de peso corporal 1. Atribuição de justificativas na alteração de peso corporal

Relativamente às **crenças de saúde**, isto é, às *“opiniões, convicções e fé”* (ICN, 2011, p. 46), encaradas pela mesma fonte como um tipo de crença, incluída no âmbito das atitudes, representam o modo como as pessoas interpretam os assuntos relacionados com a sua

saúde, sendo por isso preponderantes, visto influenciarem o processo de tomada de decisão e as respostas comportamentais. Nesta situação, embora na análise de conteúdo não tenham ocorrido UR que apontassem para o conjunto de dados relativos à condição de **crença de saúde facilitadora** para o processo de gestão do regime dietético, sabemos previamente, que o oposto às componentes dos dados apresentadas na tabela 8, representam a atribuição de opiniões satisfatórias acerca da sua saúde e, portanto, favoráveis na adoção de comportamentos ajustados para a sua realidade.

Quanto à primeira componente dos dados observada: **“convicção errónea relativa à quantidade de calorias ingeridas diariamente”**, destacamos para efeito de exemplo o conteúdo clínico: *“(…) even in a group of motivated patients who had received prior professional dietary counselling, there may still exist inaccurate perceptions regarding quantitative caloric intake and change in body weight” (E29 p455).*

Do mesmo modo, e no que concerne à segunda componente dos dados e sua subcomponente, respetivamente: **“ausência de atribuição de importância a alteração de peso corporal”**; **“atribuição de justificativas na alteração de peso corporal”**, tivemos na base da sua integração UR como a seguinte: *“They often construct their own understanding according to their beliefs and common sense. Further, they use these beliefs as alibis to justify the incremental weight increases between the treatment sessions” (E41 p213)*; através da qual, abrangemos quer o significado de crença de saúde como para o que serve.

O conceito de crenças de saúde, ocorre da introdução de modelos teóricos explicativos de mudança comportamental, como é o caso do Modelo de Crenças de Saúde (MCS) (Rosenstock 1966, cit. por Carpenter, 2010). Este modelo visa compreender os comportamentos das pessoas face a um determinado tratamento, assim como, prever os comportamentos de prevenção relacionados com a saúde. Desta forma, as quatro crenças pessoais, ou seja, as perceções sobre: a **gravidade da doença**; a **suscetibilidade à doença**; as **barreiras** e os **benefícios**, explicam o modo como as pessoas interpretam a situação e agem perante a necessidade de adoção de determinado comportamento (Carpenter, 2010; Walsh e Lehane, 2011).

Na tabela 9 apresentamos os dados relativos à **perceção de suscetibilidade**, que inferimos através das 10 UR que apresentamos em anexo – anexo 5 –, e que derivaram dos 6 artigos que realçaram a influência desta subcategoria na gestão do regime dietético.

Tabela 9 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Percepção de suscetibilidade

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Dados
Atitude [10002930]	Percepção de suscetibilidade [sem código]	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de ideias claras acerca de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Importância atribuída à dieta 2. Importância atribuída à restrição hídrica 3. Importância atribuída ao aumento de peso corporal - Manifesta déficit de compreensão e de interiorização sobre a influência do regime dietético na severidade das complicações - Manifesta déficit de compreensão e de interiorização sobre a influência do regime dietético na severidade da sintomatologia - Manifesta compreensão e interiorização sobre a influência do regime dietético na severidade das complicações

A **percepção da suscetibilidade**, relaciona-se com a percepção dos riscos a que a pessoa está exposta pela existência de uma doença (DiMatteo, Haskard e Williams, 2007). Neste sentido, com a primeira componente dos dados e suas subcomponentes, pretendemos evidenciar a forma como a ausência de percepção sobre a importância da mudança comportamental, influencia na manutenção ou recuperação da saúde: ***“ausência de ideias claras acerca de: importância atribuída à dieta; importância atribuída à restrição hídrica; importância atribuída ao aumento de peso corporal”***. Com efeito, UR como a que apresentamos abaixo, fundamentam a inclusão deste item dos dados, e a sua pertinência. No exemplo que apresentamos, o déficit de percepção sobre o risco que advém do aumento de peso interdialítico, potenciado pela desvalorização do regime dietético, propicia a progressão da doença assim como, a exacerbação da sintomatologia: *“For non-adherent patients, the existence of numerous personal beliefs is accompanied by a loss of clear ideas about diet, fluid restriction, the functional mechanism of dialysis, and the consequences connected to weight increase between one session and the next” (E41 p211).*

No mesmo sentido, a inferência dos dados ***“manifesta déficit de compreensão e de interiorização sobre a influência do regime dietético na severidade das complicações”***; ***“manifesta déficit de compreensão e de interiorização sobre a influência do regime dietético na severidade da sintomatologia”***, teve por base outras UR, que nos dão a informação de que a pessoa não compreendeu nem interiorizou que a incorporação do regime dietético exerce influência sobre a doença e, portanto, não o considera como relevante para si. Como forma de exemplo apresentamos os conteúdos que se seguem: *“Eats because of the lack of symptoms is regarded as the component of speech and behavior in the*

health belief model because of the low recognition of morbidity and seriousness” (E30 p57); “(...) perception of risks tends to be inaccurate (...)” (E32 p3).

Na tabela 10, apresentamos os dados inferidos de 3 UR, que ocorreram de um único estudo – (E11) – anexo 4 – o qual, aborda a **percepção dos benefícios** enquanto fator que facilita a incorporação do regime dietético.

Tabela 10 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Percepção dos benefícios

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Dados
Atitude [10002930]	Percepção dos benefícios [sem código]	- Manifesta compreensão e interiorização sobre os benefícios de integrar o regime dietético recomendado no quotidiano

Através da análise dos conteúdos clínicos referentes à **subcategoria percepção dos benefícios** – anexo 5 – inferimos o dado **“manifesta compreensão e interiorização sobre os benefícios de integrar o regime dietético recomendado no quotidiano”**. Na representação do dado aqui exposto, procuramos assinalar a relevância atribuída à percepção dos benefícios para as situações em que a pessoa, acreditando que o tratamento lhe trará benefícios e lhe reduzirá a progressão dos malefícios, mais facilmente encontra motivação e força de vontade para gerir o tratamento – regime dietético. Por outro lado, apesar das UR aqui contempladas não evidenciarem a ocorrência de uma atitude mais negativa face à condição de tratamento, é notório, que o contrário dos dados aqui apresentados nos remete para uma situação em que a pessoa percebe essencialmente as barreiras existentes na adoção de determinado comportamento. Na representação dos dados associados a esta subcategoria encontramos UR como: *“The ‘perceived benefits’ (‘beliefs regarding the effectiveness of the various available actions in reducing the disease threat’) (...)” (E11 p333).*

Para os dados incluídos na **subcategoria percepção das barreiras**, identificamos 7 UR, extraídas de 4 artigos – (E11, E19, E23, E43) – que reportam esta percepção como significativa para a adoção de um novo comportamento dietético (Tabela 11).

Tabela 11 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Perceção das barreiras

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Dados
Atitude [10002930]	Perceção das barreiras [sem código]	- Manifesta incompreensão ou défice de interiorização sobre a necessidade de implementar mudanças de comportamento dietético 1. Perceciona maioritariamente os aspetos negativos da necessidade de mudar regime dietético

No âmbito da **subcategoria da perceção das barreiras**, os dados que agrupamos acima ajudam-nos a perspetivar a questão da perceção das barreiras como um entrave para a compreensão e interiorização da importância da mudança de comportamentos, nomeadamente quando a pessoa: ***“manifesta incompreensão ou défice de interiorização sobre a necessidade de implementar mudanças de comportamento dietético”***. Por conseguinte, optamos por dividir esta componente numa segunda integrante da primeira, no sentido de especificar as razões da perceção das barreiras, visto que a pessoa: ***“perceciona maioritariamente os aspetos negativos da necessidade de mudar regime dietético”***.

Para os dados expostos, sobressaíram conteúdos clínicos do tipo “(...) *beliefs in relation to following a low sodium diet significantly affected adherence levels with this diet. This is an important finding as delineating key beliefs, particularly key barriers, facilitates an increased understanding of non-adherence for nurses*” (E11 p331).

Os dados identificados na **subcategoria força de vontade** emergiram diretamente de 15 UR – anexo 5 –, que se encontram incluídas nos 12 estudos que as compõem (E11, E13, E14, E19, E23, E32, E41, E46, E63, E65, E71, E76) (Tabela 12).

Tabela 12 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Força de vontade

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Dados
Atitude [10002930]	Força de vontade [10021109]	- Manifesta vontade em gerir o regime dietético - Manifesta vontade em seguir o regime dietético recomendado - Manifesta falta de vontade para seguir o regime dietético recomendado - Manifesta pouca vontade para a mudança de comportamento dietético

A **força de vontade** (motivação) é outra das **subcategorias** da atitude, que está amplamente relacionada com as – razões para a ação – e, tal como outras variáveis, revela-se de elevada utilidade clínica quando se perspetiva a manutenção e adequação dos comportamentos de saúde. Com efeito, consideramo-la uma dimensão da gestão do regime dietético que pretende elencar as disposições da pessoa para a ação em prol de um bem maior – a sua saúde. Perante a definição do conceito pela CIPE® versão 2013, a *força de vontade* é um tipo de *volição* com a característica própria de “*disposição para manter e abandonar ações, controlar ou não controlar impulsos, tendo em conta o desejo, as intenções e as tendências*” (ICNP®, 2013). Assim, a presença de dados como: “**manifesta vontade em gerir o regime dietético**”; ou “**manifesta vontade em seguir o regime dietético recomendado**”, dá-nos a informação de que a pessoa possui as características necessárias no que respeita aos aspetos volitivos, demonstrando disponibilidade e intencionalidade para cuidar de si. Salientamos ainda, que revelam uma escolha consciente e um processo de envolvimento na gestão do regime, representativos da vontade do próprio em estabelecer concordância entre o comportamento adotado com o recomendado pelos profissionais de saúde. De forma a demonstrarmos o inferido, surgem UR do corpus de análise como: “(...) in that if patients do not feel any better in response to following this diet, they understandably may not be motivated to continue to follow it (...)” (E11 p337); “Healthcare providers have realized that outcomes of long-term conditions improve if individuals feel (...) motivated to self-manage the complex regimens associated with long-term conditions” (E13 p497).

Por outro lado, a incorporação dos dados: “**manifesta falta de vontade para seguir o regime dietético recomendado**”; “**manifesta pouca vontade para a mudança de comportamento dietético**”, surge pela presença de conteúdos clínicos que demonstram que a pessoa se insere numa “atitude de desvio”, por não apresentar a intenção e motivação necessárias para melhorar o seu comportamento e o seu bem-estar, e que inferimos através dos seguintes exemplos, respetivamente: “(...) in that if patients do not feel any better in response to following this diet, they understandably may not be motivated to continue to follow it (...)” (E11 p337); “(...) lack of (...) motivation (...) appeared to be pseudo barriers to dietary change (E76 p884).

Isoladas as unidades de registo (n= 9), que emergiram do processo de análise de conteúdo aos 8 artigos que contemplam a **subcategoria emoção negativa**, inferimos os dados que apresentamos de seguida (Tabela 13).

Tabela 13 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à subcategoria: Emoção negativa

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Dados
Emoção [10006765]	Emoção negativa [10012675]	<ul style="list-style-type: none"> - Revela frustração face a resultados desejados - Depressão face a expectativas não alcançadas - Negação face à necessidade de integrar novos hábitos dietéticos - Negação face à condição de saúde - Revela ansiedade face à necessidade de integrar novos hábitos dietéticos

Relativamente às **emoções**, a *World Health Organization* (WHO, 2003), destaca o medo, a frustração, a falta de esperança e a estigmatização, como as principais **emoções negativas** – responsáveis pela diminuição dos níveis motivacionais para a pessoa cuidar de si própria. A emoção negativa, termo incorporado do modelo semântico deste trabalho, é uma subcategoria da emoção e um conceito de maior granularidade face ao *Processo psicológico* em que se integra. Os dados aqui agregados, reportam-nos para um conjunto de causas que podem estar presentes e que traduzem a nomeação desta emoção.

Nos casos em que a pessoa **“revela frustração face aos resultados”; negação face à condição de saúde”;** e/ou **“revela ansiedade face à necessidade de integrar novos hábitos dietéticos”;** estamos perante o conjunto de dados que nos permite perceber a presença de emoções negativas que se revelarão um entrave na gestão do regime dietético. Por conseguinte os dados que evidenciamos foram criados a partir de UR como as seguintes: *“(…) participants responded to recommendations about making changes to the traditional Hispanic diet with a variety of responses ranging from resistance (…)” (E42 p112); “Some people with diabetes faced with anxiety and stress because of the disease itself (…)” (E43 p554).*

Na tabela que se segue (tabela 14), estão representados os dados que consideramos relevantes avaliar no contexto da **categoria significado dificultador**, inferidos das 24 UR presentes no *corpus* de análise.

Tabela 14 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à categoria: Significado dificultador

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Dados
Significado Dificultador [10023900]		<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidade de gerir plano de tratamento - Incapacidade de controlo dos desejos alimentares - Aborrecimento seguir regime dietético - Sentimentos de impotência - Dificuldade em manter recomendações dietéticas a longo prazo - Dificuldade na mudança comportamento dietético - Insatisfação associada às recomendações dietéticas - Imposição de regras externas (disempowerment)

O início de uma transição saúde-doença pode ser precipitado por eventos críticos que se associam a momentos de maior instabilidade e vulnerabilidade, frequentemente, acompanhados pela atribuição de significados negativos à condição, exigindo que a pessoa reformule significados, se adapte às mudanças e, altere estilos de vida no decurso da transição (Meleis et al., 2000). Os significados atribuídos, originam por isso, comportamentos mais ou menos vinculativos, consoante a interpretação que a pessoa faz aos eventos que os desencadeiam. Para as mesmas autoras, é portanto, fundamental conhecer e descrever os significados das mudanças, para compreender plenamente o processo de transição. Assim, na necessidade de a pessoa gerir um regime dietético, torna-se imprescindível que os enfermeiros reconheçam os significados atribuídos pela pessoa às orientações dietéticas, de forma a que estes atuem como agentes facilitadores na redefinição dos mesmos.

Com efeito, na recolha dos dados sobre os significados associados às mudanças dietéticas, os artigos incluídos (n= 14), referentes aos estudos – (E1, E10, E11, E13, E17, E28, E30, E32, E41, E46, E51, E65, E69, E76 – anexo 4) –, evidenciam os sentimentos de “**incapacidade**”, “**aborrecimento**”, “**impotência**”, “**insatisfação**” e “**dificuldade**” – como os significados dificultadores experienciados pelas pessoas face às características e exigências do regime que necessitam integrar nas suas vidas (Tabela 14).

Para comprová-lo, fazemos uso de algumas UR tais como: “*it was a hassle to adhere to the diet (...)*” (E1); “*(...) self-management: (...) a feeling of helplessness (...)*” (E10 p409).

Da análise ao *corpus* verificamos também, que um total de 19 UR dos 13 artigos que as integram, incluem a **categoria do apoio social**, como um aspeto importante para a incorporação de um novo padrão alimentar (Tabela 15).

Tabela 15 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à categoria: Apoio social

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Dados
Apoio social [10024074]		<ul style="list-style-type: none"> - Refere ausência/insuficiência de apoio de profissionais de saúde - Refere insuficiência de rede de apoio - Refere ausência de cuidados individualizados - Refere solidão/isolamento social - Refere escassez de recursos humanos para maior disponibilidade de profissionais de saúde

Os dados inferidos referentes à **categoria apoio social**, explanam fundamentalmente situações em que o apoio social fica aquém do expectável ou do necessário. O **apoio social** surge como uma das condições com mais influência na mudança de comportamentos, visto também ele estar associado com os aspetos volitivos pela atribuição de significados. Dentro do apoio social, incluímos não só a acessibilidade às redes de apoio existentes, a disponibilidade dos equipamentos envolvidos, como também atendemos aos aspetos relacionados com os cuidados prestados pelos profissionais de saúde.

Assim, o conjunto de dados elencados na tabela acima, que consideramos estarem circunscritos no domínio do apoio social, e através dos quais, é-nos possível compreender alguns dos fatores que podem inibir ou dificultar uma correta gestão do regime, emergiram da interpretação de UR como as que apresentamos: “(...) including limited health care resources, geographic isolation, and limited access to diabetes education centers” (E79 p50).

Por conseguinte, os dados elencados na tabela abaixo (tabela 16) –, ocorreram da extração de 7 UR dos 6 artigos que atribuem significado ao **apoio da família**, enquanto determinante que influencia positiva ou negativamente a gestão do regime dietético.

Tabela 16 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à categoria: Apoio da família

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Dados
Apoio da família [10023680]		<ul style="list-style-type: none"> - Refere falta de disponibilidade dos membros da família para o envolvimento - Refere falta de tempo por parte dos membros da família para confeccionar refeições saudáveis

Do ponto de vista do **apoio familiar** identificamos um conjunto de dados que demonstram essencialmente a escassez desse apoio. Como referimos anteriormente, o pouco suporte familiar e/ ou a presença de famílias disfuncionais interferem negativamente

no envolvimento e na gestão do regime dietético. Importa ressaltar, que os dados aqui expostos, revelam elevada utilidade clínica para a ação terapêutica ao destacarem aspetos em que a pessoa: **“refere falta de disponibilidade dos membros da família para o envolvimento”** e/ ou **“refere falta de tempo por parte dos membros da família para confeccionar refeições saudáveis”** – como forma de mais facilmente se optar pela melhor abordagem, aquela que se torna mais significativa para a pessoa, intervindo nos condicionalismos que efetivamente dificultam o desenrolar da transição. Neste contexto, destacamos alguns exemplos de UR que fundamentaram a inferência dos dados enumerados: *“(…) lack of (….) parental support (….) appeared to be pseudo barriers to dietary change” (E76 p884).*

Se entendermos os **dados biográficos** como pontos de partida para a obtenção de uma maior abrangência da informação relativa à pessoa alvo da nossa atenção, compreendemos a importância de incluir a categoria apresentada na tabela 17. Os dados biográficos, não são mais do que os dados pessoais inalteráveis ou situacionais – referentes a uma condição que asseguram uma complementaridade ao processo de enfermagem no âmbito da decisão clínica tendo por base as suas características individuais.

Tabela 17 - Representação dos Dados que emergiram das UR associadas à categoria: Dados biográficos

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Dados
Dados biográficos [sem código] [Dados pessoais inalteráveis e dados pessoais situacionais]		<ul style="list-style-type: none"> - Idade - Género - Língua falada (nativa ou não) - Nível educacional - Nível de literacia - <i>Status</i> económico - Contexto sociocultural - Aspetos sociodemográficos - Experiência de uso dos serviços de saúde como recurso - Conhecimento e competências

Do processo de análise do *corpus* resultaram portanto, alguns conteúdos clínicos que embora não pertencessem a nenhuma categoria do sistema de categorias à *priori*, foi para nós considerada necessária a sua inclusão, na medida em que tal como se encontra descrito na literatura, apesar de ainda não existir um consenso relativamente a algumas variáveis como, o **“género”** e a **“idade”**, a verdade é que alguns estudos (E32, E39, E43, E81) alertam

para o facto de estas e outras variáveis, poderem interferir na gestão do regime terapêutico e, de forma particular, na gestão do regime dietético – como é o caso da **“literacia em saúde”** (E1, E53, E55), o **“nível de escolaridade”** (E43, E39), ou o **“contexto socioeconómico”** (E39, E43, E55).

Assim, as UR percursoras dos dados foram entre outras: *“(…) such as patient characteristics (age, gender) (...)”* (E32 p10); *“(…) outcome measures, also gender, educational status, civil status, work status (...) are registered by the research assistant or nurse at baseline”* (E39 p4); *“(…) low health literacy may preclude adherence”* (E1); *“(…) adults lack the literacy skills needed to effectively function in the health care environment”* (E53 p339).

Outros fatores relacionados com a pessoa que mereceram a nossa atenção contemplam os aspetos como a **“língua falada”**, o **“contexto sociocultural”**, o **“status económico”** ou a **“experiência de uso dos serviços de saúde como recurso”**, evidenciados através dos conteúdos: *“(…) the nurses thought that language could be a barrier for patients from other cultures and for patients who have a low level of understanding (...)”* (E46 p4); *“Ongoing sociocultural and personal barriers, including the challenges of living in poverty, low health literacy, and lack of experience and skill in accessing healthcare services (...)”* (E55 p21).

Por sua vez, a presença das componentes supracitadas, privilegiam a aquisição de habilidades e conhecimentos necessários para a consolidação das competências, sendo a última componente dos dados **“conhecimento e competências”**, retratada através de UR como: *“When children become older, their developmental level and maturity increase, their knowledge and skills improve and they assume more responsibility for their own care”* (E28 p2105). Assim, estas e outras UR permitem-nos identificar os dados que sendo características pessoais, não devem ser descurados de uma abordagem que pretendemos próxima das pessoas e das suas reais necessidades.

3.2.2. Os Conceitos Extraídos da Análise de Conteúdo para a Construção Sintática dos Enunciados dos Diagnósticos

Nesta fase do trabalho são apresentados os resultados do processo de análise de conteúdo, relativos às categorias que se reportam aos conceitos existentes na literatura e que, revelaram utilidade clínica para a formulação dos diagnósticos de enfermagem acerca do fenómeno em estudo. Face ao exposto, efetuamos uma identificação rigorosa dos conceitos existentes no *corpus* de análise, comparando-os com os termos utilizados na

CIPE® enquanto modelo semântico, para em seguida, procedermos à concatenação dos conceitos, que associados, concorrem para a identificação dos diagnósticos com relação direta sobre o foco em estudo – *autocuidado – gerir o regime dietético*. De igual modo, para a construção sintática dos diagnósticos de enfermagem, seguimos as orientações da norma ISO 18104: 2003.

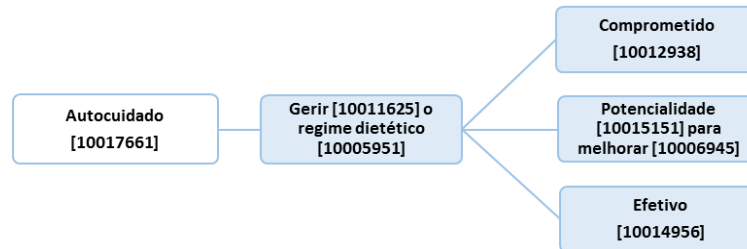
Importa realçar que nos SIE em uso, um diagnóstico com duas sintaxes diferentes, fica registado como correspondendo a dois diagnósticos de enfermagem diferentes, quando de facto, referem-se ao mesmo diagnóstico, porém, identificado de formas diferentes. Foi também sobre essa variação na documentação que pretendemos intervir, através de uma tentativa de síntese conceptual face à pluralidade de conceitos existentes na classificação, que decorrentes de processos sintáticos diferentes, são registados no SIE como distintos, quando na verdade, querem dizer exatamente o mesmo. Deste processo de redução conceptual resulta também um importante contributo para a normalização dos dados e melhoria da interoperabilidade dos sistemas.

Na CIPE® as áreas de atenção circunscrevem o domínio da realidade sensível aos cuidados de enfermagem. Estas áreas de atenção tomam o desígnio de *foco de enfermagem*. Os termos que permitem caracterizar os focos da prática são os *juízos* entendidos como a *“opinião relativa ao foco”* (ISO 18104: 2003). Este raciocínio ou processo mental resulta numa decisão que, no âmbito do exercício profissional dos enfermeiros, se traduz na identificação do diagnóstico de enfermagem. É ainda importante destacar que um descritor para foco e salvo algumas exceções, um descritor para julgamento, são imprescindíveis na definição precisa do diagnóstico de enfermagem. Em alguns casos, um descritor pode ser ao mesmo tempo, qualificador para foco e para julgamento (Ibidem). Os enfermeiros constroem as sintaxes dos diagnósticos relacionados com os focos, sobretudo de duas formas. Uma, atribuindo um juízo qualificador ao foco, e outra, utilizando outros focos de atenção para qualificar o foco inicial. Esta segunda, preconizada pela norma ISO 18104 como uma *dimensão* do foco principal – ou seja –, a qualidade possuída por um indivíduo ou grupo que fornece uma perspetiva (Ibidem), que no nosso caso em particular, pode ser representada tomando como exemplo o **conhecimento** ou a **consciencialização** sobre o foco principal.

Assim, partimos para a análise das possíveis construções sintáticas que nos conduzem para a formulação dos diagnósticos, mediante o juízo clínico tomado e as opções conceptuais encontradas. Na figura abaixo (figura 2), estão representadas esquematicamente as possíveis associações de conceitos encontrados nos artigos incluídos, quer para o eixo referente ao **foco – autocuidado – gerir [10011625] o regime dietético**

[10005951] – como, para o eixo referente ao **juízo** – que, quando concatenados, fornecem-nos as opções de documentação relativas a esta componente do regime.

Figura 2 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente aos diferentes tipos de enunciados diagnósticos possíveis face à subcategoria - foco - Gerir o regime dietético



Debruçando-nos agora na análise dos conceitos orientados para a formulação dos diagnósticos relativos ao *foco principal* – **gerir o regime dietético**, antes de mais, é importante relembrar que apesar da inexistência do termo **gestão** no modelo semântico pelo qual nos orientamos, a nossa opção foi a de manter o conceito de maior proximidade semântica – **gerir**. No entanto, sempre que recorrermos à designação deste último, estaremos a reportar-nos à **gestão** – enquanto requisito do autocuidado para situações de desvio da saúde –, numa perspetiva de controlo da doença enfatizada pelo próprio.

Gerir o regime dietético é, o foco alvo de estudo, inferido de um total de 20 estudos e que advém de outro de maior nível abrangência – o *autocuidado*. Dado o elevado número de UR (como pode verificar-se na análise do anexo 6), a nossa opção foi a de as incorporar de acordo com o modelo de categorias à *priori*, na categoria ou subcategoria em que melhor se enquadravam.

Relativamente aos conceitos do eixo do juízo, nomeadamente ao conceito de – **comprometido [10012938]** –, no decorrer da análise de conteúdo verificamos alguma variedade de conceitos que do ponto de vista semântico apresentavam grande similaridade. Assim, UR como: “*Ineffective management of long-term conditions (...) dietary fat intake (...)*” (E13 p497); ou “*(...) inappropriate food intake and drinking excessive fluid by these patients (...)*” (E49 p61); suportavam a inferência de conceitos como o “*ineficaz*” ou o “*inapropriado*”. Porém, pela constatação da inexistência destes conceitos, na versão da CIPE® utilizada, a nossa proposta para o enunciado do eixo do juízo, nas situações em que a leitura é feita na negativa, no sentido do compromisso da gestão –, é a de recorrer ao conceito de *comprometido* – ou seja – o “*estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz*” (ICNP®, 2013). A partir da análise ao *corpus*, surgiram um total de 5 artigos com referência a este conceito, enquanto agregador de todos os outros que exploramos nas UR, e que evidenciamos através do anexo 6.

Paralelamente, no que se refere ao uso do conceito de **efetivo [10014956]**, o seu significado remete-nos não para a alteração negativa do foco, mas sim o oposto, ou seja, o “estado julgado como positivo”. Este conceito, é tradutor de uma avaliação da condição da pessoa que é favorável e, que enfatiza uma opinião clínica compatível com a inexistência de um problema relativo com a gestão o seu regime dietético. Ou por outro lado, perspectiva uma situação em que houve a necessidade de uma atuação de enfermagem, e da qual adveio um resultado positivo – ganho em saúde. Este conceito, foi identificado em 15 artigos pertencentes ao *corpus*, dos quais extraímos UR como a que se segue: “By making self-supported decisions, the patients are able to manage their diet (...)” (E33 p52).

Ainda o mesmo conceito, remete-nos para uma confirmação da existência prévia de características na pessoa favoráveis à possibilidade de modificação da condição, expressa pelo diagnóstico – *Potencialidade para melhorar o gerir o regime dietético*. Este último juízo diagnóstico – **potencialidade [10015151] para melhorar [10006945]** – reflete uma opinião clínica que não está tão focalizada nos aspetos negativos ou ausentes, mas antes, centralizada na oportunidade que a pessoa tem de melhorar, face à constatação de que isso é possível. A fundamentar esta construção sintática, concatenada pela junção dos conceitos *potencialidade [10015151]* com o conceito *melhorar [10006945]*, encontramos 3 artigos com conteúdos clínicos como o seguinte: “(...) potential to improve self-management behavior (...)” (E36 p126).

Seguidamente apresentamos os conceitos e as possíveis associações entre eles, quer para o eixo da **dimensão do foco** referente à subcategoria – **adesão ao regime dietético [10030312]**, como para os termos do eixo do **juízo** (Figura 3).

Figura 3 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente aos diferentes tipos de enunciados diagnósticos possíveis face à dimensão do foco - Adesão ao regime dietético



Verificamos que 27 estudos abordam o conceito de **adesão ao regime dietético**. Por conseguinte, extraímos um total de 36 UR que representam as recomendações expostas nos artigos relativamente a esta componente do regime, que nos orientam para o comportamento adotado mediante a interpretação que a pessoa faz da sua condição.

Neste ponto, de entre outras atividades, 11 dos artigos identificados, enfatizam a importância da adesão às indicações visadas para a mudança de comportamentos – E1, E6, E32, E44, E65, E69, E70, E75, E76, E77, E78. Similarmente, alguns destes estudos e outros, salientam a importância da manutenção dos comportamentos nomeadamente, no que respeita a seguir as indicações referentes às restrições alimentares ou de líquidos, como forma de atuar adequadamente perante a ocorrência de uma doença que assim o exija – E11, E41, E49, E50, E75. Para exemplifica-lo, apresentamos os seguintes conteúdos clínicos: *“Adherence to recommendations associate with (...) diet, (...) enhanced self- management of their chronic disease” (E1)* ou *“(...) the patient’s adherence to liquid restrictions and to the dietary (...)” (E41 p207).*

A par disto, da análise de conteúdo extraímos também os conceitos referentes ao eixo do juízo. Neste ponto, conforme observado pela figura 3, agrupamos os termos de **baixa** (14 artigos); **não [adesão]** (13 artigos) e **potencialidade para melhorar** (1 artigo), para efeito de juízos diagnósticos sobre a dimensão do foco inicial.

Um outro conceito evidenciado no âmbito do eixo do juízo, é o **nível esperado [10007343]** (3 artigos), tradutor de um *“nível absoluto”,* ou seja, da *“média, quantidade, intenção ou intensidade possível ou provável”* (ICNP®, 2013). Acresce, todavia, o facto, deste conceito ser representativo de uma condição positiva, que não se traduz num problema, ou seja, num aspeto de interesse para a atuação de enfermagem, mas que pode, todavia, ser o resultado de uma intervenção de enfermagem que colmatou na construção de um enunciado que perspetiva uma abordagem que foi bem-sucedida. O termo – *nível esperado* –, foi inferido pela presença de 5 UR em todo idênticas à que apresentamos: *“Greater adherence levels with dietary sodium restrictions were associated with greater ‘perceived benefits’ and fewer ‘perceived barriers’” (E11 p331).*

O conceito de **baixa [10011438]** que traduzimos do termo original encontrado em inglês *“low”,* é de acordo com a CIPE® versão 2013, um *“absolute Level: Lack; deficit; below average or below normal amount; intent; or intensity”* (ICNP®, 2013). No sentido de diminuir a redundância de conceitos para a especificação do juízo diagnóstico em circunstâncias de elevada similaridade semântica, a nossa opção foi a de nos mantermos fiéis ao modelo semântico de categorias *a priori*. Assim, para os conceitos encontrados nos artigos como o *“pobre”; “dificuldade”; “pior”; “inadequada” e “falha”* – anexo 6 – recorreremos ao uso do termo **baixa [10011438]**, uma vez ser este o termo preferido pelo modelo de categorias para a nomeação diagnóstica em situações em que existe uma baixa adesão ao regime dietético face ao que seria expectável para a situação.

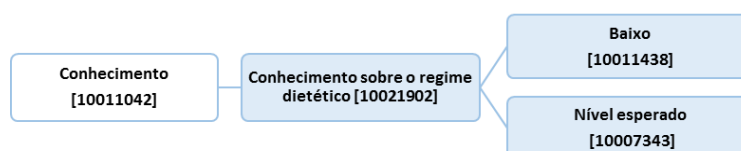
Paralelamente, o conceito de **não [adesão] [10013248]**, isto é, “*não seguir ou não estar de acordo com o regime de tratamento*” (ICNP®, 2013), representa outro juízo qualificador de cariz negativo que foi observado por nós através de UR do tipo: “*(...) patients many times do not follow diet (...) prescriptions*” (E2).

Face ao exposto, se um modelo focalizado na adesão prevê a concordância com o proposto pelos profissionais de saúde, perante o mesmo modelo, a não adesão pressupõe uma não concordância com as orientações visadas, ou seja, um não cumprimento do regime dietético.

Isoladas as UR percebemos que a composição da sintaxe diagnóstica **potencialidade [10015151] para melhorar [10006945] a adesão ao regime dietético [10030312]** surge da concatenação da dimensão – *adesão ao regime dietético [10030312]* – com os termos do eixo do juízo – *potencialidade [10015151] e melhorar [10006945]*, sendo este enunciado diagnóstico representativo das situações em que se evidencia que a pessoa apesar de demonstrar uma baixa adesão do regime dietético face ao que seria expectável, apresenta também, as condições necessárias, que nos fazem predizer que existe uma potencialidade para melhorar a adesão, sobretudo no que respeita ao compromisso e força de vontade da pessoa para a alteração dos comportamentos. Mediante o exposto, este juízo diagnóstico torna-se útil essencialmente por vir substituir uma perspetiva mais negativista, por outra, mais focalizada nos aspetos positivos e no potencial que a pessoa apresenta para modificar os comportamentos. A UR que serviu de base para a inferência desta sintaxe diagnóstica foi: “*(...) can improve (...) adherence to diet in patients with type 2 diabetes*” (E18 p42).

Na figura abaixo (figura 4) encontramos os conceitos resultantes da análise de conteúdo que compõem a construção sintática entre o eixo da **dimensão do foco – conhecimento sobre o regime dietético [10021902]**, como os termos do eixo do juízo.

Figura 4 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente aos diferentes tipos de enunciados diagnósticos possíveis face à dimensão do foco - Conhecimento sobre o regime dietético



Como vimos, os conhecimentos acerca da doença e do seu tratamento são determinantes para que a pessoa possa tomar decisões acerca da sua saúde. Assim, entedemos a **subcategoria conhecimento sobre o regime dietético [10021902]**, enquanto dimensão do foco gerir o regime dietético, como relevante para os contexto da prática, na

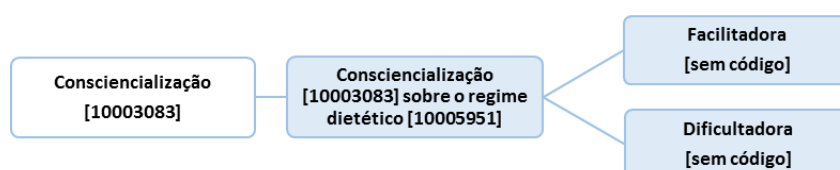
medida em que representa o conhecimento que a pessoa detém para atuar em consonância com o previsto. Esta dimensão emerge em 7 artigos, que especificam o tipo de conhecimento que a pessoa precisa ter para melhor gerir o regime dietético e a sua condição.

Mais uma vez, o termo **baixo [10011438]** extraído da análise de conteúdo, através dos 10 artigos que possibilitam a inferência do conceito, reporta-nos para o *baixo nível de conhecimento* da pessoa sobre o regime dietético que, numa primeira fase, poderá apenas transparecer pela constatação de um comportamento inapropriado face à importância de uma adequada gestão do regime dietético. Este tipo de juízo, enfatiza por isso, a relevância das intervenções de enfermagem fomentarem a capacitação da pessoa para incorporar os conhecimentos transmitidos e atuar em consonância, nomeadamente, através da aquisição de mais e melhores conhecimentos pela via da aprendizagem. O conceito descrito foi incluído pela presença de UR como a que exportamos do anexo 6: “(...) *be lack of knowledge of a specific diet plan (...)*” (E43 p556).

Dos resultados obtidos inferimos também o conceito referente ao eixo do juízo – **nível esperado [10007343]** – que conforme referimos em análises anteriores, apresenta utilidade clínica, sobretudo por traduzir o resultado esperado em termos de conhecimento para gerir o regime dietético e, que pode em última instância ser revelador de um indicador de resultado decorrente do processo de transição, pela via da incorporação dos conteúdos e do que a doença representa para a pessoa. Este conceito ocorre, portanto, dos achados clínicos do *corpus* de análise de entre os quais destacamos a seguinte UR: “(...) *good levels of knowledge (...) diet (...)*” (E73 p221).

Na figura que se segue (figura 5) identificamos os conceitos obtidos da análise de conteúdo para o eixo da **dimensão do foco – consciencialização [10003083] sobre o regime dietético [10005951]**, assim como, os conceitos do eixo do **juízo**, associados a ela.

Figura 5 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente aos diferentes tipos de enunciados diagnósticos possíveis face à dimensão do foco - Consciencialização sobre o regime dietético



Relativamente à dimensão **consciencialização [10003083] sobre o regime dietético [10005951]**, conforme verificamos, esta surge pela agregação da sintaxe da dimensão –

consciencialização – com a sintaxe da sua especificação, ou seja, *sobre o quê da consciencialização – regime dietético*. Isto acontece porque a especificação desta dimensão em particular, não se encontra concatenada à dimensão no modelo de categorias de análise. Do mesmo modo, a subcategoria é fundamentada pela presença de conteúdos clínicos do tipo: “(...) *awareness of personal intake (...) had been discussed*” (E40 p277).

De notar também, que o termo, **facilitadora [sem código]** e **dificultadora [sem código]**, são inexistentes separadamente na CIPE® versão 2013, existindo apenas os conceitos *consciencialização facilitadora [10029446]* e *consciencialização dificultadora [10029451]*. No entanto, assumindo a pertinência dos conceitos, principalmente no contexto particular da teoria das transições, até porque, as transições saúde-doença constituem uma área de interesse muito significativa para a disciplina de enfermagem, consideramos central tendo em conta os pressupostos teóricos que orientam o trabalho e a construção das sintaxes dos diagnósticos, integrar o conceito de **facilitadora** e **dificultadora**, isoladamente, à subcategoria **consciencialização sobre o regime dietético**.

Assim, na ausência do termo *facilitadora* e *dificultadora*, no eixo do juízo diagnóstico, a sua inclusão deveu-se basicamente, à existência de UR que alicerçam a sua incorporação. No que respeita à **consciencialização sobre o regime dietético facilitadora**, o termo do eixo do juízo aqui representado, foi inferido por um total de 10 artigos que abordam o conceito, cada um deles, com conteúdos clínicos do género da UR que exemplificamos: “*Aware of this difficulty, they did their best not to eat too much as caution and moderation in their food consumption was important for their health*” (E43 p552).

Já no extremo oposto, ou seja, o conceito, **dificultadora**, teve por base 3 artigos que utilizam expressões em todo semelhantes com a que se segue: “(...) *lower awareness of what constitutes a healthy diet than the white population*” (E83 p9).

Acrescentamos, no entanto, que para a alteração do juízo diagnóstico ser favorável, ou seja, para que ocorra a passagem de um estado em que a consciencialização deixa de ser dificultadora, para outro, em que a consciencialização se torna facilitadora, a disposição da pessoa face às exigências e complexidade do regime dietético tem igualmente de se modificar. Neste sentido, se subsistir uma vontade do próprio para modificar os comportamentos, mesmo que ainda não se encontre totalmente consciencializado do que mudou ou ficou diferente, apraz-nos afirmar que estamos perante uma abordagem mais satisfatória para a mudança comportamental se se interagir com a pessoa pela via da *potencialidade* que esta apresenta para *melhorar* a consciencialização da sua atual condição.

Na figura 6 apresentamos os conceitos inferidos dos estudos para a nomeação da **dimensão do foco – capacidade [10000034] de gerir [10011625] o regime dietético [10005951]**.

Figura 6 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente aos diferentes tipos de enunciados diagnósticos possíveis face à dimensão do foco - Capacidade de gerir o regime dietético



Na análise desta dimensão importa referir antes de mais, que a **capacidade [10000034] de gerir [10011625] o regime dietético [10005951]**, foi incluída também por nós, através da concatenação do termo da dimensão – **capacidade [10000034]** –, com o termo que especifica a componente – **gerir [10011625] o regime dietético [10005951]**. Mais acrescentamos que para a formulação desta subcategoria encontramos um total de 5 artigos – anexo 6.

O conceito de “*capacidade*” traduzido do original encontrado nos artigos “*ability*” – leva o utilizador da linguagem classificada a usar este conceito – *capacidade* – de uma forma mais global, não se circunscrevendo apenas à habilidade do desempenho de atividades instrumentais. Além disso, convém esclarecer que os artigos incluídos nesta revisão não usam linguagem classificada, mas expressões correntes, pelo que a habilidade descrita nos artigos é muitas vezes sinónimo de competência.

Para o efeito que se pretende com este trabalho em específico, ao centrarmo-nos numa lógica mais conceptual, assumimos que a *capacidade* enunciada nos artigos, é congruente com o termo de *capacidade [10000034]*, que compõe a CIPE® versão 2013. Assim, assumimos que esta dimensão – *capacidade de gerir o regime dietético* –, se encontra intimamente relacionada quer com a capacidade para a tomada de decisão – capacidade cognitiva – muito direcionada para a capacidade de resolução de problemas e de estabelecimento de metas, consoante a decisão tomada acerca da sua conduta, bem como, com a capacidade técnica, relacionada com tarefas do domínio instrumental que proporcionam as aptidões para lidar, sob o ponto de vista técnico, com a sua nova condição de saúde.

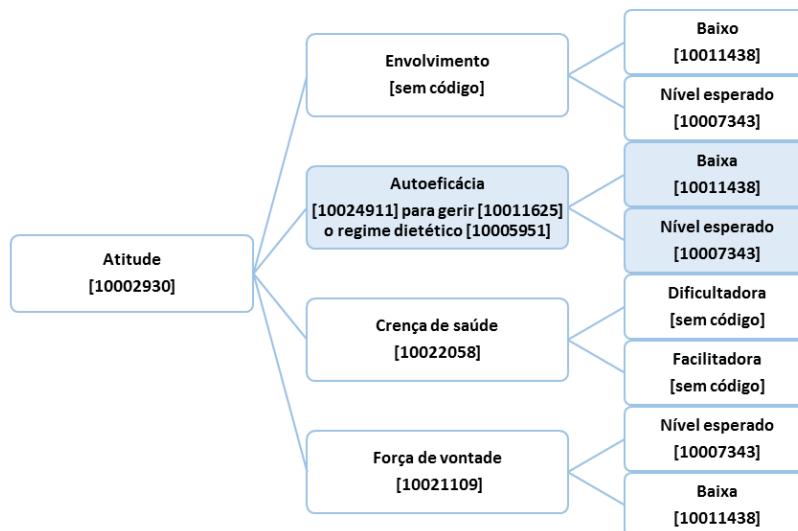
A subcategoria em análise, decorreu da extração de UR do tipo: “(...) *ability to follow a special diet, hassles with sticking to diet, travel or eating out, and diet regimen*” (E1).

Da leitura da figura acima (figura 6), verificamos também, que esta subcategoria não se encontra associada a nenhuma sintaxe referente ao juízo diagnóstico, visto não terem sido identificados termos referentes a este eixo durante a análise de conteúdo.

De facto, este achado vem corroborar com o descrito anteriormente, pelo que consideramos que a atuação do enfermeiro se centrará no desenvolvimento de conhecimentos que facilitem a integração do desejável no quotidiano da pessoa, e não, no desenvolvimento de habilidades/capacidades instrumentais para a atividade. Contudo, a avaliação da capacidade (instrumental e cognitiva): *avaliar [10002673] a capacidade [10000034] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]* – anexo 7 – por exemplo, para preparar as refeições é relevante, pois poderá refletir um *compromisso [10012938]*, e a necessidade de o enfermeiro incluir em simultâneo por exemplo, um familiar cuidador, para a participação ou até substituição absoluta da pessoa alvo de cuidados, nas tarefas inerentes à gestão do regime dietético em que este se encontre incapacitado.

No âmbito da **dimensão atitude [10002930]**, tal como podemos verificar pela análise da figura 7, agrupamos-lhe várias subcategorias, referentes a dimensões de maior especificidade face à primeira de menor nível de granularidade. Referimo-nos concretamente às subcategorias: **envolvimento [sem código]**; **autoeficácia [10024752] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]**; **crença de saúde [10022058]** e **força de vontade [10021109]**.

Figura 7 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente aos diferentes tipos de enunciados diagnósticos possíveis face à dimensão do foco - Atitude



É um facto, que as atitudes são disposições para a ação, afetando o comportamento, gerando forças que impulsionam ou restringem a mudança proativa. Como tal, o **envolvimento [sem código]** – “ao sentir-se ligado e interagir” (Meleis et al., 2000), é a primeira das subcategorias apresentadas, que nos remete para as interações sociais, e está intimamente ligada com a consciencialização – “localizar-se e estar situado” (Ibidem).

Assim, o envolvimento é demonstrado por exemplo, através da procura de apoio profissional, social ou de informação face à necessidade de ajustamento. Esta dimensão, cuja relevância é evidente para a conceção de cuidados centrada nas respostas humanas às transições, foi inferida pela presença de 15 artigos que sustentam a sua incorporação, tal como se pode verificar nestes exemplos: *“Patients need to be involved as partners and active agents of care” (E3); “Patients’ involvement in self-care management contributes greatly to successful disease management, but they often need coaching and support from healthcare providers” (E3).*

Na mesma medida, os termos que representam as propostas para a construção sintática dos enunciados diagnósticos referentes a esta dimensão foram: o **baixo [10011438]** presente em 3 artigos, e o **nível esperado [10007343]** – 2 artigos, ambos suportados igualmente pelas UR que compõe o *corpus*, respetivamente para o conceito de baixo: *“(…) all participants could not set goals for the same topics because they were all not ready to engage in behavior change in the same areas” (E10 p407).* Já para o seu oposto, ou seja, congruente com o conceito de *nível esperado* encontramos UR como a seguinte: *“(…) he was much more engaged in his diabetes management (...)” (E65 p10).*

Daqui, depreendemos que, um baixo nível de envolvimento se repercute numa atitude de desinteresse, ou seja, desajustada face à importância da mudança de comportamentos em resposta àquilo que ficou diferente e às orientações propostas. Do mesmo modo, importa não esquecer, que esta dimensão guarda estreita relação, como antes se referiu, com a perceção sobre o que mudou e, como tal, sem uma consciencialização efetiva da realidade atual em que a pessoa se encontra, e das mudanças que poderão ocorrer, dificilmente esta evoluirá de forma satisfatória no processo de transição que está a vivenciar.

Pelo contrário, a presença de um **envolvimento [sem código] no nível esperado [10007343]**, traduz uma participação ativa e interessada da pessoa na sua nova condição de vida – e por isso, consideramo-lo também, como um indicador de processo que é esperado para a vivência de uma transição saudável.

A dimensão que se segue – **autoeficácia [10024911]** –, foi inferida através dos 17 artigos que incluem esta dimensão como significativa para a gestão. Do mesmo modo, a sua especificação – **para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]** –, ocorreu pela presença de UR que apresentam um nível de especificidade bastante representativo para nos fazer evoluir para a concatenação dos conceitos, no sentido da futura formulação dos enunciados diagnósticos associando a dimensão com a componente do regime em estudo nesta revisão. Assim, exemplificamos o exposto através das expressões encontradas nos

artigos que suportaram esta integração dos conceitos, respetivamente através de UR como as seguintes: *“Basic health information and skills are prerequisite to gaining the self-efficacy (confidence) necessary to enact behaviors linked to positive health (...) diet (...)”* (E34 p186); *“(...) self-efficacy in choosing healthy food (...)”* (E17 p191).

Quando a esta subcategoria, é associado um juízo qualificador do tipo negativo – **baixa [10011438]**, que significa que a pessoa apresenta um baixo nível de perceção das suas capacidades – **autoeficácia [10024911] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951] baixa [10011438]** –, esta pode ser manifestada pela presença de comportamentos desvinculativos face à sua condição. Assim, o termo do eixo do juízo, *baixa [10011438]*, foi identificado em 3 artigos, pela presença de UR do tipo: *“(...) individuals are ambivalent in wanting to change these behaviours as they are commonly pleasurable or the individual doubts their ability to change”* (E6 p 1237). Por outro lado, o termo do eixo do juízo que reflete uma **autoeficácia [10024911] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951] no nível esperado [10007343]**, determina que a pessoa acredita ter as capacidades necessárias para responder adequadamente às exigências do regime dietético. Do mesmo modo, reflete que o desenvolvimento favorável da perceção de autoeficácia pode ter sido potenciado pela aquisição de novas competências. Para fundamentar a inclusão deste conceito, encontramos 4 artigos com UR como a que ilustramos: *“(...) empowerment and increased self-efficacy enabled them to overcome cultural\barriers related to the tradition (...)”* (E42 p110).

À semelhança das restantes subcategorias analisadas as **crenças de saúde [10022058]**, também designadas como cognições ou representações de doença (Sousa, 2014), emergiram de um total de 14 artigos que incluem o conceito, e da extração de conteúdos clínicos como: *“(...) personal beliefs are accompanied by a loss of clear ideas about diet, fluid restriction (...)”* (E41 p211).

Daqui compreendemos também, que as crenças erróneas baseadas em falsos pressupostos, como as relativas ao tratamento recomendado, ou às orientações sobre o regime dietético visadas, podem limitar uma consciencialização efetiva sobre o problema vivenciado e, por conseguinte, dificultar uma tomada de decisão consciente mediante a necessidade de traçar novos objetivos. Destes pressupostos, assumimos que é indiscutível a relevância clínica desta subcategoria, visto influenciar diretamente com a progressão saudável da transição, e no mesmo sentido, ser vista como um importante padrão de resposta – indicador de processo da transição. Nesta medida, estas UR orientaram a inferência do conceito referente ao juízo qualificador – **dificultadora [sem código]** – presente num artigo: *“(...) poorer treatment adherence, the association between negative mood*

states and maladaptive beliefs about treatment, and the importance of beliefs about illness and treatment in guiding health behavior (...)” (E65 p2). Por sua vez, outros conteúdos clínicos vinculam a opção pelo termo inferido de um total de 4 artigos – **facilitadora [sem código]** –, que embora se verifique a inexistência do conceito isoladamente na CIPE® versão 2013, na nossa opinião, este é aquele que melhor traduz a presença de uma crença que se torna favorável para a interpretação da condição e dos comportamentos a modificar, tal como podemos verificar pelas UR: “(...) *implying that as perceived benefits to following a sodium-restricted diet increased, adherence levels with dietary sodium restrictions also increased*” (E11 p335); “(...) *most motivated to learn and change because of the perceived high health risk (...)*” (E45 p1891).

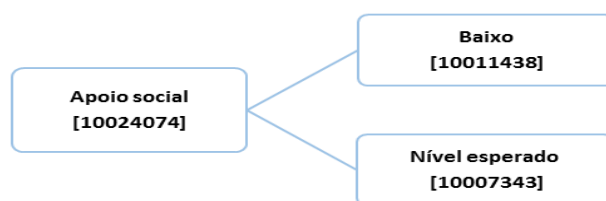
A dimensão **força de vontade [10021109]**, muito ligada à *motivação* é, como o nome indica, a força motriz para a concretização das atividades inerentes à gestão do regime dietético. No mesmo âmbito, assenta em aspetos muito relacionados com a *volição [10020855]*, que não é mais do que um tipo de atitude caracterizado pela “*escolha consciente, ato de escolher para o bem-estar próprio*” (ICNP®, 2013). No entanto, durante a análise de conteúdo, optamos pelo conceito de **força de vontade [10021109]**, em detrimento da volição, visto esta estar mais relacionada com a disposição: “*disposição para manter e abandonar ações, controlar ou não controlar impulsos, tendo em conta o desejo, as intenções e as tendências*” (Ibidem). Ora, se do ponto de vista da gestão do regime dietético, o que se pretende é que a pessoa incorpore as recomendações e atue no sentido da identificação dos problemas e da sua resolução, controlando assim, quer a doença, como o regime dietético a ela implícito; para que tal aconteça, é necessário também, a existência de uma disposição prévia que irá mediar e até mesmo facilitar, o processo de transição. É essa disposição ou a falta dela, que irá ditar a existência de comportamentos sem intencionalidade definida, pela desvalorização das metas a atingir, ou pelo contrário, de envolvimento e vinculação na gestão.

Nesta medida, o juízo **baixa [10011438]** – identificado em 28 artigos – configura a presença de atitudes destituídas ou volvidas de pouca motivação. De outro modo, o conceito de **nível esperado [10007343]** – encontrado em um artigo –, produz um enunciado quando concatenado à dimensão, que nos dá a certeza de que a pessoa encontrou motivação e interesse nos comportamentos de procura de saúde. Mais uma vez, foi a presença de UR no *corpus* que induziu a incorporação de ambos os conceitos, respetivamente: “*Lack of patient motivation and lack of parent motivation or involvement (...)* diet (...)” (E19 p1345); “(...) *high motivation, feeling normal, having a positive attitude towards the*

disease and treatment, support of nurses, parents and physicians enhanced the adolescent's compliance" (E50 p240).

Da análise ao *corpus* distinguimos também a **dimensão do foco – apoio social [10024074]** – assim como, as possíveis combinações de conceitos para o juízo qualificador da dimensão (Figura 8).

Figura 8 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente aos diferentes tipos de enunciados diagnósticos possíveis face à dimensão do foco - Apoio social



O **apoio social [10024074]**, surge como uma das condições com maior influência nos comportamentos de gestão do regime dietético. Para a inferência desta dimensão, encontramos um total de 10 artigos, que reconhecem o apoio social como fundamental para a eficácia da gestão. Neste ponto, convém esclarecer que os conteúdos clínicos extraídos para esta dimensão, não são na sua globalidade específicos da componente do regime dietético, todavia, das leituras efetuadas aos estudos, compreendemos que se influenciam de uma forma mais geral a gestão da doença ou do regime terapêutico, conforme alguns estudos o evidenciam, irão igualmente influenciar na gestão do regime dietético de modo mais particular. Assim, com esta categoria pretendemos, portanto, enfatizar o suporte prestado pelos profissionais de saúde, embora não nos limitemos a este, querendo igualmente abranger a gama dos recursos da comunidade disponibilizados. Entre estes, destacamos a acessibilidade às redes de apoio existentes, a associações ou a grupos de apoio, isto a título mais coletivo. Do mesmo modo, importa não nos esquecermos dos amigos e grupos de pares num nível mais individual. Paralelamente, num carácter mais específico, no que toca à componente em análise, recordamos a importância do acesso a alimentos saudáveis, e às ofertas de locais na proximidade para adquirir esses mesmos alimentos.

Face ao exposto, parece-nos clarificada para a explanação da conceção de cuidados, a importância do enfoque nas questões relacionadas com o apoio social, dimensão que na nossa opinião por vezes é negligenciada no que toca à sua documentação. Neste ponto, as UR que se mostraram compatíveis com a categoria *à priori* foram entre outras: “(...) support

of nurses, (...) enhanced the adolescent's compliance" (E50 p240); "Empowerment characteristics include (...) and a strong network of social support" (E36 p119).

No âmbito da designação do conceito que reporta a agregação sintática para a nomeação diagnóstica, encontramos o termo **baixo [10011438]** em 6 artigos – anexo 6. Tal como nas análises anteriores, este conceito, pressupõe a existência de uma debilidade nas redes de apoio ou de acessibilidade aos serviços de saúde, e derivou de UR como: *"(...) lack of support to maintain the behavior change, stress, as well as situational challenges" (E1).* Quanto ao termo – **nível esperado [10007343]** – presente em 3 artigos –, a sua natureza positiva expressa uma condição de efetividade relativamente ao suporte social, pelo que não se constitui um problema, mas sim, um resultado derivado dos recursos existentes e percecionados. Aqui, encontramos UR que traduzem essa mesma efetividade, tais como: *"Patients were positive about the support they received from the nurses (...)" (E83 p70).*

A sintaxe diagnóstica apresentada na figura 9, representa a concatenação possível em função dos conteúdos teóricos investigados para a **dimensão do foco – apoio da família [10023680]**.

Figura 9 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente aos diferentes tipos de enunciados diagnósticos possíveis face à dimensão do foco - Apoio da família



No que diz respeito à última dimensão em análise – **apoio da família [10023680]** – inferida pelos 7 artigos que a fundamentam (anexo 6), é importante recordar que o envolvimento das pessoas significativas no processo de mudança comportamental, nomeadamente dos familiares, pode constituir-se um elemento chave para que essa mudança se suceda, pela facilitação e encorajamento na adoção e manutenção dos comportamentos de saúde (McCloskey e Flenniken, 2010; Lundberg e Thrakul, 2012). O mesmo acontece com a perceção do suporte familiar relativamente à incorporação de um novo padrão alimentar, com as suas complexidades e restrições inerentes. Se efetivo, pressupomos que mais facilmente as pessoas incorporem o regime dietético nas suas vidas. Pelo contrário, se **baixo [10011438]**, derivado de fatores condicionadores como os que iremos explorar mais adiante, pode inclusivamente restringir ou dificultar a integração do mesmo por quem o necessita adotar.

Por conseguinte, é sobre esta limitação que ocorre o termo do eixo do juízo **baixo [10011438]**, decorrente dos 2 artigos que abordam o conceito, pelo uso de expressões que

vêm sublinhar essa lacuna no suporte, nomeadamente através da UR: “(...) *limited family support (...)*” (E41 p208).

3.2.3. Os Conceitos Extraídos da Análise de Conteúdo para a Construção Sintática dos Enunciados das Intervenções de Enfermagem

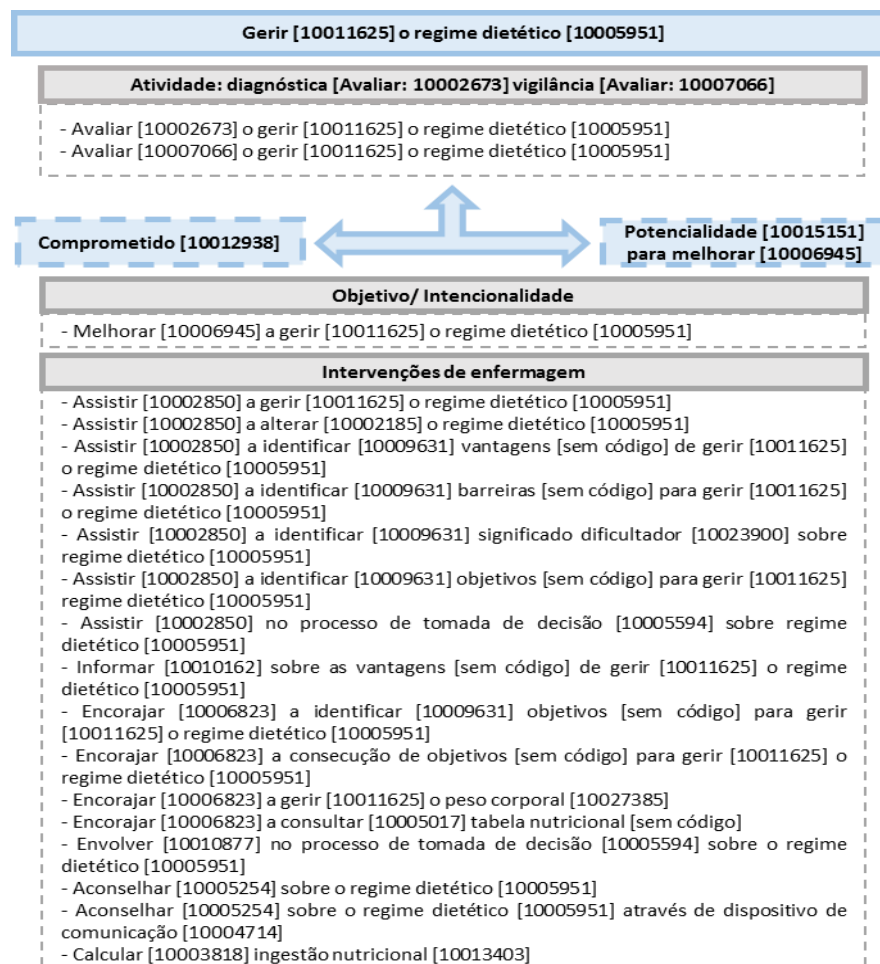
À semelhança do que aconteceu na análise das construções sintáticas para a formulação dos diagnósticos, passamos agora, à análise das construções sintáticas encontradas no *corpus* de análise que fazem alusão às possíveis nomeações das intervenções de enfermagem. Propusemo-nos a extrair dos artigos incluídos no estudo, os conceitos que portadores de sentido e significado, apresentavam integridade referencial quer para o foco de atenção principal, como para as dimensões a este relacionadas. É de sublinhar que para a concatenação dos termos referentes à categoria da ação de enfermagem, sua subcategoria e, categoria do alvo da ação, utilizamos novamente a norma de referência para produzir os enunciados das intervenções de enfermagem: ISO 18104: 2003. De acordo com a norma, as ações de enfermagem, são via de regra, representadas por verbos no infinitivo como *atender, observar, ensinar*, entre outros; por sua vez, o alvo, é aquele (a) ou aquilo que é afetado (a) pela ação (Marin, Peres e Sasso, 2013). As categorias semânticas no domínio do alvo incluem, mas não estão limitadas a: *componente do corpo, dimensão*, entre outras. No mesmo sentido, o diagnóstico de enfermagem também pode ser um alvo (ISO 18104: 2003). Porém, é importante não esquecer que o alvo pode ser suprimido da expressão, pelo uso exclusivo do meio, como por exemplo: *Providenciar [10015935] material de leitura [10016433]*. Assim, uma intervenção de enfermagem é construída regra geral, pela concatenação da ação com o alvo, podendo incluir-se o meio, a via, o local e o beneficiário da ação, sempre que se considerar necessário.

De forma a clarificar a totalidade das intervenções categorizadas e organizadas em tabela em função da inferência produzida através das UR portadoras de sentido para as categorias de análise *à priori* – anexo 7, consideramos igualmente importante, efetuar uma síntese de todas as intervenções incluídas, organizando-as por categorias da ação, sendo que destas, optamos posteriormente por estratificá-las conforme o nível de abstração e especificidade tal como é possível evidenciar através do anexo 8.

Como podemos observar pela figura abaixo (figura 10), nesta etapa, incidiremos sobre a análise das intervenções de enfermagem com relação direta e, integridade referencial, face

ao diagnóstico de enfermagem exposto. Mais acrescentamos, que daqui em diante, debruçar-nos-emos particularmente, sobre os enunciados diagnósticos de caráter negativo, nomeados pela construção sintática derivada do eixo do juízo negativo – **comprometido(a) [10012938]** ou **baixo (a) [10011438]**; ou pelo recurso à sintaxe do eixo do juízo de cariz relativo – **potencialidade [10015151] para melhorar [10006945]**, conforme explicado no subcapítulo anterior. As expressões diagnósticas construídas pela concatenação do termo do eixo do juízo do tipo positivo, não serão aqui contempladas, visto não se verificar a necessidade de uma atuação de enfermagem para uma coisa, que não é um problema.

Figura 10 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à subcategoria - foco - Gerir o regime dietético



Antes de partirmos para a análise das intervenções propriamente ditas, importa salientar que para algumas categorias ou subcategorias – referentes ao foco principal ou às dimensões que lhe estão associadas – surgiram da análise de conteúdo, aspetos que nos remeteram para o cômputo das intencionalidades das intervenções e/ou, para as atividades diagnósticas e de vigilância implícitas à necessidade de avaliação da condição da pessoa e que são relevantes para a conceção de cuidados. De notar, que consideramos as *atividades*

diagnósticas [10002673] – ou seja, as atividades que nos levam a avaliar o estado da área de atenção – como um tipo de “*avaliar*” – derivado do termo original “*assessing*” –, com as características específicas de “*estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa*” (ICNP®, 2013). Em paralelo, as *atividades de vigilância [10007066]*, designadas pelo mesmo modelo de categorias *à priori*, como um tipo de “*avaliar*”, que deriva do inglês “*evaluating*”, e que visa “*determinar*” o “*processo contínuo de medir o progresso ou extensão em que os objetivos estabelecidos foram atingidos*” (Ibidem). Dito de outra forma, a atividade de vigilância, como o nome indica, permite-nos verificar de que forma as intervenções de enfermagem implementadas possibilitam a alteração do juízo diagnóstico. Como tal, este tipo de avaliação é aquele que sucede uma primeira a que denominamos – atividade diagnóstica.

Findas as introduções a este novo subcapítulo, perante o enunciado diagnóstico: **potencialidade [10015151] para melhorar [10006945] o gerir [10011625] o regime dietético [10005951] ou gerir [10011625] o regime dietético [10005951] comprometido [10012938]**; encontramos algumas UR que nos levaram à inferência da intencionalidade existente na nomeação das intervenções de enfermagem, isto é, o *objetivo* que se pretende ao produzir uma alteração na condição da pessoa por via das intervenções prescritas, de acordo com critérios de resultado esperados. Com efeito, a expressão **melhorar [10006945] a gerir [10011625] o regime dietético [10005951]** – encontrada em 2 artigos –, é uma forma de *atender [10002911]*, que expressa a ênfase colocada na intenção de melhorar um comportamento, neste caso em concreto – o gerir o regime dietético –, no sentido de se desenvolver um conjunto de competências na pessoa, que lhe permita aperfeiçoar de forma o mais autonomamente possível a sua gestão. Do mesmo modo, a intencionalidade expressa decorre de uma avaliação prévia da condição, por via da atividade diagnóstica **avaliar [10002673] o gerir [10011625] o regime dietético [10005951]**. Por outro lado, essa melhoria na condição de gerir, é monitorizada pela implementação da atividade de vigilância **avaliar [10007066] o gerir [10011625] o regime dietético [10005951]** – inferidas através de um total de 15 artigos – anexo 7. Estes conteúdos, foram construídos pela existência de UR como as que passamos a apresentar respetivamente: “*(...) to evaluate their dietary intake (...)*” (E24 p232); “*(...) a nurse received information concerning the assessment of fruit/vegetable intake (...)*” (E40 p273);

Relativamente às intervenções de enfermagem *per si*, importa salientar que a categoria da ação **assistir [10002850]**, enquanto ação direcionada a “*fazer parte do trabalho com ou para alguém*” (ICNP®, 2013), apresenta sobretudo integridade referencial para a categoria do eixo do juízo **comprometido**, na medida em que, se depreende que o termo enfatiza a

limitação na gestão do regime dietético da pessoa, a ponto de a fazer necessitar de ajuda. Para estes casos em concreto, é o enfermeiro que suplementará as atividades inerentes à gestão do regime dietético até que a pessoa esteja adaptada à condição. São exemplo deste tipo de intervenções as que se seguem: **assistir [10002850] a alterar [10002185] o regime dietético [10005951]** – (2 artigos); **assistir [10002850] a identificar [10009631] vantagens [sem código] de gerir [10011625] o regime dietético [10005951]** – (4 artigos).

Todavia, a nossa perspetiva recai para a ênfase que cada vez mais deve ser impressa, nas capacidades que a pessoa apresenta, em detrimento de abordagens exclusivamente centralizadas nas suas limitações. Por outras palavras, privilegiamos uma abordagem mais positivista, na qual elencamos os aspetos em que a pessoa ainda tem *potencialidade para melhorar*, o que pressupõe a oportunidade para o desenvolvimento das mesmas. Esta é a razão pela qual, propomos a inclusão do diagnóstico: **potencialidade [10015151] para melhorar [10006945] o gerir [10011625] o regime dietético [10005951]**. Face a este diagnóstico, consideramos haver uma relação direta entre o mesmo e as ações pertencentes à subcategoria do **encorajar [10006823]**, **envolver [10010877]**, **aconselhar [10005254]** e **informar [10010162]**. Estas ações, essencialmente as do tipo, *encorajar*, *envolver* e *aconselhar*, visam potenciar os aspetos que sustentados pela opinião clínica procedente, são encarados com potencial para melhorar. Tomamos como exemplo a intervenção proposta através de um total de 8 artigos: **encorajar [10006823] a identificar [10009631] objetivos [sem código] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]**. Daqui sobressaem dois aspetos, o primeiro, é que o termo incorporado para a construção da intervenção – *objetivos* – não existe no modelo de categorias à *priori* – CIPE® versão 2013; todavia tal como em situações anteriores, este foi introduzido, pela fundamentação do mesmo através das UR extraídas do *corpus* de análise. O segundo aspeto, prende-se com a intencionalidade inserida na intervenção, ao fazer com que a pessoa estabeleça as suas próprias metas e objetivos a longo e a curto prazo, traçando o seu próprio plano de ação. Esta intervenção, fomenta portanto, o paradigma no qual nos inscrevemos, isto é, o de uma *tomada de decisão* efetuada pelo próprio, onde a participação proativa da pessoa é efetivamente uma realidade e que contribui para a *“auto”gestão*. O mesmo acontece quando analisamos a intervenção: **encorajar [10006823] a consecução de objetivos [sem código] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]** – fundamentada através de 2 artigos e pela presença de conteúdos clínicos que clarificam a introdução de ambas as intervenções, tais como os que se seguem respetivamente: *“Patients were encouraged to set individual reachable goals for lifestyle changes, such as (...) healthy food choices (...)” (E17 p192); “(...)*

sodium, and fluid intake (...) reinforcement was given for goals met and problem solving offered when goals were not met” (E73 p217).

Por outro lado, surgem-nos também ações do tipo **aconselhar [10005254]**, que apresentam maior nível de granularidade, embora pertencentes a outras de maior nível hierárquico: **informar [10010162]**. O termo *aconselhar*, é um tipo de “orientar”, que pretende “*capacitar alguém para tomar a sua própria decisão, através do diálogo*” (ICNP®, 2013). Face ao exposto, encaramos esta subcategoria como exclusiva da categoria do foco – *gerir*. Todavia, é de realçar que intervenções no âmbito do: *informar [10010162]*, estabelecem igual representatividade não só, mas também, para o domínio da dimensão: *conhecimento sobre o regime dietético*. Servindo-nos de intervenções como a que se segue: **informar [10010162] sobre as vantagens [sem código] de gerir [10011625] o regime dietético [10005951]**; exemplificamos o tipo de intervenções que consideramos exercer influência na condição da pessoa e na alteração no juízo clínico, quer para contextos em que a abordagem é efetuada pela via da *gestão*, como para situações em que as intervenções planeadas são entendidas com relação direta para a dimensão do *conhecimento*, entre outras. Para a construção desta intervenção tivemos em conta UR do tipo: “*If the motivation to change was lacking, then the nurse explained the benefits of adequate intake and tried to dispel misconceptions*” (E40 p274) – anexo 7.

Ainda relativamente às intervenções centrais para o domínio do – *gerir o regime dietético* – importa mencionar a intervenção: **calcular [10003818] ingestão nutricional [10013403]**. Esta intervenção em concreto, parece ser representativa de um tipo de ação em que se pretende pela via do apoio, auxiliar a pessoa a compreender qual o melhor padrão alimentar a incorporar. Com efeito, consideramos uma intervenção com integridade referencial para ambos os enunciados diagnósticos do âmbito da *gestão*, aqui representados, e que inferimos pela constatação de expressões como a que apresentamos em seguida: “*(...) food energy calculation*” (E7 p3).

Considerando a **dimensão adesão** e da análise da figura 11, evidenciam-se três possibilidades para a formulação diagnóstica. As duas primeiras, pelo uso de termos do eixo do juízo de conotação negativa – **baixa [100114338]** e **não [adesão] [10013248]**, respetivamente; e uma terceira, pelo recurso ao termo do eixo do juízo – **potencialidade [10015151] para melhorar [10006945]**.

Figura 11 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à dimensão do foco - Adesão ao regime dietético



Recordando o que foi dito anteriormente, a *adesão* – é encarada por nós como um dado, que nos permite compreender se a pessoa alterou ou não – o seu comportamento tendo em conta as recomendações que lhe foram sugeridas. Do mesmo modo, encaramos que a abordagem a seguir, não é tanto por via da adesão, mas mais, através de uma abordagem centrada nas respostas humanas às transições e, como tal, direcionada para os condicionalismos que a impedem de efetivar uma mudança comportamental.

Neste sentido, as intervenções para alteração de uma condição de **adesão ao regime dietético baixa**, de **não adesão ao regime dietético**, ou de **potencialidade para melhorar a adesão**, não passam tanto pela adesão em si, mas antes, pelas dimensões que incluímos no trabalho e que associamos ao foco – *gerir o regime dietético*. Esta é a principal razão pela qual, optamos por não agregar intervenções de enfermagem diretamente nesta categoria. Porém, mantivemos a intencionalidade de **melhorar a adesão ao regime dietético** associada a esta categoria por dois motivos. Em primeiro, porque ocorreu essa representatividade em 4 artigos, com UR semelhantes à que exemplificamos: “(...) *interventions focus on improving adherence to nutritional guidelines*” (E71 p1583). O segundo motivo, prende-se com a tentativa de reforçar a nossa posição, que não é mais do que a intencionalidade aplicada na razão para a ação, ou seja, se houver uma tomada de decisão coerente com a prescrição, a pessoa irá evoluir para uma ação realizada pelo próprio. Nesta etapa, se numa primeira fase for apenas “o não fazer”, para passar “a fazer algo de forma errada” – denotamos que este novo estado se enquadra com o de uma condição diferente, agora direcionada para “o fazer de forma errada, mas não intencionada”, passando por isso, a ser trabalhada por via da *baixa adesão* ou da *potencialidade* que a pessoa apresenta para modificar os seus comportamentos.

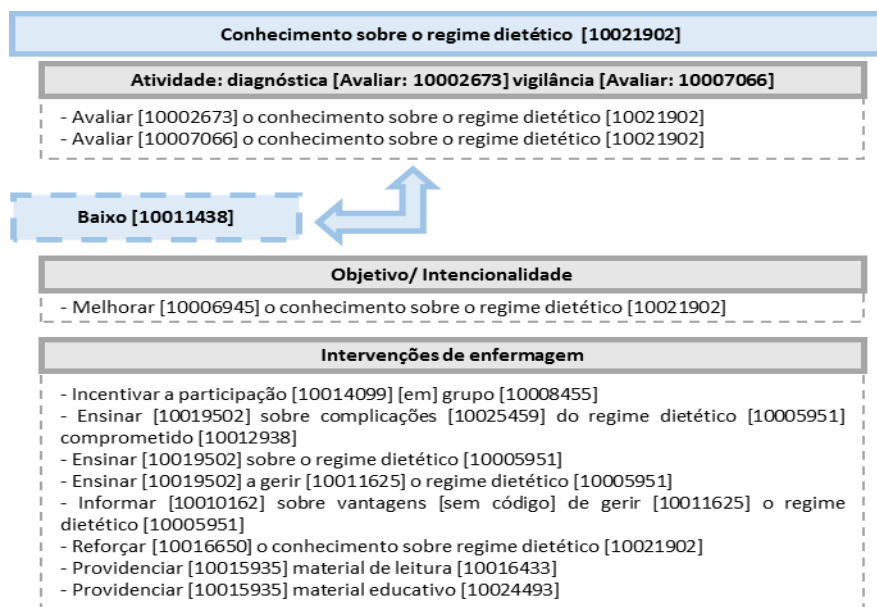
Todavia, esta mesma intencionalidade pode ser assumida como uma decisão realizada pelo próprio em prol do seu próprio benefício e sobre o controlo do mesmo – no sentido de diminuir a probabilidade de incorrer em decisões inadequadas. É neste contexto que surge

a gestão, e as restantes dimensões consideradas. Em síntese, o objetivo *de melhorar a adesão ao regime dietético* é o mesmo que dizer – interagir no sentido de levar a pessoa a perceber a importância de fazer, para bem fazer.

Com o supracitado, esclarecemos igualmente a nossa opção pela atividade de vigilância: **avaliar [10007066] a adesão ao regime dietético [10030312]**; isto porque, na ocorrência de uma situação em que há a necessidade de incorporar um determinado padrão alimentar, é pelo recurso a esta atividade, que poderemos monitorizar a condição (ato de fazer ou não fazer), assim como o impacto das intervenções implementadas, continuando a atuar quer nas situações em que se verifique uma concordância – pela via da gestão – ou, por sua vez, na sua antítese, direcionando as intervenções para a minimização dos condicionalismos que poderão estar a dificultar a implementação das recomendações. Para a construção desta intervenção obtivemos 2 UR sendo que uma delas é a que se segue: “*Check (...) patient adherence to prescribed diet (...)*” (E18).

Seguidamente enunciamos as intervenções de enfermagem que inferimos dos conteúdos clínicos com integridade referencial para a modificação do diagnóstico **conhecimento sobre o regime dietético [10021902] baixo [10011438]** (Figura 12).

Figura 12 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à dimensão do foco - Conhecimento sobre o regime dietético



Para o diagnóstico **conhecimento sobre o regime dietético [10021902] baixo [10011438]**, salientamos alguns termos do eixo da ação como: o **ensinar [10019502]**, o **informar [10010162]**, e o **reforçar [10016650]**. O termo *ensinar* provém de outrem de

maior nível de abstração: o *informar*. Informar, é definido como “*comunicar alguma coisa a alguém*” (ICNP®, 2013). Em contrapartida o termo *ensinar*, é definido pela mesma fonte como um tipo de “*informar*” que contribui para “*dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde*”. Por outro lado, a ação de *reforçar*, é mais uma forma de “*assistir*”, que pretende “*fortalecer alguma coisa ou alguém*” (Ibidem); e, que neste caso em concreto direciona-se para o reforçar de algo que ainda apresenta algum défice de conhecimento, que não é mais do que a categoria do conhecimento a ser fortalecida por intermédio de intervenções como a que propomos na figura acima designadamente: **reforçar [10016650] o conhecimento sobre regime dietético [10021902]** – 5 artigos. Nesta medida, consideramo-la do ponto de vista da integridade referencial, provida de sentido e exclusiva do enunciado diagnóstico do domínio do *conhecimento sobre o regime dietético*. As UR que estiveram na base da construção da intervenção enunciada, foram entre outras: “*(...) the nurse tried to reinforce knowledge on recommendations (...) inadequate intake*” (E40 p274).

Não obstante, as ações elencadas do tipo, *ensinar*, tendo em conta a definição do conceito, são também por nós consideradas exclusivas da dimensão do *conhecimento*, nomeadamente *do conhecimento sobre o regime dietético*. Nesta medida, as UR que evidenciamos abaixo, deram estrutura às intervenções aqui incluídas, respetivamente: **ensinar [10019502] sobre complicações [10025459] do regime dietético [10005951] comprometido [10012938]** – 3 artigos; **ensinar [10019502] sobre o regime dietético [10005951]** – 22 artigos; **ensinar [10019502] a gerir [10011625] o regime dietético [10005951]** – 10 artigos. Servem de exemplo as UR: “*The two educational interventions (...) dietary management for haemodialysis (...) possible consequences of non-compliance*” (E49 p62); “*(...) support in teaching how to deal with dietary rules (...)*” (E56 p385); “*(...) Educating participants on how to make healthy choices when shopping for food or dining out*” (E20 p276).

De salientar, que a intervenção **ensinar a gerir o regime dietético**, embora próxima de outras, tem a particularidade de centrar-se sobretudo no *ensinar a gerir*, isto é, no “*como se faz*”, para que a pessoa leve a cabo a aprendizagem de estratégias que fomentem uma prática orientada pelas melhores condutas face à condição, sendo que esta deve essencialmente ser realizada pela própria e, em seu benefício. Porém, convém frisar que esta intervenção, nada tem que ver com as ações do tipo “*instruir: fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa*” (ICNP®, 2013), e, advogamo-lo pelo pressuposto de que não é da função dos enfermeiros, instruir as pessoas de um ponto de vista técnico a prepararem as suas refeições por exemplo, mas encaramos ser da competência dos mesmos, fornecerem as ferramentas possíveis para que o façam de forma

autónoma e nos seus contextos de vida. Por seu turno, **ensinar sobre o regime dietético**, inscreve-se num tipo de intervenção de componente teórica, que estimula a pessoa a possuir os conhecimentos teóricos necessários para o fazer. A esta intervenção, acrescentamos ainda a importância de a pessoa adquirir conhecimentos sobre os alimentos e os líquidos a restringir.

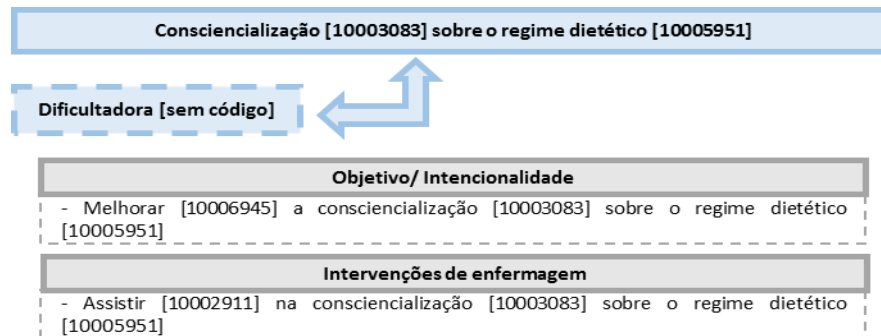
No mesmo âmbito, perspetivamos as intervenções: **providenciar [10015935] material de leitura [10016433]** – 8 artigos; **providenciar [10015935] material educativo [10024493]** – 4 artigos, como um complemento na promoção dos conhecimentos a desenvolver. Neste ponto, se por um lado o *material de leitura* sugere a panóplia de conteúdos teóricos a assimilar, o *material educativo*, por seu turno, vem acrescentar uma vertente mais didática, com o recurso por exemplo a vídeos explicativos que podem coadjuvar e por vezes até intercalar, o processo de aquisição de conhecimentos sobre o regime dietético. As UR extraídas do *corpus* para a nomeação destas intervenções, foram entre outras: “(...) *received additional materials (...) telephone encounters to reinforce the telephone conversation and provide a resource*” (E53 p342); “(...) *video education can improve self-care behaviours in patients with chronic medical conditions*” (E49 p66).

O mesmo acontece com a inclusão da intervenção: **incentivar a participação [10014099] [em] grupo [10008455]** – 4 artigos, com a qual pretendemos mostrar a importância de a aprendizagem ser partilhada, nomeadamente, com os seus pares em grupos de pessoas com problemas similares, de forma a sair fortalecida.

Com efeito, o objetivo das intervenções identificadas passa por melhorar esta condição de défice, ou seja, **melhorar [10006945] o conhecimento sobre o regime dietético [10021902]** – 2 artigos, do mesmo modo, o enunciado diagnóstico aqui sustentado, é evidenciado pelo uso da atividade diagnóstica: **avaliar [10002673] o conhecimento sobre o regime dietético [10021902]** – 7 artigos – e, que consideramos ser igualmente importante enquanto mediador da evolução da condição. São exemplo de UR: “(...) *assessments of knowledge and behaviour (...) diet, body weight control (...)*” (E57 p 1376).

Após a análise dos artigos, identificamos também o núcleo de intervenções com integridade referencial para a **dimensão do foco – consciencialização [10003083] sobre o regime dietético [10005951]** (Figura 13).

Figura 13 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à dimensão do foco - Conscientização sobre o regime dietético



Os estudos demonstram-nos que a *conscientização*, é um dos fatores determinantes para que ocorra uma percepção correta na pessoa do que mudou e do que terá de integrar no seu quotidiano. Tomar consciência é, portanto, o resultado das experiências vividas pela pessoa, os significados atribuídos à situação e, como sabemos, apresenta estreita relação com a percepção sobre a necessidade de implementar mudanças na sua vida como forma de dar resposta aos desafios experienciados. Com efeito, o enunciado diagnóstico apresentado: **conscientização [10003083] sobre o regime dietético [10005951] dificultadora [sem código]**, serve para explicar aquele tipo de situações em que a pessoa ainda não reconheceu as exigências da atual condição em que se encontra, particularmente da importância de gerir o regime alimentar. De igual forma, serve para documentar, que não percebe as razões que poderão estar por trás de determinadas recomendações ou, das implicações que determinado comportamento poderá vir a exercer na sua vida futura. Por isso, torna-se importante que, destes achados, decorram um determinado tipo de intervenções, ajustadas à pessoa e às suas necessidades. Neste contexto, e apesar dos artigos analisados nos orientarem apenas para uma intervenção de enfermagem com integridade referencial para a dimensão **conscientização sobre o regime dietético**, consideramo-la relevante, tendo sido inferida de 3 artigos: **assistir [10002911] na conscientização [10003083] sobre o regime dietético [10005951]**.

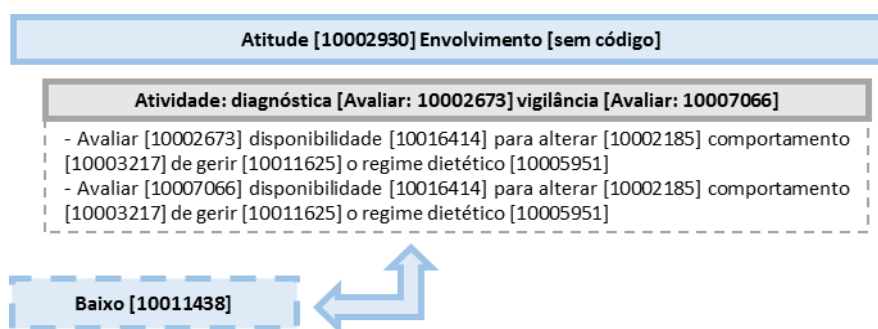
Todavia, por tudo aquilo que aqui vem sendo dito, outras intervenções há, embora de forma mais indireta, igualmente relevantes para produzir mudanças no *status* da condição – **dificultadora**. Referimo-nos, sobretudo àquelas que estão relacionadas com outras dimensões como é o caso, do *conhecimento, envolvimento, crenças de saúde, percepção de autoeficácia*, entre outras.

Ainda relativamente à conscientização, parece-nos oportuno refletir nesta fase da análise, que esta é encarada por nós, como um fator relevante que nos prediz se a pessoa está a dar início à transição, ou não. Neste sentido, consideramo-la um importante

indicador de processo. De facto, para que esta ocorra, ou seja, para que a pessoa progrida na gestão do seu regime dietético, a consciencialização deve ser efetiva e, como tal, o objetivo assumido durante o planeamento das intervenções passa por **melhorar [10006945] a consciencialização [10003083] sobre o regime dietético [10005951]** – 1 artigo. Contudo, numa fase inicial, a consciencialização pode estar limitada devido aos mais variados fatores, alguns deles já aqui enumerados, como a falta de conhecimento ou os significados dificultadores. Assim, é sobre estes fatores que a intervenção dos enfermeiros deve incidir, como forma de **assistir [10002911] na consciencialização [10003083] sobre o regime dietético [10005951]**. Acrescentamos ainda, que a nomeação das intervenções, respetivamente a que supracitamos, só acontece tendo em conta os dados anteriormente expostos, documentados por via da atividade diagnóstica, que embora não esteja aqui contemplada, sabemos de antemão que o processo avaliativo representado na atividade diagnóstica é crucial, para que o resto do processo de conceção cuidados se suceda. Para a construção desta intervenção usamos UR como: “(...) *healthy behavioral change is more likely when children are aware of their inadequate intake levels, have knowledge of the recommended intake levels (...)*” (E40 p274).

Seguidamente identificamos as intervenções extraídas do *corpus* providas de significado para a modificação do juízo qualificador associado à **dimensão do foco** abaixo exposta – **envolvimento [sem código]** (Figura 14).

Figura 14 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à dimensão do foco – Envolvimento



A interação entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados é, como referimos, um dos aspetos fundamentais para se prosseguir numa conceção de cuidados que previsivelmente venha a constituir-se como facilitadora para a ocorrência de um processo de transição saudável.

Por seu turno, o *envolvimento*, é outro dos aspetos basilares para que a transição se desenvolva de forma harmoniosa e saudável. Mediante o exposto, recordamos que sem

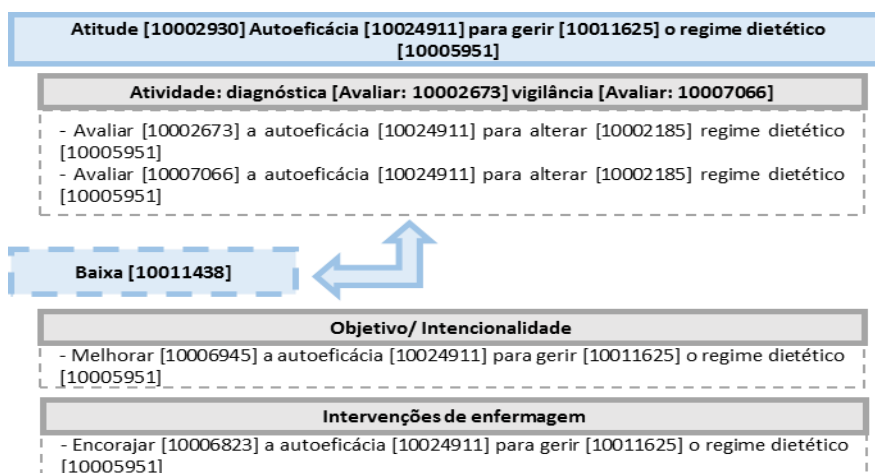
envolvimento dificilmente alguém se compromete em atividades para proteger a sua saúde, ou seja, por desconhecimento ou desvalorização das razões de enveredar por determinado tipo de padrão alimentar, não se desafiam a procurar ou mobilizar as informações que detêm, no sentido de controlar o impacto que a atual condição pode trazer ao seu bem-estar.

Avaliar [10002673] a disponibilidade [10016414] para alterar [10002185] comportamento [10003217] de gerir [10011625] o regime dietético [10005951], é assim, a atividade diagnóstica por nós proposta com base na UR extraída de 1 artigo – anexo 7. É ainda a atividade de vigilância que nos permite constatar se após a intervenção dos enfermeiros, passou a existir um envolvimento ativo da pessoa face à condição. Ninguém se mantém envolvido em algo que não reconhece como importante para si, ou seja, se não estiver consciencializado.

À semelhança de outras subcategorias, apesar de não se encontrarem aqui nomeadas as intervenções de enfermagem inerentes à constatação de um **envolvimento [sem código] baixo [10011438]**, por falta de UR com integridade referencial sobre a dimensão, consideramos que a ação dos enfermeiros passa em grande medida pelo planeamento de ações do tipo: *assistir, encorajar e reforçar*, a pessoa a percecionar as mudanças que ocorreram. É neste pressuposto, por via das dimensões como: *a consciencialização, as crenças de saúde*, ou até mesmo através dos *fatores condicionadores como os significados atribuídos*, que encaramos que os enfermeiros devem atuar, enquanto facilitadores da assunção de uma condição.

Outra **dimensão do foco** identificada foi como vimos, a **autoeficácia [10024911] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]**, à qual associamos as intervenções extraídas do *corpus* que descrevemos na figura abaixo (Figura 15).

Figura 15 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à dimensão do foco - Autoeficácia



Para as situações em que se verifica a existência de uma **autoeficácia [10024911] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951] baixa [10011438]**, os estudos analisados indicam que o papel do enfermeiro, deve passar necessariamente por **encorajar [10006823] a autoeficácia [10024911] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]** – 3 artigos. Ou seja, encorajar a pessoa a perceber as suas capacidades. O conjunto de UR incluídas na construção desta intervenção encontram-se no anexo 7 – e tomamos como exemplo: “(...) *encourages patients to reflect on their current levels of confidence for changing aspects of their daily life such as eating patterns (...)*” (E75 p311).

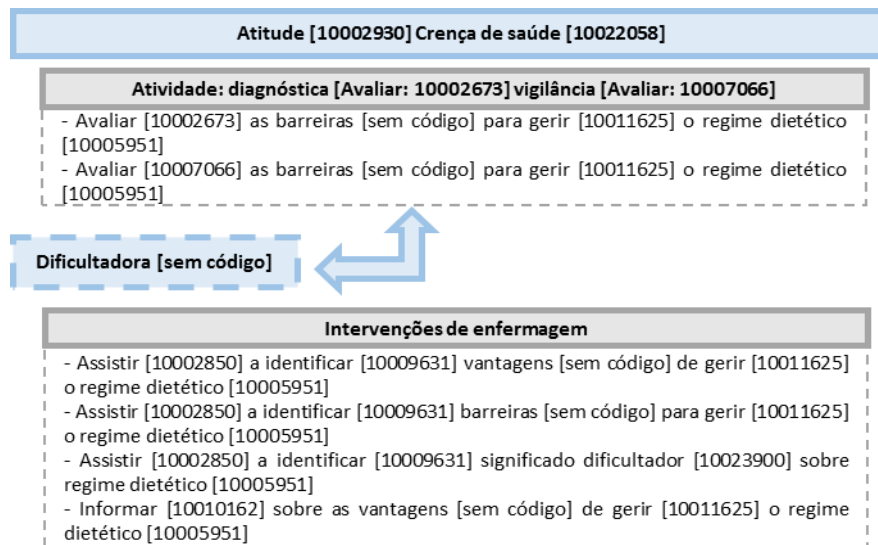
Encorajar [10006823]: “*dar confiança ou esperança a alguém*” (ICNP®, 2013), é uma subcategoria da ação **atender [10002911]**, e um tipo de *apojar*, com um nível taxonómico superior, que pressupõe de acordo com significado, a intencionalidade de transmitir à pessoa as suas potencialidades, de modo a capacitá-la a identificar e estabelecer objetivos realistas, resolver problemas, gerir o stress inerente à necessidade de gerir o regime dietético e mobilizar recursos adequados.

Entendemos também, tal como advogam os estudos, que o principal objetivo que emerge da prescrição de intervenções é o de proporcionar às pessoas confiança para **melhorar [10006945] a autoeficácia [10024911] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]** – 3 artigos. Paralelamente, para perceber a passagem de um estado de *baixa percepção de autoeficácia*, para outro, em que a autoeficácia se encontra no *nível esperado*, poderemos recorrer à atividade diagnóstica de relação direta sobre a dimensão inferida através de 2 artigos: **avaliar [10002673] a autoeficácia [10024911] para alterar [10002185] regime dietético [10005951]** –, atividade esta, que permite determinar o juízo clínico aqui evidenciado, assim como a sua modificação. Para ilustrar as UR que determinaram as duas últimas intervenções aqui enunciadas, utilizamos as que se seguem respetivamente: “(...)

increasing self – efficacy (...) to eat sufficiently (...)” (E40 p276); “(...) assess their confidence and perceived ability to make the change (...)” (E2 p475).

Na figura seguinte apresentamos o conjunto de intervenções que consideramos com integridade referencial para a alteração favorável do juízo qualificador associado à **dimensão do foco – crença de saúde [10022058]** (Figura 16).

Figura 16 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à dimensão do foco - Crença de saúde



Nesta fase, importa recordar que as *crenças de saúde* representam a opinião das pessoas sobre a sua doença, isto é, a perceção que têm sobre a forma como determinada condição as influencia. Face ao exposto, na presença de uma **crença de saúde [10022058] dificultadora [sem código]**, identificamos da análise aos conteúdos, intervenções de enfermagem que assumiam propriedades relevantes para a alteração do enunciado clínico.

Convém relembrar que as subcategorias referentes ao MCS não se encontram representadas no modelo de categorias à *priori*. Todavia, dada a sua relevância clínica enquanto variáveis consideradas na tomada de decisão comportamental, foi nossa opção introduzi-las sempre que o víamos suportado nos estudos incluídos, nomeadamente na identificação dos dados sobre as subcategorias e, na nomeação das intervenções a implementar. Esta decisão teve como principal intuito, expor a perceção individual das pessoas acerca da sua saúde, principalmente na ocorrência de falsos pressupostos, como as crenças erróneas que dificultam a interpretação verdadeira dos factos, para uma tomada de decisão consciente sobre a condição. Assim, nestas situações, consideramos que importa atuar no sentido de **assistir [10002850]**, a pessoa a aceitar e a perceber a sua real condição: **assistir [10002850] a identificar [10009631] vantagens [sem código] de gerir**

[10011625] o regime dietético [10005951] – 4 artigos; **assistir [10002850] a identificar [10009631] barreiras [sem código] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]** – 7 artigos; **assistir [10002850] a identificar [10009631] significado dificultador [10023900] sobre regime dietético [10005951]** – 1 artigo.

Com as intervenções enunciadas pretendemos, demonstrar o tipo de abordagem a ser implementada pelos enfermeiros aquando da constatação da ocorrência de ideias pouco claras a respeito do seu estado de saúde, frequentemente observáveis pela identificação de *significados dificultadores* atribuídos ao regime dietético instituído ou, pela *perceção das barreiras* existentes que constroem a sua aplicabilidade prática. Serve de exemplo, a necessidade de incorporar um padrão alimentar saudável ou as possíveis restrições a ele inerentes. Com efeito, consideramos estas intervenções como uma medida efetiva para a promoção de comportamentos saudáveis, isto é, assistindo a pessoa igualmente a *percecionar as vantagens* destas atitudes. A exemplificar o tipo de conteúdos que possibilitaram a inferência das intervenções supramencionadas, apresentamos as UR: “(...) *discussing strategies for overcoming barriers to healthy eating (problem solving)*” (E34 p188); “*Understanding the meanings that patients attribute to fluid restrictions may be helpful to nurses in designing adequate educational interventions*” (E41 p208).

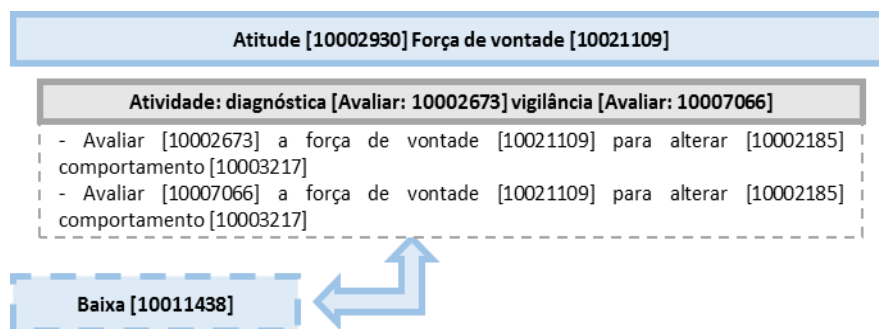
Do mesmo modo, importa não descorar mais uma vez, a importância da dimensão do conhecimento sobre este ponto. Ora, se ninguém perceciona algo que desconhece, é importante assistir as pessoas a percecionar as vantagens da integração de determinados comportamentos pela via da transmissão dos conhecimentos. Atendendo ao supracitado, o papel dos enfermeiros passa igualmente por identificar as áreas do conhecimento sobre o regime dietético onde as pessoas apresentam mais défices, o que permite uma orientação em termos dos conteúdos a abordar, nos casos em que se verifique ser necessário. Com isto, justificamos o facto de considerarmos a intervenção: **informar [10010162] sobre as vantagens [sem código] de gerir [10011625] o regime dietético [10005951]**, como uma mais valia, para a modificação do *status* diagnóstico e, ao mesmo tempo, com integridade referencial sobre o mesmo, mais concretamente, sobre a *perceção dos benefícios*.

Se até ao momento analisamos as intervenções de enfermagem com relação direta para as *crenças de saúde*, importa também esclarecer os aspetos que nos levaram a incluir alguns conceitos que não se encontram incluídos no modelo semântico, para a formulação das intervenções. Referimo-nos a itens como as **vantagens [sem código]** e as **barreiras [sem código]**, fundamentando a inclusão, com base nos pressupostos teóricos envolvidos e a sua relevância clínica, tendo sido exatamente isso que quisemos expor.

Paralelamente, a atividade diagnóstica por nós inferida através da análise ao *corpus* visa: **avaliar [10002673] as barreiras [sem código] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]**. A forma como a efetividade das intervenções é mensurada, no que às barreiras diz respeito, passa pela avaliação das mesmas através da atividade de vigilância **avaliar [10007066] as barreiras [sem código] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]**. Servem de exemplo UR como a seguinte: *“It is important for health professionals to explore the difficulties patients encounter in managing fluids, rather than labeling patients as “non-adherent” (E41 p214).*

Na figura 17 identificamos as intervenções extraídas do *corpus* que consideramos com integridade referencial para a **dimensão do foco – força de vontade [10021109]**.

Figura 17 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à dimensão do foco - Força de vontade



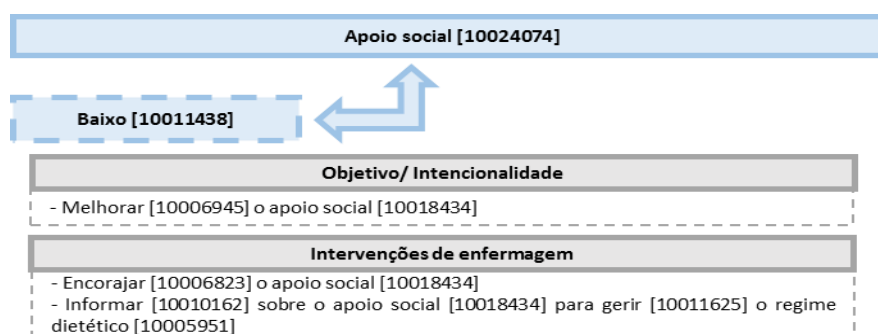
A **força de vontade [10021109]**, encontra-se amplamente relacionada com as diferentes dimensões centralizadas nas respostas humanas às transições. Pelo exposto, percebemos que a pessoa que se assume desprovida de vontade para realizar determinada ação, isto é - **força de vontade [10021109] baixa [10011438]** –, nem sempre dispõe de um déficit de conhecimento relativamente à condição, podendo simplesmente não perceber a relevância das recomendações e, neste âmbito desconsidera-las, adotando uma postura de apatia ou conformismo. A pouca motivação, parece-nos, portanto, estar muito relacionada com fatores intrínsecos à pessoa, como por exemplo a confiança que apresenta sobre si na definição de metas e resolução de problemas configurados com atividades de vida diária, ou por outro lado, derivada de fatores mais externos, nomeadamente relativamente à complexidade do regime dietético sugerido. No entanto, para qualquer um dos casos, a primeira abordagem a considerar passa pela identificação criteriosa das necessidades através da atividade diagnóstica: **avaliar [10002673] a força de vontade [10021109] para alterar [10002185] comportamento [10003217]** – decorrente dos 4 artigos que possibilitaram a sua construção, através de conteúdos como: *“(…) will assess the patient's*

actual motivations for change, ask for their experiences with specific actions (if applicable) and continue to work on importance and confidence” (E32 p7).

Ao longo da análise de conteúdo não encontramos sustentação teórica que fundamentasse a inferência de intervenções relacionadas com esta dimensão. Apesar disso, acreditamos que as estratégias implementadas pelos enfermeiros devem ser ajustadas e dirigidas à preparação das pessoas para lidarem nos seus contextos de vida com as adversidades dos problemas, nomeadamente, do regime dietético e, atuarem em consonância. Como forma de avaliar a evolução em termos de vontade do próprio para a mudança de comportamentos, recorreremos à atividade de vigilância: **avaliar [10007066] a força de vontade [10021109] para alterar [10002185] comportamento [10003217].**

No caso da **dimensão do foco – apoio social** – as intervenções obtidas da análise de conteúdo necessárias para descrever os cuidados a prestar nos casos de um **apoio social [10024074] baixo [10011438]**, encontram-se visíveis na figura abaixo (Figura 18).

Figura 18 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à dimensão do foco - Apoio social



Criar condições facilitadoras para a vivência da transição passa claramente por encorajar as pessoas a procurar apoio social: **encorajar [10006823] o apoio social [10018434]**, informando-as sobre os recursos existentes na comunidade face à natureza do problema: **informar [10010162] sobre o apoio social [10018434] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]**. Conforme evidenciamos, se a pessoa se sente apoiada tem maior probabilidade de se sentir encorajada a participar ativamente nas escolhas alimentares saudáveis, integrando as recomendações, ou pedindo auxílio mais prontamente.

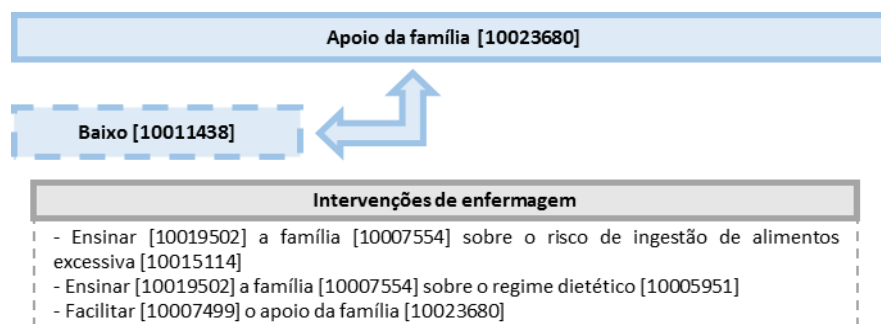
Nesta medida, parece-nos importante refletir, que conferir na pessoa poder e responsabilidade para melhorar a sua saúde individual, não pode ser indissociável do apoio que lhe deve ser prestado, nomeadamente pelas redes de apoio e pelos enfermeiros, pois só deste modo, os cuidados podem ser pautados por práticas de parceria, centralizadas nas pessoas e nas suas reais necessidades ao longo do tempo. Responsabilizar as pessoas sobre

a sua saúde, sem o apoio de todos os recursos na comunidade é para nós, impraticável, e como tal, as intervenções aqui elencadas, surgem como a “ponte”, para uma relação de cuidados profícua e verossímil no desenvolvimento das competências de gestão do regime dietético expectáveis.

A intencionalidade impressa nas intervenções nomeadas sob a inferência dos conteúdos clínicos exportados passa por: **melhorar [10006945] o apoio social [10018434]**, garantindo assim, todo o apoio existente e o necessário, aquando de um enunciado diagnóstico que comprova estarmos perante um baixo apoio social. As intervenções elencadas são fundamentadas pelas seguintes expressões: “(...) *encouraging peer support*” (E24 p231); “(...) *moreover, participants should be stimulated to mobilize social support, which was found to be important for both achieving and maintaining change (...)*” (E14 p6); “(...) *increasing the support provided to patients is likely to improve their adherence to treatment recommendations*” (E12 p7).

Na figura 19 descrevemos as intervenções com integridade referencial para a alteração do juízo qualificador associado à **dimensão do foco – apoio da família [10023680] baixo [10011438]**.

Figura 19 - Representação do modelo de análise de conteúdo referente às sintaxes das intervenções de enfermagem possíveis relativas à dimensão do foco - Apoio da família



A importância de uma relação de parceria entre os enfermeiros e os familiares das pessoas alvo de cuidados, é em tudo semelhante com a abordagem a adotar perante a pessoa que necessita alterar hábitos alimentares antigos, ingressando noutros adequados à atual condição. Nessas circunstâncias, como podemos verificar pelo material exposto, que a literatura vem confirmar, é fundamental informar os familiares das pessoas sobre as particularidades do regime dietético, nomeadamente, sobre as restrições hídricas ou alimentares, os alimentos a substituir entre outros. Conforme comprovamos pela análise dos estudos, quanto maior for a disponibilidade e envolvimento percebido pelas pessoas relativamente aos seus familiares, mais encorajadas estas se sentem para minimizar as contrariedades inerentes a ter de incorporar novas atividades de vida (Jian, Sit

e Wong, 2007; Mangunkusum et al., 2007; Lundberg e Thrakul, 2012). Ao visualizarem a família como um recurso ao qual podem recorrer, mais facilmente encontram os meios para fazer face aos desafios de protegerem a sua saúde. Já o seu oposto, ou seja, a presença de um apoio familiar deficitário, é visto pela pessoa que necessita ingressar no novo regime alimentar como um entrave à sua realização, tendo em vista uma variedade de fatores, como a desvalorização da condição por exemplo. Assim, a figura de um familiar e a forma como ele participa deve ser potenciada por via de intervenções como as que se seguem: **ensinar [10019502] a família [10007554] sobre o risco de ingestão de alimentos excessiva [10015114]** – 1 artigo; **ensinar [10019502] a família [10007554] sobre o regime dietético [10005951]** – 2 artigos; **facilitar [10007499] o apoio da família [10023680]** – 14 artigos. De acordo com o referido e, para que tal aconteça, salientamos que é igualmente importante, que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para estes aspetos e os considerem nas suas práticas. São exemplo estas UR, respetivamente: *“(…) the (…) family were educated by the provider about the risk and potential health issues associated with excess weight gain” (E2 p475); “Shopping as a family encourages unity within the group and allows the parents to teach the children to read food labels” (E5 p5); “(…) preparing meals as a family is a good way to improve communication within the family and teach cooking techniques to the children” (E5 p5).*

CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão discutidos os principais resultados do estudo. Da mesma forma, será estabelecido sempre que possível um paralelismo entre os achados deste estudo e o conhecimento atual de outros trabalhos científicos dentro do mesmo domínio. Quando pertinente serão ainda desenvolvidas algumas reflexões que foram emergindo ao longo da realização da investigação.

4.1. Relações entre os Diferentes Itens de Informação Resultantes da Análise de Conteúdo

A interpretação dos dados pode conduzir o decisor a equacionar uma determinada conclusão. Seja ela a identificação de um problema – diagnóstico – ou a definição de uma meta a atingir – objetivo – ou relativa à abordagem a planear – intervenções. Quanto mais válidos forem os dados ou argumentos, mais probabilidade existe de a conclusão do argumento, decisão, ser também válida (Silva, 2011). Pelo supramencionado e, seguindo a mesma autora, neste momento é altura de identificarmos a natureza das relações possíveis entre os diferentes itens de informação (dados; diagnósticos e intervenções de enfermagem) constituintes da análise de conteúdo para o processo diagnóstico no domínio do *autocuidado – gerir o regime dietético*.

Consideramos que um dado apresenta *relação direta* com um diagnóstico, quando se trata de um sinal, sintoma ou evidência clínica frequentemente presente – característica definidora –, que em conjunto, representam o diagnóstico de enfermagem (Carpenito, 2005; Silva, 2011). Por outras palavras, as relações diretas traduzem um raciocínio, no qual as premissas suportam e asseguram uma completa evidência da conclusão (Silva, 2011). É interessante lembrar aqui, que uma das principais finalidades do processo de enfermagem visa a obtenção de um conjunto de dados, cujas premissas apresentam adequação subjacente para a explanação dos problemas reais ou potenciais das pessoas – integridade referencial. Com efeito, a integridade referencial dos dados refere-se à relação adequada e portadora de sentido entre os dados de diferentes campos de informação –

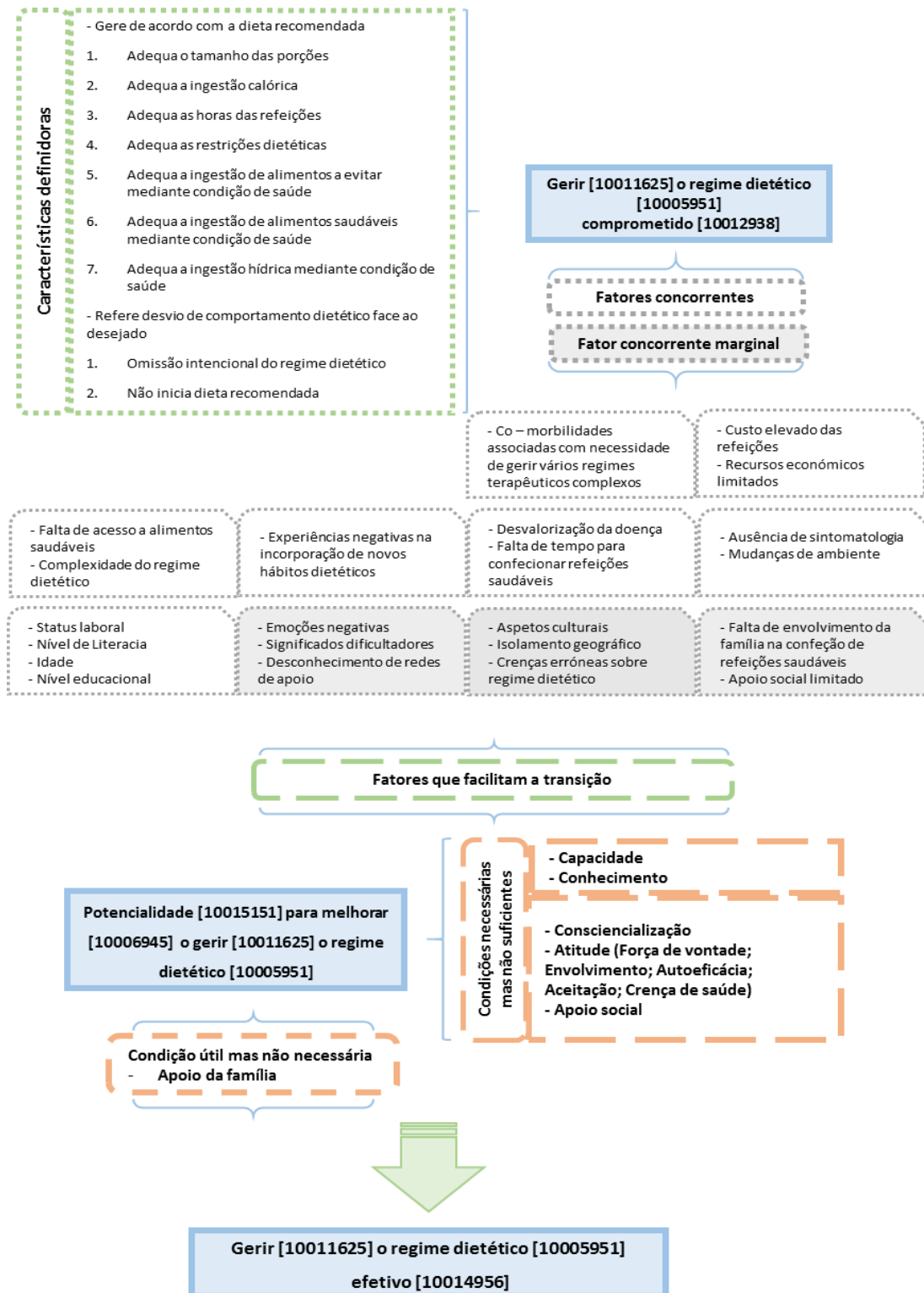
dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem (Silva, 2006; Silva, 2011). Todavia, são muitas as situações em que a premissa de partida, não suportando ou assegurando a completa evidência da conclusão, se configura como fornecendo argumentos, mas não evidências conclusivas para a afirmação do diagnóstico ou da intervenção (Silva, 2011). Este tipo de relações, são nomeadas pela mesma autora como *indiretas*. Pelo exposto com a figura que se segue (figura 20), pretendemos apresentar as diferentes relações entre os itens de informação encontrados da análise de conteúdo no âmbito da componente em estudo – *o regime dietético* – cujo enfoque se inscreve no domínio da gestão.

Pela visualização da totalidade dos aspetos abrangidos na figura 20, comprovamos a existência de *relações diretas – características definidoras* –, entre os dados e o diagnóstico de enfermagem, assim como a sequência de *relações indiretas* entre os dados das dimensões analisadas, e os diagnósticos de enfermagem do domínio do foco gestão do regime dietético. As relações indiretas identificadas foram: *os fatores concorrentes; os fatores concorrentes marginais; as condições necessárias mas não suficientes e, as condições uteis mas não necessárias*.

Conforme assumido anteriormente e tendo por base o estudo realizado por Silva (2011), para a análise das relações entre os itens de informação do domínio da gestão do regime dietético, consideramos existir uma relação direta, quando o dado reporta uma situação face à qual e sem mais informação adicional, é indispensável para o diagnóstico, sendo este último relativo ao mesmo domínio categorial do dado. Do mesmo modo, consideramos que um dado ou diagnóstico apresenta relação direta com uma intervenção de enfermagem, quando a condição gerada pelo dado, ou traduzida por ele é afetada/modificada positivamente pela intervenção. Em contrapartida, a classificação das relações indiretas entre os dados e o diagnóstico é variável, e muda consoante a relação existente entre os itens de informação. Relativamente às intervenções de enfermagem, tal como foi apresentado durante o capítulo anterior, optamos por englobar apenas aquelas que contribuíram para a ocorrência de *relações diretas* entre as categorias expostas e as intervenções.

Com efeito, a presença do diagnóstico de enfermagem: **gerir [10011625] o regime dietético [10005951] comprometido [10012938]**, surge da opinião clínica subjacente à atividade diagnóstica anteriormente evidenciada: *avaliar [10002673] o gerir [10011625] o regime dietético [10005951]*, na qual incorre a avaliação dos itens dos dados expostos em seguida, ou seja, as características definidoras do diagnóstico de enfermagem. Nesta medida, os dados elencados na categoria do foco gerir [10011625] o regime dietético [10005951] são ajuizados de forma negativa – comprometido [10012938].

Figura 20 - Classificação dos diferentes tipos de dados resultantes do processo de análise de conteúdo com integridade referencial para o juízo diagnóstico



Mediante o exposto na literatura, gerir o regime dietético pressupõe a assunção de novos padrões alimentares, consoante as necessidades especiais dos processos patológicos. Como sabemos, várias situações que requerem longos períodos de tratamento ou

mudanças comportamentais, como nas doenças crônicas, obrigam a um regime alimentar personalizado ou a restrições dietéticas bastante específicas, fazendo com que o que é aconselhado a umas pessoas seja diferente do que é aconselhado a outras. Desta forma, o dado: **“gere de acordo com a dieta recomendada”**, prevê a avaliação dos aspetos a ele acoplados mediante a realidade em que a pessoa se encontra. A este respeito, vários autores reforçam a importância de as pessoas regularem as suas escolhas, quer por via das restrições alimentares ou hídricas, nomeadamente, pela redução do teor de sal, dos açúcares ou das gorduras saturadas associadas aos alimentos, como pela introdução de novos alimentos que se adequem às suas condições (Sheperd et al., 2006; Lazarou e Kouta, 2010; Sleddens et al., 2015; Meuleman et al., 2015). Paralelamente, a qualidade dos alimentos deve ter um papel de destaque, assim como a periodicidade das refeições e as porções devem ser ajustadas de acordo com as necessidades alimentares de cada um (Savoca e Miller, 2001; Lorentsen e Bergstad, 2005; Sleddens et al., 2015).

Todavia conforme referimos, a complexidade inerente à integração de um novo padrão alimentar exerce forte impacto na forma como as pessoas incorporam as recomendações e agem sobre elas. É consensual na literatura analisada, que a mudança e manutenção dos comportamentos alimentares é uma das áreas mais difíceis de articular (Nagelkerk, Reick e Meengs, 2006; Muchiri, Gericke e Rheeder, 2009). Isto porque se por um lado, a integração das recomendações é favorecida pela compreensão e perceção dos motivos de as incorporar, por outro, e essencialmente a longo prazo, a manutenção dos comportamentos dietéticos visados, é frequentemente interrompido por uma série de fatores condicionadores (Ibidem). Tal como corroboram os dados, nestas circunstâncias as pessoas apresentam um **“desvio de comportamento dietético face ao desejado”**. Por sua vez, esta *característica definidora* do diagnóstico – **gerir [10011625] o regime dietético [10005951] comprometido [10012938]** –, foi subdividida em dois aspetos de maior especificidade, ou seja, a **não [adesão] [10013248]** à dieta recomendada, traduzida pela explanação do dado – **“não inicia a dieta recomendada”**; e, no mesmo item mais abrangente dos dados, surge outro elemento que se refere à **“omissão intencional do regime dietético”**. Induzimos daqui que a adesão ao regime dietético corresponde com o ato de aderir, já o seu inverso, reflete que o proposto pelos profissionais de saúde não foi assumido como relevante em função do julgamento da pessoa sobre a sua condição e, como tal, não o integra ou inicia. Por conseguinte, esta decisão traduzir-se-á em comportamentos desajustados relacionados com o controlo da doença e a necessidade de seguir a dieta implementada. Neste ponto, é de realçar os dados inferidos na categoria da adesão expostos no capítulo anterior, como por exemplo: *“número de refeições diárias”*; *“número de peças de fruta ingeridas (g/dia)”*; *“número*

de vezes que ingere fruta numa semana". Estes elementos tratam-se, portanto, de dados que podemos interpretar com integridade referencial sobre a adesão e por sua vez, com representatividade sobre o dado aqui nomeado – **"não inicia a dieta recomendada"**. No geral, os estudos têm comprovado que a desvalorização da condição e da importância de integrar as recomendações – ausência de percepção de suscetibilidade e dos benefícios, assim como, as barreiras percebidas – são dos aspetos mais dificultadores na adesão ao regime dietético condicionando as pessoas a executar as mudanças na dieta (Madden, Loeb e Smith, 2008; Hamuleh, Vahed e Piri, 2010).

Os aspetos identificados enquanto fatores que interferem com a decisão de incorporação de um comportamento, são aspetos a serem tomados em conta pelos profissionais de saúde, para que as pessoas venham a desempenhar com sucesso as tarefas próprias de quem necessita gerir o regime dietético e, ao mesmo tempo, corroboram com a existência do dado **"omissão intencional do regime dietético"**.

Todavia, para além dos aspetos aqui descritos, outros há que merecem ser igualmente considerados face ao comprometimento da gestão do regime dietético. A literatura aponta para um leque variado de fatores que poderão estar na origem da dificuldade sentida na manutenção de um regime dietético adequado, entre os quais se destacam: a falta de envolvimento nas recomendações dietéticas, a não compreensão dos princípios subjacentes às recomendações, a não-aceitação do estado de saúde pela inexistência de sintomatologia associada, o baixo nível de volição, de consciencialização e de percepção de autoeficácia para manter as mudanças sugeridas a longo prazo, assim como, pela falta de apoio dos familiares, grupo de pares e prestadores de cuidados, ou ainda, pela já referida existência de co-morbilidades associadas ou o baixo estatuto socioeconómico (Savoca e Miller, 2001; Sol et al., 2008; Kline e Pedersen, 2010; Gonzalez et al., 2010; McCloskey e Flennikken, 2010; Idier et al., 2011; Tovazzi e Mazzoni, 2012).

Com efeito, conforme ilustramos na figura 20, no âmbito dos dados que se reportam aos fatores dificultadores, designamos as relações estabelecidas entre eles e o diagnóstico nomeado – **gerir [10011625] o regime dietético [10005951] comprometido [10012938]** –, como *relações indiretas*. Quanto ao tipo, definimo-los como *fatores concorrentes* ou *fatores concorrentes marginais*. Relativamente aos *fatores concorrentes*, estes constituem-se como premissas verdadeiras, mas não evidências conclusivas para identificar o diagnóstico (Silva, 2011). A título de exemplo, os dados – **"falta de acesso a alimentos saudáveis"** ou a **"complexidade do regime dietético"** – concorrem para a identificação do diagnóstico **gerir [10011625] o regime dietético [10005951] comprometido [10012938]**, contudo, não podem ser consideradas evidências conclusivas para a sua formulação. Quanto aos *fatores*

concorrentes marginais, este tipo de relação indireta, refere a situação em que o dado inicial, reporta uma situação em que, apesar de algo distante da traduzida pelo diagnóstico, pode eventualmente estabelecer alguma relação (Silva, 2011). Como podemos verificar os dados do tipo – “*emoções negativas*”; “*significados dificultadores*” ou as “*crenças erróneas*” –, constituem-se como premissas possíveis para a nomeação do diagnóstico, embora distantes porque relativas a focos de atenção de diferentes domínios. Os dados relativos aos *fatores concorrentes marginais* constituem-se então, como um argumento possível, mas que fornece pouca consistência à conclusão – diagnóstico –, mas onde a hipótese teórica de relação não pode ser eliminada.

Admitindo todas as possíveis relações, e os dados envolventes, como forma de colmatar quer os fatores que concorrem para o juízo clínico – comprometido [10012938] – bem como, aqueles que apresentam relação direta sobre o mesmo, a literatura demonstra alicerces suficientes para a prescrição de intervenções de enfermagem, que visam a capacitação das pessoas para se envolverem ativamente nos processos de tomada de decisão sobre as suas escolhas alimentares. Por isso, consideramo-las com potencial para a modificação positiva do enunciado diagnóstico.

Neste âmbito, entre a totalidade de intervenções associadas à subcategoria – gerir o regime dietético –, destacamos os termos do eixo da ação: **assistir [10002185]**, **informar [10010162]** e **aconselhar [10005254]**. Apesar de possuírem definições distintas, todos têm em comum estarem vocacionados para os aspetos comportamentais. No mesmo sentido, consideramos que os termos referentes ao eixo do alvo apresentam integridade referencial sobre o diagnóstico formulado – **gerir [10011625]** o **regime dietético [10005951]** **comprometido [10012938]**.

Segundo Moriyama e colaboradores (2009) estabelecer metas e em seguida, monitorizá-las, garante a continuidade do comportamento desejado e dá à pessoa o controlo sobre o seu estilo de vida. Nesta perspetiva, as intervenções associadas ao diagnóstico: *Assistir [10002850] a identificar [10009631] objetivos [sem código] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]; Assistir [10002850] no processo de tomada de decisão [10005594] sobre regime dietético [10005951]*, são encaradas por nós como passíveis de colaborar na modificação dos comportamentos, pela centralidade imposta nas pessoas e na ajuda ativa a que estas tracem os seus próprios planos de tratamento. De forma análoga, desenvolver uma rotina diária foi visto como algo que facilita o processo de gestão harmoniosa da sua condição (Schulman-Green et al., 2016). Assim, as pessoas necessitam de flexibilidade e criatividade para manter novos hábitos diariamente, mesmo quando as circunstâncias se modificam (Ibidem). Para efeitos de discussão, estes pressupostos vêm de encontro com intervenções

que usam como tipo de ação o **assistir [10002185]**, **informar [10010162]** e **aconselhar [10005254]** presentes na *figura 10*.

Dado que grande parte das intervenções é do tipo *assistir [10002185]*, importa lembrar que este termo, é preditor de uma intencionalidade direcionada à complementaridade, todavia no sentido de apoiar as pessoas na mobilização das competências que lhes permitam tomar decisões esclarecidas, capacitando-as para o processo de gerir o regime. No mesmo sentido, consideramos que as ações do tipo *informar [10010162]*, traduzem a intenção de preparar as pessoas para assumirem a responsabilidade de gerir o regime dietético e as suas vidas, mesmo nas condições adversas face às exigências da condição.

Neste sentido, de acordo com Silva (2006) a centralidade da enfermagem está na interação entre o enfermeiro e a pessoa e, essa interação reflete a intenção de avaliar as necessidades da pessoa, efetuar diagnósticos e planejar intervenções por forma a modificar as respostas adaptativas ineficazes. Pelo exposto, a intencionalidade das terapêuticas, preconiza uma interação facilitadora e potenciadora a ponto de modular as competências intrínsecas à pessoa, tendo por horizonte, o desenvolvimento de uma identidade fluída (Bastos, 2012).

Com isto parece-nos importante ressaltar que as pessoas devem assumir um papel ativo na resolução dos seus problemas, com vista a reduzir também os sentimentos como os de angústia e aumentar os de controlo face à situação. Contudo, conforme referem Tovazzi e Mazzoni (2012), por vezes os profissionais de saúde tendem a desconsiderar o tempo que as pessoas precisam para alcançar uma aceitação madura das mudanças que ocorrem nas suas vidas e, este, é um tempo variável, visto existirem diferenças individuais na capacidade de aprender. Para Bastos (2012) atender à vulnerabilidade é compreender que nem todas as pessoas têm o mesmo potencial de autonomia e determinação, mas antes, que todos têm potencial para responderem melhor aos desafios em saúde se tiverem o suporte necessário para o fazerem.

A este respeito, relativamente ao juízo diagnóstico – **potencialidade [10015151] para melhorar [10006945]** o foco em estudo – importa referir que as subcategorias da **capacidade** e **conhecimento sobre o regime dietético** surgem como dados que são *condições necessárias, mas não suficientes*, para a nomeação do diagnóstico direcionado para a potencialidade [10015151]. Porém, não é o conhecimento ou a capacidade que detêm no momento que importa para o juízo diagnóstico, mas antes, as características necessárias relativas ao conhecimento e à capacidade como por exemplo e, respetivamente: *a capacidade cognitiva e a capacidade técnica* – sendo estes últimos

dados, os que consideramos como *condições necessárias, mas não suficientes* para a nomeação do diagnóstico pela via da potencialidade. Com efeito, este tipo de relação indireta, vem explicar a situação em que o dado inicial traduz uma condição que apesar de por si só, não ser um fator concorrente para o diagnóstico, só a existência dessa condição justifica a nomeação do diagnóstico (Silva, 2011).

Face ao referido, a literatura afirma existir uma relação significativa entre os conhecimentos sobre a doença e o regime terapêutico, com os comportamentos preventivos relacionados com a saúde (Baraz, 2010; Schulman-Green et al., 2016). Nesta perspetiva, se a pessoa dispõe de conhecimentos para tomar decisões, e de habilidades para lidar com a nova condição, pode ser revelador de preparação, traduzindo-se num maior envolvimento nos processos e no desenvolvimento de novas competências para gerir a condição (Schulman-Green et al., 2016). O conhecimento é entendido como aquilo que cada pessoa precisa saber (Shaevers et al., 2012). Por seu turno, a habilidade corresponde aquilo que cada pessoa deve ser capaz de fazer (Ibidem). Reporta-se para uma ação que tem um determinado objetivo (Cardoso, Silva e Marín, 2015). Quanto às competências, sob o ponto de vista de Fleury e Fleury (2001), estas podem ser definidas como um conjunto de conhecimentos, habilidades e disposições (atitudes) que permitem realizar uma ação com êxito, indicando formas de agir e pensar, podendo ser aperfeiçoadas à medida que a pessoa aprende e se ajusta ao ambiente (cit. por Cardoso, Silva e Marín, 2015).

Os estudos advogam que a integração da restrição alimentar é tanto maior, quanto maior for o nível de preparação e conhecimento sobre os ganhos em saúde que irão advir de executar determinada ação (Savoca e Miller, 2001; Brito-Ashurst et al., 2010). Por isso, obter antecipadamente a informação sobre o que é previsto acontecer e as estratégias necessárias para lidar com as mudanças e as suas consequências, é potenciador de uma adequada gestão (Schulman-Green et al., 2016). Face ao exposto, ainda que o conhecimento não seja condição suficiente para a gestão do regime é efetivamente uma condição necessária (Pascucci et al., 2010). Contrariamente, a falta de conhecimento e a incapacidade de gerir o regime são dois dos fatores que colaboram para uma ineficaz gestão (West et al., 2010; Lundberg e Thrakul, 2012).

Todavia, importa salientar que por um lado, a falta de conhecimento não é um fator concorrente para o diagnóstico, já que a pessoa com défice de conhecimento deve ter capacidade de memorização da informação. Por outro lado, apenas se justifica a nomeação do diagnóstico: **potencialidade [10015151] para melhorar [10006945] o gerir [10011625] o regime dietético [10005951]**, se de facto a pessoa tiver as características necessárias para que o juízo seja elaborado pela via da potencialidade – ou seja, a capacidade para a

aprendizagem cognitiva e de habilidades. Todavia, mais acrescentamos que, face à constatação da dificuldade na compreensão das recomendações, se a pessoa reunir as condições necessárias para a inferência de potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime dietético, mesmo na ausência dessa proposta pelas UR do *corpus*, consideramos que o enunciado diagnóstico deveria ser formulado pela via da **potencialidade para melhorar o conhecimento**, em oposição ao juízo diagnóstico de tipo negativo ou seja –, baixo.

Não obstante, os dados relativos às *condições necessárias, mas não suficientes*, abarcam outras categorias para além das referidas. Com base na análise do *corpus* e o modelo de categorias à *priori*, surgem outras categorias que identificamos como *condições necessárias, mas não suficientes* para a formulação do diagnóstico – **potencialidade [10015151] para melhorar [10006945] o gerir [10011625] o regime dietético [10005951]** – designadamente, a **consciencialização**; o **apoio social** e a **atitude** – e, dentro desta, as subcategorias – **força de vontade, envolvimento, autoeficácia, aceitação e crença de saúde**.

Com efeito, se por um lado face à confirmação da existência de potencialidade para a mudança positiva da condição – ou seja, que a pessoa apresenta as características essenciais prévias, para a nomeação do diagnóstico pela via da potencialidade para melhorar o regime dietético, por outro, parece-nos pouco provável que alguém altere os seus hábitos alimentares sem que primeiramente percecionem a importância de modificar esses comportamentos. Nesta medida, e considerando o processo de transição em que a pessoa se encontra, convém salientar que o reconhecimento das razões para alterar determinados comportamentos, precede a presença de uma potencialidade para melhorar a gestão do regime dietético que pretendemos que seja progressiva no sentido do sucesso. Para Meleis (2010), a consciencialização é a propriedade fundamental da transição. Posto isto, consideramos a **consciencialização**, como uma *condição necessária, mas não suficiente* para a formulação do diagnóstico – **potencialidade [10015151] para melhorar [10006945] o gerir [10011625] o regime dietético [10005951]**. Assim, e de acordo com o referido, o reconhecimento da necessidade de mudar a forma como as pessoas asseguram o seu regime dietético, é determinante para a sua disposição de aprender e reformular comportamentos.

À semelhança das dimensões referidas acima, os dados relativos às **atitudes**, são de igual forma *condições necessárias, mas não suficientes* que conduzem à potencialidade para melhorar a gestão do regime dietético, isto porque, como vimos, enquanto processo psicológico de modelos mentais e de opiniões (ICN, 2011), ao representarem opiniões

acerca de determinado tratamento, conduzem as pessoas a um tipo de comportamento. Do ponto de vista das atitudes, os autores contextualizam-nas com forte poder de influenciar positiva ou negativamente a gestão, reconhecendo a aceitação, a negação ou a resistência, perante a necessidade de adotar um novo padrão alimentar, do qual estão implícitos reajustes nas rotinas diárias e na dieta habitual, como facilitadores ou dificultadores da transição (Gonzalez et al., 2010; McCloskey e Flennikken, 2010; Tripp et al., 2011; Schulman-Green et al., 2016).

Como nos diz Meleis (2010), ajudar as pessoas a analisar e a reestruturar, quando adequado, atitudes, crenças e significados pode ter um impacto significativo nos seus comportamentos de saúde e, por essa via, no curso das transições. Com isto, compreendemos não só a importância das atitudes enquanto *condição necessária*, como também, as subdimensões relacionadas, entre as quais, as **crenças de saúde**. Segundo Tovazzi e Mazzoni (2012), as crenças pessoais podem ser acompanhadas por uma ausência de ideias claras acerca da alimentação, da restrição de líquidos, assim como dos próprios tratamentos. Na sua investigação exemplifica esta realidade factual dos desajustes alimentares face às orientações, pela fraca relevância atribuída à restrição de líquidos, em situações em que a doença não manifestava sinais e os doentes não apresentavam sintomatologia associada à condição. Neste sentido, o estudo conduzido por Orzech e colaboradores (2013), revela que as crenças culturais em torno dos hábitos alimentares podem dificultar ou por seu turno facilitar a mudança de comportamentos. Tal como em estudos anteriores, Brito-Ashurst e colaboradores (2010), verificaram que os participantes apresentavam resistências à alteração de comportamentos alimentares que fossem contrários às suas convicções, particularmente no doseamento das quantidades sal para a confeção das refeições, visto que para eles este ingrediente era visto como imprescindível. Para estes autores, a preferência por comida apetitosa parece estar na base deste comportamento. Assim, a nossa posição vai de encontro com o supracitado e o referido por Lazarou e Kouta (2010), que consideram que a seleção dos alimentos depende largamente das preferências relacionadas com o prazer associado ao sabor dos alimentos, as atitudes aprendidas com os seus familiares, bem como de outros fatores como os psicológicos ou os sociais.

De facto, as doenças crónicas, que se desenvolvam de uma forma subtil, apesar das graves consequências que podem apresentar a longo prazo, acabam por perder a disputa no raciocínio de custo-benefício que as pessoas fazem ao escolher determinado comportamento (Sousa, 2005).

Nesta perspetiva, é nossa convicção fazer parte do trabalho dos enfermeiros com e para as pessoas, a desmistificação de possíveis crenças erróneas, como forma de as ajudar a ultrapassarem falsos preceitos que possam estar a dificultar o salto para a incorporação de novos hábitos alimentares. Na realidade, a modificação de hábitos alicerçados no prazer não é fácil. Contudo, a literatura aponta para que os enfermeiros, em conjunto com a pessoa, encontrem outras fontes de prazer e negoceiem um plano conjunto, para que esta última possa optar por outros comportamentos igualmente aprazíveis. Face ao referido, as intervenções concatenadas pela análise do *corpus*, designadamente as referentes às crenças em saúde – presentes na *figura 16* – ganham espaço quando aplicadas ao longo do tempo, para a mudança favorável dos comportamentos.

A par disto, a **autoeficácia** é outra das crenças que apresenta forte impacto na aprendizagem, na medida em que representa o compromisso da pessoa, ou a confiança na sua capacidade, para realizar determinado comportamento (Savoca e Miller, 2001). Nesta medida, encaramos a perceção de autoeficácia, como outra das *condições necessárias* para a nomeação do diagnóstico analisado.

Depreende-se que existe uma maior probabilidade de a pessoa suportar as mudanças nos seus hábitos alimentares, e de vida, não apenas quando esta se encontra confiante para as praticar, mas também, por percecionar os benefícios e importância de as incorporar (Sol et al., 2008; Idier et al., 2011).

De igual forma, os dados relacionados com as subcategorias do **envolvimento**, e da **força de vontade**, impelidos pela necessidade de procura de informação e pela motivação para a verdadeira mutação dos comportamentos alimentares, através de uma relação de complementaridade são outras das *condições necessárias* para a utilização dos conceitos **potencialidade [10015151] para melhorar [10006945]** na denominação do juízo diagnóstico. Então, apesar dos hábitos enraizados e da complexidade associada à mudança de padrões alimentares, a força de vontade ganha ao ímpeto de ceder aos desejos alimentares pelo puro prazer, controlando assim os desvios na dieta nas situações em que esse desvio comportamental possa ser precipitado. Isto, a par de um envolvimento na procura de informação com o apoio dos profissionais de saúde ou de forma independente, para atuar em consonância com a condição e assim, interpretarem as exigências do regime alimentar não como barreiras, mas antes, como uma oportunidade para a criatividade inclusive, na confeção das refeições, na escolha dos produtos alimentares e ainda, nos locais de consumo a privilegiar.

Assim, o esforço a empregar para a concretização e sustentabilidade a longo prazo das orientações, é potenciado pelos significados atribuídos como o desejo de viver, alcançar o

bem-estar pessoal, permanecer em harmonia consigo próprio e, pelo reconhecimento de que ainda se tem valor apesar da condição de doença (Tovazzi e Mazzoni, 2012; Griva et al., 2013). Conforme referem Muchiri, Gericke e Rheeder (2009), para que as pessoas adquiram os conhecimentos, as habilidades e as atitudes inerentes aos comportamentos ajustados face à condição em que se encontram, estas necessitam estar envolvidas ativamente e não passivamente, nos processos de aprendizagem e de tomada de decisão. A partir do exposto, compreendemos, a necessidade do envolvimento, e da força de vontade serem de facto uma realidade para a aquisição e manutenção das competências de gestão do regime dietético.

Paralelamente, vários estudos têm demonstrado que o apoio social, é um dos preditores mais consistentes para o estabelecimento de metas e o fortalecimento da motivação extrínseca que por sua vez influencia na motivação intrínseca. É comum as pessoas socialmente apoiadas sentirem que os outros se preocupam com elas, e por isso, sentem-se mais motivadas, para a modificação de comportamentos, não só por compreenderem as razões por trás de determinadas orientações, como também, por perceberem a sua importância ao mesmo tempo que reaprendem a lidar com a condição através da implementação de estratégias individualizadas mediante os contextos particulares de cada um (Pedersen, Tewes e Bjerrum, 2012; Meuleman et al., 2015; Shulman-Green et al., 2016). Os dados que resultaram associados à dimensão do **apoio social**, são para nós *condições necessárias* para a formulação do diagnóstico – **potencialidade [10015151] para melhorar [10006945] o gerir [10011625] o regime dietético [10005951]**.

Face ao exposto, importa ainda acrescentar que, estes aspetos devem nortear a intervenção dos enfermeiros, envolvendo nomeadamente as pessoas significativas no processo de mudança comportamental. A família, os amigos e os grupos de apoio podem constituir-se como elementos fundamentais para a mudança, pela facilitação na adoção e manutenção dos comportamentos de saúde (Walsh e Lehane, 2011; Meuleman et al., 2015; Shulman-Green et al., 2016).

Pelo supracitado o **apoio da família** surge como um agente facilitador para a mudança, que encoraja as pessoas na gestão do regime dietético, quer durante os momentos de sucesso como nos de maior fragilidade ou fracasso (Griva et al., 2013; Orzech et al., 2013). Ainda Mendes, Bastos e Paiva (2010), reforçam que a ação conjunta é fundamental, devendo o plano de intervenção contemplar sempre ambos, a pessoa alvo de cuidados e o seu familiar. No entanto, muitos estudos apontam para a dificuldade de os familiares constituírem-se como um suporte efetivo, principalmente devido a aspetos económicos ou a crenças de saúde erróneas, entre outros fatores, sendo frequentemente um familiar

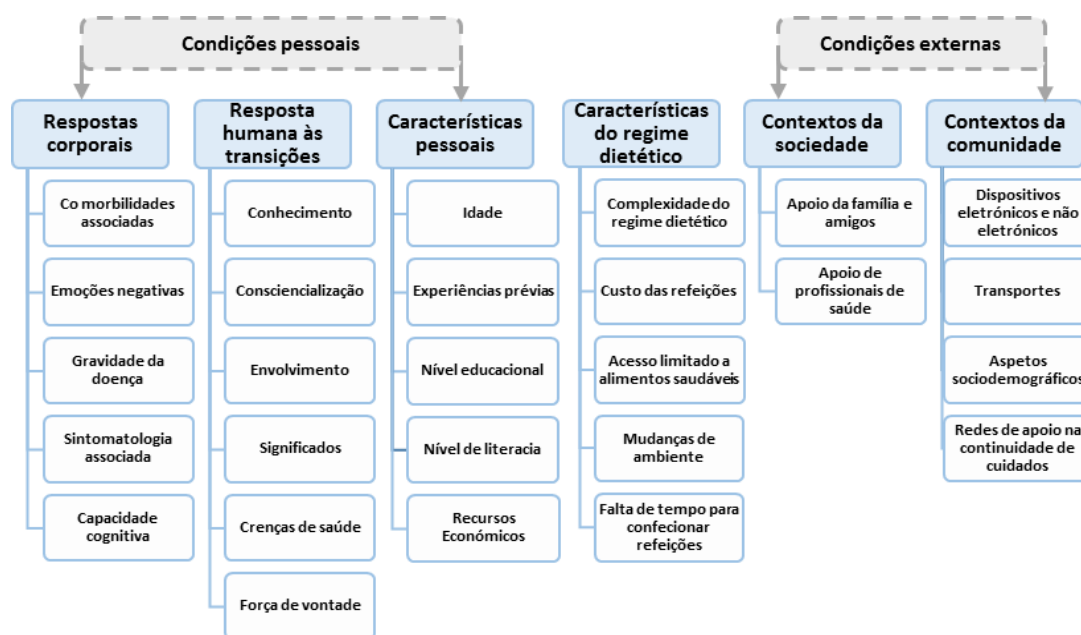
idoso a cuidar de outro igualmente idoso, ambos com uma pluralidade de processos patológicos a gerir (Sousa e Bastos, 2016). Por esta razão, parece-nos que por vezes, algumas componentes do regime terapêutico podem ser prejudicadas em detrimento de outras, que para eles são percebidas como primordiais, designadamente a ambivalência entre a compra dos medicamentos prescritos ou a escolha de produtos alimentares saudáveis, na maioria das vezes com um custo mais elevado comparativamente com outros mais convencionais. Com efeito, a literatura advoga e nós corroboramos, que sendo a gestão do regime dietético em particular, uma atividade a realizar pelo próprio, assumindo-se que a pessoa apresenta as faculdades necessárias para atuar em consonância – cabe a esta – *autogestão* – gerir o seu regime dietético. Pelo postulado, apesar do apoio da família ser uma mais valia quando presente, por tudo o que referimos, não o vemos como uma *condição necessária*, e sim, como *uma condição útil mas não necessária*. Ou seja, em última instância, é a pessoa quem necessita gerir o seu regime dietético, e como tal, embora a família possa acrescentar vantagens na facilitação do processo de incorporação das recomendações, a responsabilidade termina em si mesmo, é o sujeito o arquiteto da sua condição e, desta forma, é ele que deve integrar o seu projeto de vida.

Fica por isso evidente que, na abordagem à pessoa com necessidade de modificar hábitos alimentares, o profissional de saúde deve ter em consideração que os comportamentos são influenciados por vários fatores em simultâneo, sendo fulcral a existência de uma identificação sistemática das barreiras, bem como a implementação de intervenções abrangentes.

4.2. Fatores que Facilitam ou Dificultam a Gestão do Regime Dietético

Nesta discussão, iremos agora, reter-nos sobre os fatores, que segundo os pressupostos teóricos volvidos, poderão atuar como facilitadores ou dificultadores para a gestão do regime dietético, realizada pelo próprio, todavia, numa relação de reciprocidade entre a pessoa e os profissionais de saúde (Figura 21). De referir, que o conjunto de conteúdos que nos possibilitou esta inferência encontram-se discriminados sob a forma de UR no anexo 5.

Figura 21 - Fatores que influenciam na gestão do regime dietético



Conforme fomos referindo ao longo deste trabalho, a gestão do regime dietético é amplamente influenciada por uma série de fatores que poderão atuar como catalisadores para o sucesso da transição, ou pelo contrário, funcionar como inibidores do processo.

À luz da *Teoria das Transições de Meleis*, podemos referir que as variáveis com influência na gestão do regime dietético, não podem ser descontextualizadas daquelas que interferem no processo de transição saúde-doença. Nesta fase, no sentido de tornar mais fácil a discussão sobre os resultados encontrados, optamos por dividir as componentes com influência na gestão do regime dietético em duas categorias de maior abrangência – ou seja – as *condições pessoais* intrínsecas ao sujeito e –, as *condições externas* – provenientes do ambiente em que este se insere. Por sua vez, agrupamos estas primeiras categorias, em outras com um nível de granularidade superior, e destas, resultam novas categorias, algumas inclusive, coincidentes com as categorias inferidas do *corpus* de análise e que constituem o conjunto de conteúdos – dados e conceitos –, que consideramos relevantes para a construção de um futuro MCD. Todavia, conforme é possível visualizar as *características do regime dietético*, não foram enquadradas nem como condições pessoais, nem como condições externas, visto estas centrarem-se sobretudo nas características do próprio regime.

Assim, a figura acima, sumariza os fatores que temos vindo a relatar, que podem determinar o modo como as pessoas gerem o seu regime dietético e o representam nas suas vidas. Relativamente às *condições pessoais*, tal como referimos, identificamos três subcategorias designadamente e respetivamente: as *respostas corporais*; as *respostas humanas às transições*; e as *características pessoais*.

4.2.1. Respostas Corporais

As investigações produzidas são unânimes ao afirmar que as alterações fisiopatológicas decorrentes do avançar da idade provocam grandes repercussões sobre os processos corporais principalmente aquando da coexistência de múltiplos processos patológicos, que na sua maioria, acrescem de complexidade os regimes terapêuticos. Conforme referimos, a percepção do estado atual, frequentemente acompanhado de co-morbilidades, despoletam nas pessoas estados de maior vulnerabilidade que trazem consigo emoções negativas como a frustração, o medo ou a ansiedade perante a condição e o futuro (Savoca e Miller, 2001; Whittemore e Dixon, 2008). A sensação de escassez de alimentos prazerosos a que as pessoas podiam recorrer, associada com a dificuldade em parar de comer, pela vontade constante de consumir alimentos, de entre os quais, aqueles que haviam sido desaconselhados, configuram situações descritas no estudo de Savoca e Miller (2001), como precursoras de sentimentos menos positivos designadamente, a frustração ou o descontentamento. Estes fatores, associados aos referidos no estudo de Schulman-Green e colaboradores (2016), onde revelaram que a sintomatologia associada aos processos patológicos, como a falta de ar ou a diminuição da força muscular, podem ser um contributo na compreensão das barreiras da autogestão. Por seu turno, os achados de Whittemore e Dixon (2008), veem de encontro com o referido visto identificarem a diminuição da capacidade funcional englobando a perda de força muscular, como fatores limitadores para a gestão do regime terapêutico. O mesmo acontece com as capacidades cognitivas sugeridas por Schulman-Green e colaboradores (2016), como inibidoras no reconhecimento dos sinais e sintomas da doença ou até mesmo, na capacidade de retenção da informação necessária à tomada de decisão. Com isto, consideramos que os fatores aqui relatados podem igualmente funcionar como condicionadores para a execução das atividades inerentes à gestão do regime dietético, nomeadamente na confeção das refeições ou na tomada de decisão sobre os novos hábitos alimentares a integrar, bem como aqueles a evitar. Por conseguinte, perspetivamos os acontecimentos descritos – *co-morbiliidades associadas; emoções negativas; e a capacidade cognitiva* – como possíveis potenciadores de uma gestão ineficaz do regime dietético, pela incapacidade de as pessoas sozinhas, desenvolverem o reportório de recursos que viabilize o controlo da transição.

A evidência reconhece também, que convencer alguém de que está doente e que necessita alterar hábitos de vida sem que a própria perceção dessas limitações no seu quotidiano, é algo difícil de conseguir. A ausência de sintomas foi identificada como um dos

fatores que diminui os esforços da gestão quer devido à falta de severidade percebida, como pela falta de benefício percebido (Walsh e Lehane, 2011; Schulman-Green et al., 2016). Assim –, *a sintomatologia associada e a gravidade da doença* – podem configurar-se como fatores limitadores da gestão do regime dietético, ou o seu inverso, quando a sintomatologia associada se revela facilitadora do processo (Schulman-Green et al., 2016).

4.2.2. Respostas Humanas às Transições

Assumindo por óbvio, no contexto desta investigação, a pertinência das categorias ou subcategorias ancoradas na *Teoria das Transições de Meleis*, passamos agora, a refletir sobre os fenómenos que associados a esta teoria, tendem a afetar diretamente todo o processo de incorporação das orientações enfatizadas para a modificação dos comportamentos relacionados com o regime dietético. Assim, percebemos que as categorias e subcategorias – ***conhecimento; consciencialização; envolvimento; significados; crenças de saúde e força de vontade*** – podem funcionar como condicionadores de toda a experiência de transição saúde-doença que as pessoas vivenciam.

Emerge da literatura que –, a mudança de comportamentos é um processo intencional, cuja concretização depende fundamentalmente de aspetos como a *consciencialização* da necessidade de mudar e do *significado* atribuído a essas mudanças (Meleis et al., 2000).

Todavia, a ***consciencialização*** desse processo pode ou não ocorrer, isto é, a pessoa pode perceber ou não, que está doente. Se a sintomatologia é intensa a pessoa consciencializa-se mais facilmente que está doente, contudo se esta é quase inexistente, então pode acontecer que a pessoa não sinta que tem uma doença e, portanto, não adquire comportamentos para controlar essa patologia.

No que respeita à categoria dos ***significados***, os estudos apontam essencialmente para dificuldades como a de alterar hábitos enraizados, seja pela redução do consumo de sal ou pela necessidade de doseamento das quantidades de líquidos diários ingeridos, atribuindo significados negativos como, o aborrecimento ou a insatisfação (Brito-Ashurst et al., 2010; Walsh e Lehane, 2011). Para outros, o desejo de alcançar o equilíbrio da doença é vital, reformulando significados, de modo que para estes, a experiência de reaprender a comer face às recomendações visadas é sinónimo de proteção para a saúde e bem-estar (Walsh e Lehane, 2011; Tovazzi e Mazzoni, 2012). Assim, o significado atribuído é construído a partir

da interpretação que cada um faz da realidade que o envolve e experiencia, apreendida através da percepção (Brito, 2012).

Desta forma, perante um diagnóstico como a **consciencialização [10003083] sobre o regime dietético [10005951] dificultadora [sem código]**; ou mediante a constatação de **significados dificultadores [10023900]** que poderão estar a inibir o avançar das recomendações, surgem da literatura terapêuticas de enfermagem que passam por envolver ativamente as pessoas nos processos de aprendizagem e de tomada de decisão a par de atividades práticas para a resolução de problemas ou reformulação de significados como a preparação de refeições, que poderão igualmente contribuir para uma melhoria da consciencialização (Muchiri, Gericke e Rheeder, 2010). As investigações salientam também, para a relevância de um regime dietético flexível, consoante as preferências individuais, com o intuito de viabilizar as recomendações e o seguimento das mesmas, diminuindo deste modo, as interferências de alguns fatores condicionadores, nomeadamente as *crenças de saúde* ou os gostos pessoais de cada um (Pedersen, Tewes e Bjerrum, 2012; Sievenpiper e Dworatzek, 2013; Meuleman et al., 2015).

De acordo com os resultados encontrados isto é demonstrável novamente a partir de intervenções prescritas no âmbito do **atender [10002911]** – nomeadamente, as intervenções associadas à categoria da *consciencialização* e das *crenças de saúde* – *figura 13 e 16* –; do **determinar [10005824]** – pela atividade diagnóstica que possibilita a compreensão do estado da gestão – *figura 10*; e do **informar [10010162]** através da implementação de intervenções como a que identificamos também na *figura 10 e 16*. Pelo exposto, parece-nos que ao atuar sobre as dimensões que estão a impedir uma gestão do regime dietético efetiva, estaremos indiscutivelmente a atuar indiretamente no sentido da efetividade da gestão.

Para Silva (2011), a tarefa de inovação e desenvolvimento de uma atitude positiva e facilitadora face ao comportamento que se tem que mudar –, é enfatizada pela definição em conjunto com a pessoa de metas a estabelecer e a alcançar, através da definição inicial dos indicadores de mestria – que por sua vez, tornam possível a avaliação do desenvolvimento da transição através de indicadores de processo, tais como o *envolvimento* da pessoa, a qualidade da interação e a confiança nas estratégias adaptativas adotadas. A mesma autora acrescenta ainda, que é este processo que viabiliza, e do qual resulta, a personalização dos cuidados de enfermagem, e não da sistemática e mera, exposição da intenção.

Nesta perspetiva, o programa desenvolvido por Pedersen, Tewes e Bjerrum (2012), revelou a sua efetividade no desenvolvimento do conhecimento relacionado com as

escolhas alimentares, principalmente quando os enfermeiros implementavam estratégias baseadas nas preferências pessoais, culturais e na flexibilidade das recomendações. O estudo de Muchiri, Gericke e Rheeder (2009) evidencia a influência positiva do comportamento dos enfermeiros quando estes demonstravam disponibilidade, facultavam informação pelo uso de materiais visuais, transmitiam *feedback* e tinham o cuidado de modelar as recomendações alimentares consoante os gostos individuais, eram culturalmente sensíveis, utilizavam uma linguagem simples e integravam os membros da família no processo de cuidados. Como tal, faz sentido conhecer os gostos e hábitos das pessoas, tentando orienta-las para aqueles que são menos comprometedores para a saúde. A procura de formas criativas de confeção e apresentação dos alimentos também pode constituir-se como uma ajuda efetiva para que as pessoas adaptem o seu regime dietético, tornando-o viável (Savoca e Miller, 2001; Larazou e Kouta, 2010).

Paralelamente, Schulman-Green e colaboradores (2016) propõem que as **crenças** culturais, religiosas ou de **saúde**, têm forte impacto no modo como as pessoas gerem o seu regime terapêutico. Os estudos veiculam a ideia que aqueles que percebem os benefícios de determinado tratamento, ou a sua suscetibilidade face à condição, relacionam-se positivamente com o estado de saúde, reestruturando rotinas para uma ótima gestão. Pelo contrário, os que evidenciam essencialmente as barreiras relacionadas com os tratamentos, têm maiores índices de não adesão (Schulman-Green et al., 2016). Neste seguimento, a valorização das *crenças de saúde*, resulta claro, de uma avaliação orientada para as convicções e os aspetos culturais em que as pessoas se inserem.

Outro fator que pode assumir relevância na atitude face ao regime dietético, é o nível de *preparação, de conhecimento e de habilidades* que a pessoa tem sobre a doença, a sua génese, a sua evolução e o potencial de controlo. Para Savoca e Miller (2001), as pessoas mudam o seu comportamento alimentar, quando têm conhecimento sobre a relação entre a dieta e a sua saúde, quando possuem as habilidades técnicas para aplicar esse conhecimento e, ao mesmo nível, apresentam motivação suficiente para abraçar as mudanças no regime dietético a longo prazo. O objetivo é então, o de as ajudar a desenvolver as suas capacidades na resolução de problemas e, a incorporar estratégias eficientes para superarem as barreiras existentes (Tomky, 2013). Os enfermeiros pela posição que ocupam devem, portanto, centrar o planeamento das intervenções na capacitação das pessoas para a assunção de escolhas alimentares informadas e adequadas à condição, como forma quer de as ajudar a encontrar as suas estratégias individuais de controlo da doença, evitando situações de desvios na dieta (Sievenpiper e Dworatzek, 2013; Meuleman et al., 2015). Conforme reconhecem Tovazzi e Mazzoni (2012), a presença

de uma *consciencialização dificultadora* relaciona-se habitualmente com o baixo nível de preparação e conhecimento que ganham ímpeto pelo défice de informação e *feedback* transmitido à pessoa. Percebemos, porém, pela literatura analisada que outras situações há, em que a informação transmitida não se transforma em conhecimento que garanta uma atuação eficaz face aos condicionalismos exposto. O que importa é efetivamente um suporte proporcionado pelos enfermeiros que vá de encontro com as características individuais da pessoa, onde as experiências e condições pessoais são quem moldam as terapêuticas, tendo por referencial o tempo e potencial de cada um (Barlow et al., 2002; Schulman-Green et al., 2012; Tovazzi e Mazzoni, 2012; Schulman-Green et al., 2016).

Por conseguinte, Muchiri, Gericke e Rheeder (2009) veem alertar, para o papel de destaque dos grupos de apoio, nomeadamente pela sinergia que provocam através da partilha de experiências similares e confrontação com estratégias a abraçar como forma de minimizar os entraves percecionados, que de outra forma, poderiam não ser considerados. Deste modo, para além das ações relacionadas com a dimensão – *conhecimento sobre o regime dietético [10021902]* – do âmbito do **informar [10010162]**, **ensinar [10019502]**, **reforçar [10016650]** e **providenciar [10006125]**, como por exemplo, material de leitura [10016433] – que se orientam para a aprendizagem dos aspetos a reter sobre o regime dietético – a intervenção – *incentivar a participação [10014099] [em] grupo [10008455]*, é igualmente importante para o desenvolvimento da capacitação das pessoas sobre as atividades a implementar no quotidiano, que por sua vez fornecem incentivo (Nagelkerk, Reick e Meengs, 2006; Bandayrel e Wong, 2011; Tovazzi e Mazzoni, 2012; Griva et al., 2013). Na mesma linha norteadora, os aspetos **volitivos** e relacionados com a *disponibilidade* ou **envolvimento** – *a disponibilidade [10016414] para alterar [10002185] comportamento [10003217] de gerir [10011625] o regime dietético [10005951]* – devem ser avaliados, visto, como referimos, a disposição da pessoa para participar nos cuidados e estabelecer relações de parceria traz como benefícios a probabilidade de um maior envolvimento e motivação na tomada de decisão, assim como a afirmação de uma maior responsabilização pela compreensão da situação (Tanqueiro, 2013). Na investigação produzida por Muelemen e colaboradores (2015), os autores perceberam que os participantes encontravam-se mais motivados para a adoção de comportamentos preventivos, quando percecionavam que pela mudança dos padrões de vida habituais ocorriam mais valias, nomeadamente e neste estudo, por reconhecerem que retardavam a exacerbação da doença e sintomatologia associada, adiavam o início de tratamentos mais invasivos como as sessões de hemodialise e, aumentavam a oportunidade de serem propostos para transplante renal. Face ao exposto, fica reforçada a ideia e importância das

intervenções inferidas que apresentamos nos resultados, ou seja – as incluídas na *figura 16*. Todavia, importa salientar que embora as tenhamos associado à categoria do alvo da dimensão – *crenças de saúde* –, pelo que aqui fundamentamos, percebe-se a influência e encadeamento que determinada dimensão exerce sobre a outra –, ou seja, é para nós visível a relação de complementaridade entre elas, mesmo que de uma forma indireta.

4.2.3. Características Pessoais

Relativamente às *características pessoais*, encontramos como fatores que podem condicionar a gestão do regime dietético: a *idade*, as *experiências prévias*, o *nível educacional*, o *nível de literacia*, e os *recursos económicos*. Conforme sabemos, o avançar da idade, traz consigo uma maior propensão à ocorrência de co-morbilidades com impacto direto na vida das pessoas e na forma com estas se posicionam face às limitações percecionadas.

A valorização das *características pessoais* fica visível neste trabalho, através da vigilância dos parâmetros tradutores da existência de capacidades do domínio instrumental e cognitivo para a incorporação das recomendações dietéticas e tomada de decisão de forma esclarecida. Conforme apresentamos, esta premissa é evidenciada pela inferência da atividade de diagnóstica – *avaliar [10002673] a capacidade [10000034] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]*. Todavia, e de acordo com os resultados encontrados, percebemos a inexistência de dados iniciais relativos a esta dimensão, bem como, a inexistência dos termos do eixo do juízo associados à dimensão – o que nos apraz argumentar que só na presença de um juízo positivo relativo ao foco, ou seja, apenas quando a – capacidade para gerir o regime dietético se encontra presente –, é possível atuar-se junto da pessoa, no sentido de aperfeiçoar a “*potencialidade que apresenta para melhorar o regime dietético*”.

Paralelamente, numa abordagem que se pretende próxima das pessoas, no sentido do desenvolvimento das capacidades de controlo da doença, é igualmente crucial ter em atenção outras características intrínsecas à pessoa como as *experiências prévias*, o *nível de literacia* e o *nível educacional*. Neste âmbito, convém relembrar que, um baixo estatuto socioeconómico, situações de pobreza, iliteracia, baixo nível educacional, desemprego, condições instáveis na vida, rede limitada de transportes e custos elevados dos cuidados de saúde e dos tratamentos, limitam a pessoa na adoção de comportamentos saudáveis,

colocando-as frequentemente em situações de vulnerabilidade (ICN, 2011b). De acordo com Muchiri, Gericke e Rheeder (2009), a informação deve ser pensada e transmitida tendo em consideração o grupo etário, o nível de instrução e as especificidades culturais das pessoas. Na opinião de Griva e colaboradores (2013), frequentemente, os destinatários não compreendem as recomendações dos profissionais, ou esquecem parte das instruções fornecidas, em parte devido à quantidade de informação que lhes é transmitida. Como temos vindo a afirmar, a informação deve ser simples, compreensível e personalizada, ou seja, deve ir de encontro com as pessoas e as necessidades de informação que apresentam naquele momento, sendo adaptada ao seu nível cultural e cognitivo (Nagelkerk, Reick e Meengs, 2006; Shulman-Green et al., 2016). Além disto, Muelemen e colaboradores (2015) advogam que no final de cada sessão de educação, os aspetos abordados devem ser discutidos entre os elementos – profissionais de saúde e clientes – para desta forma se compreender se os segundos, retiveram a informação transmitida e, saem das sessões devidamente esclarecidos. Importa neste sentido, que as intervenções representadas na *figura 12* sejam pautadas pela disponibilidade para fornecer toda a informação que a pessoa carece, isto, de modo faseado. Porém, os autores supramencionados acrescentam, que vulgarmente a transmissão de informação não é acompanhada por uma transferência de conhecimento e, por seu turno, a transmissão de conhecimento nem sempre se relaciona com alterações de comportamentos. Assim, a atividade diagnóstica - *Avaliar [10002673] o conhecimento sobre o regime dietético [10021902]* – serve não só, para compreender o nível de conhecimento que a pessoa detém, como contribui também, para perceber em futuras avaliações se os ganhos em saúde relativos a ganhos de conhecimento se fizeram sentir. De modo análogo, diz-nos também que se provida de conhecimento, a gestão do regime dietético poderá estar comprometida pela interferência de outros fatores intrínsecos ou extrínsecos à pessoa, que é desejável que os enfermeiros passem a integrar.

Em relação às *experiências prévias*, acontece que por norma, experiências de gestão anteriores, moldam a posição das pessoas perante a necessidade de gerir novos processos de transição. Convém esclarecer, que parte dos aspetos aqui mencionados, não encontram representatividade nos itens de informação explanados na apresentação dos resultados. No entanto, na realidade, a abordagem a que nos referimos tem como acento tónico as relações de parceria e proximidade, traduzem uma filosofia, são de difícil tradução ou mensuração, visto estarem inerentes às demandas da profissão que nos parece só fazerem sentido, se forem sensíveis às vidas das pessoas, adaptáveis ao longo do processo de transição e adaptativas para a condição. Parafraseando Bastos (2012), o enfermeiro que utiliza abordagens baseadas no *empowerment*, encontra-se imbuído de uma filosofia que

se manifesta nos seus comportamentos e se distingue de outros não pelo que faz, mas pela forma como o faz e pela intencionalidade com que o faz.

Os **recursos económicos** são outro aspeto que pode provocar dificuldades na alteração dos comportamentos alimentares. Efetivamente, vários estudos reconhecem as questões económicas, como um fator que pode inibir a modificação dos hábitos dietéticos. Aos baixos rendimentos, adicionam-se os gastos com a doença da pessoa e, frequentemente, juntam-se também, os custos das doenças dos seus conjugues, expondo as pessoas com orçamentos familiares inferiores, a uma maior vulnerabilidade, que as condiciona no acesso aos recursos de saúde, dificulta na adesão e na manutenção de um comportamento estável de forma sustentada (Bosworth et al., 2008; Spivack, 2010; Orzech et al., 2013; Schulman-Green et al., 2016). Para estes grupos, é mais preocupante sobreviver perante a instabilidade económica que vivenciam, do que propriamente o controlo da sua doença (Schulman-Green et al., 2016). Chen, Acton e Shao (2010), encontraram uma relação significativa entre o baixo nível socioeconómico e a qualidade das refeições ingeridas. No estudo que desenvolveram, chegaram à conclusão que populações minoritárias com recursos financeiros limitados tinham maior dificuldade de acesso à informação por um lado; no entanto, por outro, ficavam mais permeáveis ao excesso de informação proveniente de campanhas de *marketing* e publicidade falsamente elucidativas relativamente à qualidade dos alimentos intitulados como saudáveis. Acresce ainda, como fator altamente influenciador no momento da escolha dos produtos alimentares, os custos económicos que acarretam no seio das famílias grande parte dos alimentos que efetivamente são saudáveis. Claro está, que os enfermeiros não têm o poder de melhorar as condições económicas das pessoas, pelo menos, de uma forma direta. Porém, enquanto facilitadores da incorporação das recomendações e agentes de mudança que ajudam na mudança, somos da opinião que muito pode e deve ser feito. Nomeadamente, na realização de sessões de esclarecimento envolvendo toda a comunidade sobre os falsos preceitos relativos à qualidade dos produtos para a confeção das refeições, e a implementação e/ou alargamento a nível nacional dos programas de educação direcionados para a gestão da doença e dos regimes terapêuticos, a serem concretizados quer em meio hospitalar como a nível dos cuidados de saúde primários.

4.2.4. Contextos da Sociedade e Comunidade

Em conjunto com as condições intrínsecas, os fatores extrínsecos, relacionados com a *sociedade e comunidade*, são descritos na literatura como essenciais, para uma gestão do regime bem-sucedida. Na investigação produzida atendendo aos aspetos relacionados com a *sociedade* destacamos o **suporte familiar e dos amigos**, juntamente com o **apoio dos profissionais de saúde**, enquanto variáveis que podem interferir positiva ou negativamente na evolução da transição para a integração do regime dietético. Este estudo revelou ainda, que os fatores direcionados para a *comunidade* prendem-se, essencialmente, com a acessibilidade aos serviços de saúde, e no modo como estes harmonizam quer os recursos existentes como os equipamentos necessários, para que de facto, possam ser dadas as melhores respostas às exigências que as pessoas enfrentam.

Com base na perspetiva de Feetham e Thomson (2006), os resultados na gestão do regime tendem a melhorar, quando a pessoa e a sua família são vistos quer por meio de uma “lente individual”, como por meio de uma “lente familiar” conjunta (cit. por Ryan e Sawin, 2009).

O trabalho desenvolvido por Orzech e colaboradores (2013) serve de exemplo, ao evidenciarem no seu estudo, que a motivação para a mudança de comportamentos face à dieta recomendada, foi amplamente prejudicada, pela incompreensão sentida por parte dos pares, minimizando a importância e o esforço da pessoa, na incorporação de novos hábitos alimentares. Em contraste, o apoio financeiro ou motivacional advindo dos familiares e amigos, facilitaram os esforços na gestão do regime, quer pela ajuda na compra de alimentos de elevado custo, como pelo encorajamento na adoção de um novo padrão alimentar de forma duradoura (Sheperd et al., 2006; Whittemore e Dixon, 2008; Orzech et al., 2013; Meuleman et al., 2015; Schulman-Green et al., 2016).

De modo metafórico, podemos afirmar que usando duas lentes, os enfermeiros, numa perspetiva abrangente, mantendo o foco na pessoa, todavia, ampliado para uma visão partilhada, devem envolver os restantes intervenientes nas terapêuticas, ou seja, a família, os amigos e a comunidade.

Importa ainda reter, que se o **apoio** prestado pelos **profissionais de saúde**, melhora a perceção de suporte da pessoa alvo de cuidados e, que esta, por sua vez, vai interferir com as restantes dimensões em estudo, gerando-se assim uma espiral inter-relacional – em que o apoio interfere com variáveis como a motivação – e que no final, todas juntas –, têm o potencial para melhorar da gestão do regime dietético, então, emerge a importância dos

enfermeiros dedicarem mais tempo à construção de uma relação de parceria de modo a garantirem que as pessoas reconheçam esse apoio como uma verdadeira mais valia.

A este respeito, relativamente aos **recursos na comunidade**, a literatura aponta para algumas componentes como: o acesso a portais da saúde; a plataformas web; a equipamentos; ou os transportes; com ampla relevância para o decorrer da transição (Ryan e Sawin 2009; Schulman-Green et al., 2016). Neste âmbito concreto, e porque o isolamento social está frequentemente acompanhado de uma escassa rede de transportes, a montante de outros determinantes como os recursos económicos limitados das pessoas por um lado, e os custos elevados dos cuidados de saúde por outro, todos estes fatores, quer associados, como atuando isoladamente, de acordo com os estudos produzidos, podem refletir-se negativamente na adoção dos comportamentos saudáveis (Bosworth et al., 2008; Meuleman et al., 2015; Schulman-Green et al., 2016). Por conseguinte, se pensarmos que estes mesmos condicionantes podem ser os responsáveis pelos níveis elevados de iliteracia em saúde, gerados pela dificuldade de acesso à informação, ou até mesmo, pelos níveis educacionais inferiores das pessoas, sobretudo nas populações mais envelhecidas, compreendemos mais uma vez, a importância da existência de uma rede de cuidados orientada para colmatar as vulnerabilidades a que estas pessoas estão sujeitas.

Neste contexto, alguns estudos têm destacado a importância do contacto telefónico periódico como uma forma efetiva de monitorizar a condição e esclarecer possíveis dúvidas. A par disto, as investigações evidenciam outras soluções inovadoras designadamente, o acesso a tecnologia diferenciada por via de vídeos explicativos ou a ferramentas eletrónicas interativas, como abordagens complementares essencialmente para aquelas situações em que há a necessidade de colmatar os desafios associados aos contextos de maior isolamento social e geográfico (Eakin et al., 2009; Desroches et al., 2013; Schulman-Green et al., 2016). Neste quadro, assumimos que a intervenções inferidas do *corpus* – *Aconselhar [10005254] sobre o regime dietético [10005951] através de dispositivo de comunicação [10004714]; Providenciar [10015935] material educativo [10024493]* – vêm de encontro com os pressupostos explanados.

4.2.5. Características do Regime Dietético

Revisitando tudo o que aqui foi sendo exposto, percebemos que a assunção de um regime terapêutico é determinantemente influenciada por fatores intrínsecos e extrínsecos

à pessoa. Todavia, não menos importante para a assunção de um novo padrão alimentar, são as características inerentes ao próprio regime. Neste ponto, foram identificados como fatores passíveis de vir a interferir na gestão do regime dietético: a **complexidade do regime**; o **custo das refeições**; o **acesso limitado a alimentos saudáveis**; as **mudanças de ambiente**; e, a **falta de tempo para confeccionar refeições**. De referir ainda, que grande parte dos determinantes aqui envolvidos foram sendo discutidos ao longo desta fase do trabalho. Porém, consideramos importante fazer uma breve síntese dos aspetos que emergiram da literatura.

A forma como as pessoas se posicionam sobre os regimes de tratamento relacionados com os comportamentos alimentares, é igualmente influenciada pela disponibilidade dos produtos alimentares de qualidade, que sejam ao mesmo tempo economicamente viáveis para aquisição. Segundo Orzech e colaboradores (2013) o acesso limitado a alimentos saudáveis nas pequenas e grandes superfícies comerciais associado ao custo acrescido dos mesmos, espelham os desafios frequentes de quem necessita incorporar um novo padrão alimentar. A par disso, a força do hábito foi referida ao longo dos estudos como determinante no momento de efetuar as escolhas alimentares. Acrescendo a isto, a influência dos ambientes sociais, que se transformam em verdadeiras provas à resiliência e autocontrolo, nomeadamente nos contextos de sociabilização e festejo com os familiares e amigos, ou nas situações em que as refeições são realizadas fora das suas rotinas habituais e dos ambientes controlados como é o das suas próprias casas (Savoca e Miller, 2001; Nagelkerk, Reick e Meegs, 2006; Sheperd et al., 2006; Griva et al., 2013; Schulman-Green et al., 2016). Não obstante a estes aspetos, outros estudos focam-se ainda no papel de destaque que a indústria alimentar exerce sobre a informação que é transmitida às pessoas influenciando o decurso das escolhas alimentares assim como, aquilo que é considerado saudável. Nesta perspetiva, o estudo de Meuleman e colaboradores (2015), vem alertar para o facto, de as campanhas de sensibilização ou até mesmo os anúncios publicitários, serem volvidos de conteúdos informativos claros, fidedignos e direcionados para a construção de uma sociedade provida de conhecimento que se aproxime das diretrizes preconizadas para a melhoria dos ganhos em saúde e em qualidade de vida.

De notar ainda, conforme nos referem Lumini e Freire (2016), cada vez mais, os cidadãos recorrem à internet para acederem à informação relacionada com a saúde. Porém, esta nem sempre é a melhor escolha. Deste modo, estando os enfermeiros numa posição privilegiada para “(...) liderar e apoiar modelos apropriados de cuidados na doença crónica” (ICN, 2010, p.35), devem exercer influencia positiva junto das pessoas e, como tal,

recomendarem tecnologias educacionais credíveis que forneçam informação atualizada e que, portanto, permita dar resposta às suas questões de saúde (Lumini e Freire, 2016).

Não obstante, fruto das atuais sociedades diagnosticadas como aceleradas, a escassez de tempo, demonstra-se limitativa também para a confeção das refeições ou para a aquisição dos produtos alimentares adequados. Com efeito, sendo esta uma realidade cada vez mais comum entre as famílias, a literatura afirma e nós corroboramos, ser outro dos fatores que pode contribuir para o desvio das orientações dietéticas. Para agravar o fluxo das coisas, se pouco esclarecidas, permissivas aos apelos de venda, mais facilmente optam por refeições rápidas ou do tipo *fast food*, largamente publicitadas, mesmo que desprovidas de qualidade. Neste contexto, entendemos que para que se alcance a desejável gestão eficaz do regime dietético, os enfermeiros devem estar despertos para o todo, ou seja, para a totalidade de constrangimentos aqui anunciados, de modo a atuarem contra a ordem das coisas.

Em jeito de síntese para uma discussão que se pretende reflexiva, pretendemos deixar clara que a nossa posição assenta numa perspetiva baseada na diferença que faz a diferença – de empoderamento e regra própria –, voltada para a horizontalidade das intervenções que a literatura denomina de filosofia de *empowerment* e que desafiam tanto a criatividade, como as convenções assentes em doutrinas de persuasão e coercividade.

Na realidade, para Sousa (2014) uma abordagem assente na filosofia do *empowerment* não envolve “convencer”, “persuadir” ou “mudar as pessoas”; antes proporciona o “facilitar” ou o “apoiar” as pessoas a refletirem sobre a sua experiência.

Neste cenário, se o foco é colocado na intenção depositada nos cuidados de enfermagem e, nos resultados que estes procuram alcançar (Pereira, 2009) então a intencionalidade colocada nas intervenções de enfermagem, reside em promover o *empowerment* e não a concordância (Bastos, 2012). Dito de outra forma, proporcionar mais liberdade e responsabilidade (Ibidem). E para tal, é de igual importância, ter em conta o ambiente social, económico e familiar, para que as intervenções sejam direcionadas à pessoa, para a sua autonomia na tomada de decisão e mudança comportamental (Lundberg e Thrakul, 2012).

Recordando Silva (2011) se o foco incide mais sobre os processos adaptativos então, provavelmente, os focos de atenção recairão no domínio da pessoa e das respostas humanas à transição.

CONCLUSÃO

Neste capítulo conclusivo pretendemos expor os principais resultados encontrados, tendo por base os objetivos que nortearam o percurso de investigação. Conforme referimos, a necessidade de aumentar o conhecimento formal de enfermagem disponível, que permita uma abordagem mais baseada em evidências e mais sistematizada, quando focada nas respostas humanas às transições (Silva, 2011), foi um dos aspetos que enfatizou o desenvolvimento da presente revisão. A par disso, a necessidade de mais conhecimento da disciplina, para conduzir a prática profissional orientada por “modelos expostos”, que se torne progressivamente mais significativa para os cidadãos, resultou no desafio de contribuir para a construção de uma parte de um MCD – *dados, diagnósticos e intervenções* de enfermagem – centrado no domínio do *autocuidado – gerir o regime dietético*.

Ainda neste contexto, entendemos que a sistematização e estruturação da informação em MCD, cujo desenvolvimento esteja apoiado no conhecimento formal da disciplina, não só organiza os conceitos envolvidos que melhor traduzem a condição da pessoa, como ao mesmo tempo, influencia decisões mais congruentes com as reais necessidades do cliente, ou seja, traduzíveis em melhores cuidados.

Assim, consideramos que as opções metodológicas tomadas foram as mais adequadas face aos objetivos do trabalho a que nos propusemos atingir. Por outro lado, tomamos consciência da necessidade do desenvolvimento de investigação na área da gestão do regime dietético, de forma a obter-se uma visão alargada do conjunto de dados que a literatura aponta como sendo úteis para incorporar nos SIE e assim, se desenvolverem tomadas de decisão sustentadas e tradutoras das necessidades em saúde das pessoas.

No mesmo sentido, entendemos que a decisão de suportar a nossa análise de conteúdo, com consequente identificação e categorização dos *dados* e *conceitos* extraídos do *corpus* de análise, tendo por referência o modelo semântico de categorias *à priori* – CIPE® versão 2013 – revelou-se igualmente apropriada. Cumulativamente, utilizamos também a terminologia de referência – ISO 18104: 2003 – para produzir os enunciados dos diagnósticos e intervenções de enfermagem que evidenciamos.

A análise de conteúdo efetuada, possibilitou-nos então compreender, quais os dados a recolher e como utilizar esses dados, para que a conceção de cuidados seja centrada no domínio das respostas humanas às transições e na subsequente gestão do regime dietético.

Após este primeiro ponto, face à abrangência de dados inferidos, optamos por organiza-los e agrega-los num sistema de categorias, que posteriormente classificamos quanto à natureza das suas relações entre os diferentes itens de informação. Assim, da análise ao *corpus* emergiram um conjunto de categorias dentro das quais, constam os dados que consideramos significativos porque estão enquadrados dentro do “*core*” da disciplina, ou seja, inseridos no domínio da gestão do regime dietético.

Obtivemos também, o conjunto de conceitos que nos permitiram chegar à nossa proposta de enunciados diagnósticos e de intervenções de enfermagem que consideramos com utilidade clínica para integrar num futuro MCD com representatividade nesta área de atenção. Foi nesta fase que articulamos a linguagem natural, presente nos artigos pertencentes ao *corpus* de análise, com a linguagem classificada referente ao modelo semântico. Os enunciados dos diagnósticos e das intervenções propostos resultam, portanto, da agregação dos conteúdos em sistemas de categorias e, posteriormente, pela concatenação das categorias identificadas de forma apropriada e refletida entre as autoras que constituem a investigação. Acresce que nas sintaxes propostas, existem alguns termos sem código associado, que correspondem a conceitos inexistentes na versão da CIPE® usada, mas que, conforme explicamos, revelaram-se clinicamente úteis, pela envolvimento de aspetos relacionados com as respostas humanas às transições.

Relativamente à construção sintática para a identificação dos diagnósticos de enfermagem com relação sobre a gestão do regime dietético, como se pode constatar através da figura abaixo (figura 22), o *termo* referente ao *foco de atenção* que identificamos foi o *gerir* – e a sua especificação – o *regime dietético*. Em paralelo, as *dimensões* associadas, conforme evidenciamos, englobam claramente os conceitos centrais da *Teoria das Transições de Meleis*, designadamente a *consciencialização*, o *conhecimento*, o *apoio social*, o *apoio da família*, e as *atitudes*, e, dentro destas – o *envolvimento*, a *força de vontade*, a *autoeficácia* e as *crenças de saúde*. Todavia, acrescentamos também a dimensão *adesão*. De salientar que dos conceitos identificados, o termo *envolvimento*, é inexistente no modelo semântico que orientou o nosso estudo. No entanto, conforme já o referimos, ao basearmo-nos nos pressupostos teóricos da disciplina, este conceito, diretamente relacionado com as propriedades da transição, revela ser um importante indicador de processo que nos permite compreender o grau de envolvimento que a pessoa apresenta face à condição, motivo pelo qual sugerimos que no futuro seja efetuada a sua inclusão. Ainda neste âmbito, recordamos que a nossa opção por incluir o conceito de *gerir*, entendido como uma ação direcionada para os processos intencionais, deveu-se ao facto do conceito de *gestão* não se encontrar incluído na CIPE® versão 2013. Todavia, embora o

termo *gerir* se aproxime semanticamente do que pretendemos traduzir, este conceito, é um tipo de ação e não, um foco de atenção. Por conseguinte, e porque consideramos a *gestão* como um aspeto relevante da disciplina –, sugerimos que seja efetuada a sua redefinição e reincorporação, para que futuramente seja integrado no MCD.

Tal como podemos verificar na figura 22, obtivemos também, um conjunto de conceitos referentes ao eixo do juízo, indispensáveis na construção sintática dos enunciados diagnósticos. Importa recordar, que decorrente da tentativa de sistematização da linguagem utilizada, e pela similaridade semântica dos conceitos descritos nos artigos incluídos, relativamente aos termos do eixo do juízo do tipo negativo, identificamos dois conceitos que julgamos serem agregadores da totalidade de conceitos encontrados, designadamente: o **comprometido** – que associamos ao eixo do foco – **gerir o regime dietético**, para descrever as situações em que a pessoa ainda não incorporou as mudanças que ocorreram na sua vida, e, o conceito de **baixo** – que agregamos às dimensões identificadas com relação sobre o foco principal. Paralelamente, evidenciamos também os conceitos do eixo do juízo – **potencialidade para melhorar**. Aqui, dadas as posições assumidas da centralidade da teoria das transições para a enfermagem, conforme referimos, os enfermeiros envolvidos neste paradigma, não têm as suas atenções tão voltadas para os défices que as pessoas apresentam para lidarem com os novos contextos de vida, mas antes, para o seu inverso, isto é, dando maior ênfase à **potencialidade que apresentam para melhorar a gestão do regime dietético**.

Face a estes dois universos, ou seja, a constatação da existência de *potencial para melhorar a gestão* por um lado, e a comprovação de um *compromisso* por outro, consideramos a opção orientada para a oportunidade de desenvolvimento do potencial, mais consensual com os propósitos da disciplina. Com efeito, parece-nos plausível privilegiar para efeitos de futuras documentações os juízos diagnósticos que enfatizam os recursos pessoais de cada um, bem como as condições que influenciam o decurso da transição. Propomos de igual modo, que no futuro, possam ser identificados e associados os diagnósticos de enfermagem que tomem por foco as dimensões aqui explanadas, numa lógica de coerência entre os conteúdos inferidos do *corpus* e o modelo semântico de categorias *à priori* que nos guiou.

Neste ponto em concreto, assumimos que o diagnóstico – **potencialidade para melhorar o gerir o regime dietético** – é aquele que estrutura os contextos em que a formulação dos diagnósticos é efetuada através de uma perspetiva centrada nos aspetos positivos que a pessoa apresenta para melhorar, sendo por isso, o juízo diagnóstico que enfatizamos que se deve privilegiar. Assim, na nossa opinião, e pelas mesmas razões,

consideramos pertinente elevar a construção dos enunciados diagnósticos pela via do eixo do juízo *potencialidade para melhorar*, também para as dimensões identificadas. Em exemplo, propomos a inclusão do diagnóstico: **potencialidade para melhorar a consciencialização sobre o regime dietético**.

De realçar, que se a partir da alteração no estado do diagnóstico, forem inferidas modificações positivas, em que resultados advêm da ação dos enfermeiros, poderemos assumir estar perante resultados, que traduzem ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem e neste âmbito, o resultado esperado seria a **gestão do regime dietético efetiva**.

Decorrente da análise ao *corpus* resultou também um conjunto de intervenções que associamos de um modo mais geral ao conjunto de diagnósticos identificados. Ou seja, face às possibilidades diagnósticas encontradas para cada subcategoria, não fizemos distinções quanto aos termos do eixo do juízo, aquando da agregação das intervenções. Apesar disso, tal como comprovamos, os principais conceitos do eixo da ação extraídos, encontram-se direcionados para o – *atender; determinar; informar e gerir*. Salientamos ainda, que ao longo da construção das sintaxes das intervenções, sempre que nos foi possível, fizemos uma identificação dos conceitos pertencentes ao eixo da ação a um nível mais específico. Isto é, no caso da categoria relativa ao eixo da ação *atender*, associamos termos com um nível de abstração inferior como por exemplo o *assistir* ou o *facilitar*. De igual modo, para a categoria do alvo, recorreremos aos conceitos que nos permitiam atribuir especificidade à intervenção, isto, com o intuito de assegurar a desejável integridade referencial entre os itens de informação.

Todavia, essa adequação nem sempre foi fácil de manter, sobretudo pela ausência de representatividade dos conceitos no contexto da análise de conteúdo ao *corpus*. Serve de exemplo o caso da atividade diagnóstica – *avaliar barreiras para gerir o regime dietético* – que apresenta um nível de especificidade superior face à dimensão associada – *crença de saúde*. Todavia, representando uma subcategoria dentro do mesmo domínio – assumimos que esta atividade diagnóstica apresenta integridade referencial sobre os dados da subcategoria – *perceção das barreiras*. Assim, para esta atividade diagnóstica –, o que propomos é que seja associado o mesmo conceito da dimensão – ou seja – a *crença de saúde*. Mais acrescentamos que não excluimos a atividade diagnóstica inferida do *corpus*, por consideramos que a sua inclusão nos possibilita determinar se existe, uma *crença de saúde dificultadora*, que inviabilize a efetividade da gestão.

Outra das limitações do nosso estudo, prende-se com a escassez de intervenções identificadas para alguns dos diagnósticos de enfermagem nomeados, designadamente e

como exemplo os diagnósticos –, *conscencialização dificultadora* ou *envolvimento baixo* –, que nos reportam para as dimensões do foco com relação sobre os processos de transição. De qualquer modo, acreditamos que só por intermédio de uma abordagem centrada na pessoa, e na identificação dos fatores inerentes a cada um, que possam estar a dificultar ou a contribuir para a modificação da condição –, será possível trabalhar o potencial que nela se evidencia, para melhorar a consciencialização, o envolvimento, e deste modo a capacitação para uma tomada de decisão informada que potencie também a gestão.

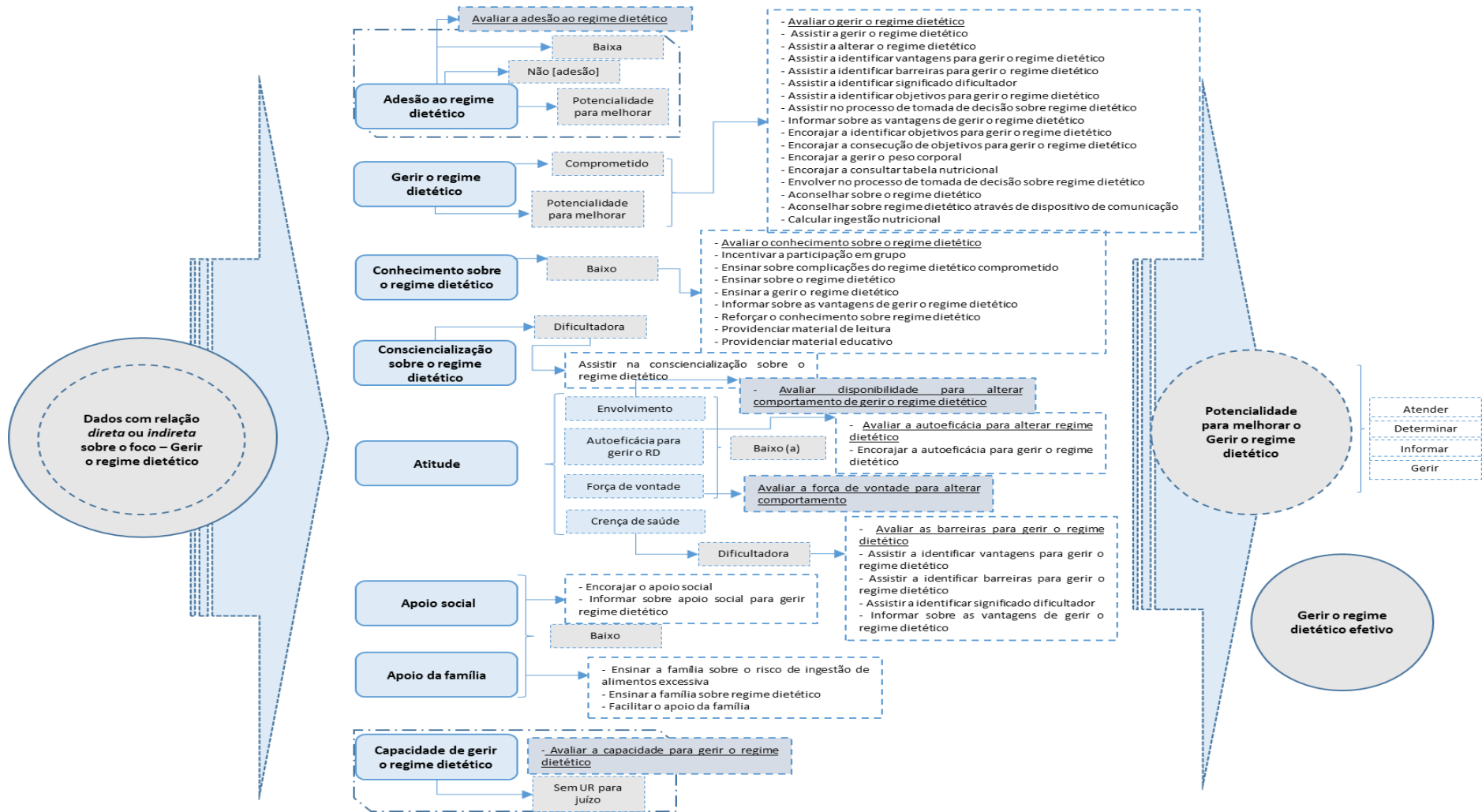
Apesar disto, advogamos que as ações identificadas no domínio do *atender*, do *informar*, ou do *gerir*, têm por intencionalidade promover a autonomia da pessoa para “*auto*” gerir o regime dietético, e por via disso, apresentam o potencial descritivo que lhes confere a centralidade nas respostas humanas às transições. Em suma, viabilizam a assistência da pessoa de acordo com a transição que experiencia e os resultados que são esperados – orientados para os ganhos em saúde e os aspetos de interesse da disciplina.

Constatamos também que a categoria dos dados – *significado dificultador*, não apresenta representatividade em termos de conteúdos clínicos aquando da identificação dos conceitos necessários para a formulação dos enunciados dos diagnósticos. Porém, parece-nos que os dados aqui evidenciados, não são mais do que *fatores que concorrem* para o *compromisso da gestão*.

Para futuras investigações, deixamos a sugestão que se dê continuidade ao trabalho aqui realizado, partindo-se para uma profunda definição das estruturas de ligação entre os diferentes itens de informação expostos. De forma análoga, consideramos fundamental efetuar a comparação entre o que aqui se encontra evidenciado, e o que de momento, está em uso nos SIE. O propósito, é a especificação de MCD suportados por ontologias em que os conceitos centrais que desenham o espetro da disciplina se encontrem incorporados e unificados, de forma a que na prática, a tomada de decisão dos enfermeiros seja baseada no conhecimento da disciplina. Por outras palavras, o que perspetivamos, é que a trajetória que aqui se inicia, nos possibilite no futuro evidenciar SIE com linguagem estruturada, atualizada e assente numa, “*(...) enfermagem com mais enfermagem*”.

Analisando todo o trabalho desenvolvido, podemos afirmar que os objetivos inicialmente delineados foram atingidos na integra, tendo o trabalho contribuído para o desenvolvimento de uma parte de um MCD centrado na gestão do regime dietético. Foi um percurso gratificante, que possibilitou a incursão numa área de enfermagem inovadora, e essencial para o desenvolvimento da mesma enquanto disciplina, todavia, terminamos com a convicção de que a conclusão deste trabalho não tem o fim em si, abrindo portas para que outros se iniciem.

Figura 22 - Representação de um possível Modelo Clínico de Dados referente ao foco de atenção - Gerir o regime dietético



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE (ACSS) – RSE – *Registo de Saúde Electrónico – R1: Documento de Estado da Arte*. Ministério da Saúde: versão 3.0, 2009. Disponível em www: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4156EEEFE6014ADAAEB714E01F5F52FC/0/RSE_R1_Estado_da_Arte_V3.pdf.

AZEVEDO, Paulo; SOUSA, Paulino – Partilha de informação de enfermagem: dimensões do Papel de Prestador de Cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº7 (2012), p.113 – 122.

BACKMAN, Kaisa; HENTINEN, Maija – Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 30, nº3 (1999), p. 564 – 572.

BANDAYREL, K.; WONG, S. – Systematic literature review of randomized control trials assessing the effectiveness of nutrition interventions in community-dwelling older adults. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. Vol. 43, nº4 (2011), p. 251 – 262.

BARAZ, Shahram [et al.] – Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having haemodialysis. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 66, nº1 (2010), p. 60 – 68.

BARDIN, Laurence – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009. ISBN 978-972-44-11545.

BARLOW, Julie [et al.] – Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*. Vol. 48, nº2 (2002), p. 177 – 187.

BARRA, Daniela; SASSO, Grace – Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm*. Vol. 64, nº6 (2011), p. 1141 – 1149.

BARRA, Daniela; SASSO, Grace – Processo de enfermagem conforme a classificação internacional para as práticas de enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm.* Vol. 21, nº2 (2012), p. 440 – 447.

BASTOS, Fernanda – *A pessoa com doença crónica: teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2012. Tese de Doutoramento em Enfermagem

BEALE, Thomas - *Archetypes: Constraint-based Domain Models for Future-proof Information Systems*. Mooloolah Valley: Deep Thought Informatics Pty, 2002. Disponível em [www:
http://www.academia.edu/4483746/Archetypes_Constraintbased_Domain_Models_for_Future-proof_Information_Systems](http://www.academia.edu/4483746/Archetypes_Constraintbased_Domain_Models_for_Future-proof_Information_Systems).

BERNAL, Juan; LOPEZ, Diego; BLOBEL, Bernd – Architectural Approach for Semantic EHR Systems Development Based on Detailed Clinical Models. *Studies in Health Technology And Informatics*. Vol. 177, (2012), p. 164 – 169.

BEYEA, Suzanne; NICOLL, Leslie – Writing an integrative review. *Aorn Journal*. Vol. 67, nº4 (1998), p. 877 – 880.

BODENHEIMER, Thomas [et al.] – Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *JAMA*. Vol. 288, nº19 (2002), p. 2469 – 2475.

BOSWORTH, H. B. [et al.] – Take Control of Your Blood Pressure (TCYB) study: a multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. *Patient education and counseling*. Vol. 70, nº3 (2008), p. 338 – 347.

BOTELHO, Louise; CUNHA, Cristiano; MACEDO, Marcelo – O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*. Vol.5, nº11 (2011), p. 121 – 136.

BRIDGES, William – *Transitions: Making sense of life's changes*. 2ª ed. New York: Addison Wesley, 2004. ISBN 0-7382-0904-X.

BRITO, Maria Alice – *A Representação do Juízo Diagnóstico em Enfermagem: dos dados – “matéria prima” – aos juízos dos enfermeiros sobre os seus focos da prática*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2004. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

BRITO, Maria Alice – *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: Uma teoria explicativa*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2012. Tese de Doutoramento em Enfermagem.

BRITO-ASHURST, L. [et al.] – Barriers and facilitators of dietary sodium restriction amongst Bangladeshi chronic kidney disease patient. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. Vol. 24, nº10 (2010), p. 86 – 95.

CARDOL, Mieke [et al.] – Attitudes and dilemmas of caregivers supporting people with intellectual disabilities who have diabetes. *Patient Educ Couns*. Vol. 87, nº3 (2012), p. 383 – 388.

CARDOSO, Alexandrina; SILVA, Abel; MARÍN, Heimar – Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, nº4 (2015), p. 11 – 20.

CARPENITO, Linda – *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. ISBN 85-363-0187-2.

CARPENTER, Christopher – A Meta-Analysis of the Effectiveness of Health Belief Model Variables in Predicting Behavior. *Health Communication*. Vol. 25, nº8 (2010), p. 661 – 669.

CENTRE FOR INFORMATION SYSTEMS RESEARCH AND DEVELOPMENT OF PORTO NURSING SCHOOL (CIDESI) – *Self-Study Report for the review process of re-accreditation*. Porto: ESEP, 2013. Disponível em [www.
http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/CIDESI/report_2013.pdf](http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/CIDESI/report_2013.pdf).

CHEN, Su-Hui; ACTON, Gayle; SHAO, Jung-Hua – Relationships among nutritional self-efficacy, health locus of control and nutritional status in older Taiwanese adults. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 19, nº15 (2010), p.2117 – 2127.

COOPER, Harris – Scientific Guidelines for Conducting Integrative Research Reviews. *Review of Educational Research*. Vol. 52, nº2 (1982), p. 291 – 302.

COOPER, H.C.; BOOTH, K.; GILL, G. – Patients' perspectives on diabetes health care education. *Health Education Research*. Vol. 18, nº2 (2003), p. 191 – 203.

CRAIG, Jean; SMYTH, Rosalind – *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-61-4.

CROSSETTI, Maria – Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. *Rev Gaúcha Enferm*. Vol. 33, nº2 (2012), p. 8 – 9.

CRUZ, Inês [et al.] – Analysis of the Nursing Documentation in use in Portugal – Building a clinical data model of nursing centered on the management of treatment regimen. *Studies Health Technology And Informatics*. Vol. 225, (2016), p. 407 – 411.

CULLUM, Nicky [et al.] – *Enfermagem baseada em evidências: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed, 2010. ISBN 978-85-363-2216-2.

CUNHA, Alice; FERREIRA, João; RODRIGUES, Manuel – Atitude dos enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº1 (2010), p. 7 – 16.

DESROCHES, Sophie [et al.] – Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing and managing chronic diseases in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Vol. 28, nº2 (2013), p. 1 – 134.

DIMATTEO, Robin; HASKARD, Kelly; WILLIAMS, Summer – Health beliefs, disease severity, and patient adherence: A meta-analysis. *Medical Care*. Vol. 45, nº6 (2007), p. 521 – 528.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Portugal: Direção de Serviços de Informação e Análise, 2015.

EAKIN, Elizabeth [et al.] – Telephone Counseling for Physical Activity and Diet in Primary Care Patients. *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 36, nº2 (2009), p. 142 – 149.

FORTIN, Marie-Fabienne – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

GANONG, Lawrence – Integrative reviews of nursing research. *Research in Nursing & Health*. Vol. 10, nº1 (1987), p. 1 – 11.

GARDE, Sebastian [et al.] – Towards Semantic Interoperability for Electronic Health Records: Domain Knowledge Governance for openEHR Archetypes. *Methods Inf Med*. Vol. 46, nº3 (2007), p. 332 – 343.

GONZALEZ, J. S. [et al.] – Cognitive-behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in type 2 diabetes. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. Vol. 24, nº4 (2010), p. 329 – 343.

GOOSSEN, William – Nursing information management and processing: a framework and definition for systems analysis, design and evaluation. *International Journal of Bio-Medical Computing*. Vol. 40, nº3 (1996), p. 187 – 195.

GOOSSEN, William; GOOSSEN-BAREMANS, Anneke; VAN DER ZEL, Michael - Detailed Clinical Models: A Review. *Healthcare Informatics Research*. Vol. 16, nº 4 (2010), p. 201 – 214.

GRIVA, K. [et al.] – Managing treatment for end-stage renal disease – A qualitative study exploring cultural perspectives on facilitators and barriers to treatment adherence. *Psychology & Health*. Vol. 28, nº1 (2013), p. 13 – 29.

HAMULEH, Mardani; VAHED, Shahraki; PIRI, A. – Effects of Education Based on Health Belief Model on Dietary Adherence in Diabetic Patients. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*. Vol. 9 (2010), p. 1 – 6.

HÄYRINEN, K.; SARANTO, K.; NYKÄNEN, P. – Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: A review of the research literature. *International journal of medical informatics*. Vol. 77, nº5 (2008), p. 291 – 304.

HEARD, Sam [et al.] – *Templates and Archetypes: how do we know what we are talking about?* OpenEHR, 2003. Disponível em [www: http://www.openehr.org/wiki/download/attachments/196620/Templates+and+Archetypes.pdf](http://www.openehr.org/wiki/download/attachments/196620/Templates+and+Archetypes.pdf).

HOLMAN, Halsted; LORIG, Kate – Patient Self-Management: A Key to Effectiveness and Efficiency in Care of Chronic Disease. *Public Health Reports*. Vol. 119, nº 3 (2004), p. 239 – 243.

HOVENGA, Evelyn; GARDE, Sebastian; HEARD, Sam – Nursing constraint models for electronic health records: a vision for domain knowledge governance. *Int J Med Inform*. Vol. 74, nº11-12 (2005), p. 886-898.

HOY, B.; WAGNER, L.; HALL, E. – Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Scand J Caring Sci*. Vol.21, nº4 (2007), p. 456 – 466.

HSUEH, Hsiu-Feng [et al.] – Does a self-management program change dietary intake in adults with irritable bowel syndrome? *Gastroenterology nursing: the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*. Vol. 34, nº2 (2011), p. 108 – 116.

IDIER, Laëticia [et al.] – Assessment and effects of Therapeutic Patient Education for patients in hemodialysis: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 48, nº12 (2011), p. 1570 – 1586.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) – *Censos 2011: Resultados Definitivos*. INE, 2012. ISBN 978-989-25-0181-9.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE (ICNP®) – *ICNP® Browser*, 2013. Disponível em [www: http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html](http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html).

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) Versão Beta 2*. 2ª ed. Ordem dos Enfermeiros, 2002. ISBN 972-98149-5-3.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros, 2010. ISBN 978-989-96021-9-9.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) Versão 2*. Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *Combater a desigualdade: melhorar o acesso e a equidade*. Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros, 2011b. ISBN 978-989-8444-07-3.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *Benefits of ICNP®: Why use ICNP®?* ICN, 2016. Disponível em [www:
http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/Benefits_of_ICNP-Values.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/Benefits_of_ICNP-Values.pdf).

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO) – ISO/FDIS 18104: *Health informatics – Integration of a reference terminology model for nursing*. ISO/FDIS 18104, 2003.

JESUS, Élvio, SOUSA, Paulino – Sistemas de Informação e Profissionais de saúde: visão dos enfermeiros. In: PEREIRA, Domingos; NASCIMENTO, José; GOMES, Rui – *Sistemas de Informação na Saúde: Perspetivas e Desafios em Portugal*. Lisboa: Edições Sílabo, 2011. ISBN 978-972-618-657-1.

JIAN, X.; SIT, J.; WONG, T. – A nurse-led cardiac rehabilitation programme improves health behaviours and cardiac physiological risk parameters: evidence from Chengdu, China. *Journal of clinical nursing*. Vol. 16, nº10 (2007), p. 1886 – 1897.

JONES, Fiona; RIAZI, Afsane – Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*. Vol. 33, nº10 (2011), p. 797 – 810.

KIRKEVOLD, M. – Integrative nursing research – an important strategy to further the development of nursing science and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 25, nº5 (1997), p. 977 – 984.

KLINE, G. A.; PEDERSEN, S. D. – Errors in patient perception of caloric deficit required for weight loss observations from the Diet Plate Trial. *Diabetes, Obesity & Metabolism*. Vol. 12, nº5 (2010), p. 455 – 457.

KRALIK, Debbie [et al.] – Chronic illness self-management: taking action to create order. *J Clin Nurs*. Vol. 3, nº2 (2004), p. 259 – 267.

KRALIK, Debbie; VISENTIN, Kate; LOON, Antonia – Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 55, nº3 (2006), p. 320 – 329.

KRALIK, Debbie; PRICE, Kay; TELFORD, Kerry – The meaning of self-care for people with chronic illness. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*. Vol. 2, nº3 (2010), p. 197 – 204.

LAZAROU, Chrystalleni; KOUTA, Christiana – The role of nurses in the prevention and management of obesity. *British Journal of Nursing*. Vol. 19, nº10 (2010), p. 641 – 647.

LIFE SCIENCES & HEALTHCARE. *Saúde em análise. Uma visão para o futuro*. Life Sciences & Healthcare, 2011. Disponível em [www: <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf).

LORENTSEN, Nina; BERGSTAD, Ingunn – Diet, self-management and metabolic control in Norwegian teenagers with type 1 diabetes. *Scandinavian Journal of Nutrition*. Vol. 49, nº1 (2005), p. 27 – 37.

LORIG, Kate – Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization: A Randomized Trial. *Medical Care*. Vol. 37, nº1 (1999), p. 5 – 14.

LORIG, Kate; HOLMAN, Halsted – Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Ann Behav Med*. Vol. 26, nº26 (2003), p. 1 – 7.

LUMINI, Maria José; FREIRE, Rosa – As novas tecnologias no processo de cuidar. In: *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. Porto: Lusodidata, 2016. ISBN 978-989-20-7135-0.

LUNDBERG, Pranee; THRAKUL, Supunee – Type 2 diabetes: how do Thai Buddhist people with diabetes practise self-management?. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 68, nº3 (2012), p. 550 – 558.

MADDEN, Suzanne; LOEB, Susan; SMITH, Carol – An integrative literature review of lifestyle interventions for the prevention of type II diabetes mellitus. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 17, nº17 (2008), p. 2243 – 2256.

MANGUNKUSUM, Resiti [et al.] – School-based Internet-tailored fruit and vegetable education combined with brief counselling increases children’s awareness of intake levels. *Public Health Nutrition*. Vol. 10, nº3 (2007), p. 273 – 279.

MARIN, Heimar; CUNHA, Isabel - Perspectivas atuais da Informática em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 59, nº3 (2006), p. 354 – 357.

MARIN, Heimar – Terminologia de referência em Enfermagem: a Norma ISO 18104. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 22, nº4 (2009), p. 445 – 448.

MARIN, Heimar – Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *J. Health Inform.* Vol. 2, nº1 (2010), p. 20 – 24.

MARIN, Heimar; PERES, Heloisa; SASSO, Grace – Análise da estrutura categorial da Norma ISO 18104 na documentação em Enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 26, nº3 (2013), p. 299 – 306.

MCCLOSKEY, Joanne; FLENNIKEN, Donna – Overcoming cultural barriers to diabetes control: a qualitative study of southwestern New Mexico Hispanics. *Journal Of Cultural Diversity*. Vol. 17, nº3 (2010), p. 110 – 115.

MELEIS, Afaf; TRANGENSTEIN, Patricia – Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. Vol. 42, nº6 (1994), p. 255 – 259.

MELEIS, Afaf [et al.] – Experiencing Transitions: an Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. Vol.23, nº1 (2000), p. 12 – 28.

MELEIS, Afaf – *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN 0-7817-3673-0.

MELEIS, Afaf - *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN 978-0-82610535-6.

MENDES, Anabela; BASTOS, Fernanda; PAIVA, Abel – A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº 2 (2010), p. 7 – 16.

MENDES, Olinda – *Modelo Clínico de Dados de Enfermagem: A Pessoa Dependente para se Erguer, Virar ou Transferir*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Dissertação de Mestrado em Sistemas de Informação em Enfermagem.

MENDES, Karina; SILVEIRA, Renata; GALVÃO, Cristina – Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. Vol. 17, nº4 (2008), p. 758 – 764.

MEULEMAN, Yvette [et al.] - Perceived Barriers and Support Strategies for Reducing Sodium Intake in Patients with Chronic Kidney Disease: a Qualitative Study. *International Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 22, nº4 (2015), p. 530 – 539.

MONER, David [et al.] – Using Archetypes for Defining CDA Templates. *Studies in Health Technology And Informatics*. Vol. 180, (2012), p. 53 – 57.

MOTA, Liliana; PEREIRA, Filipe; SOUSA, Paulino – Sistemas de Informação de Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, nº1 (2014), p. 85 – 91.

MORIYAMA, Michiko [et al.] – Efficacy of a self-management education program for people with type 2 diabetes: results of a 12 month trial. *Japan journal of nursing science*. Vol. 6, nº1 (2009), p. 51 – 63.

MUCHIRI, Jane; GERICKE, Gerda; RHEEDER, Paul – Elements of effective nutrition education for adults with diabetes mellitus in resource-poor settings: A review. *Journal of Interdisciplinary Health Sciences*. Vol. 14, nº1 (2009), p. 156 – 164.

NAGELKERK, Jean; REICK, Kay; MEENGs, Leona – Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 54, nº2 (2006), p. 151 – 158.

NASCIMENTO, José – Sistemas de informação na saúde: a dúvida de Alice? In: PEREIRA, Domingos; NASCIMENTO, José; GOMES, Rui – *Sistemas de Informação na Saúde: Perspetivas e Desafios em Portugal*. Lisboa: Edições Sílabo, 2011. ISBN 978-972-618-657-1.

NEWMAN, Stanton; STEED, Liz; MULLIGAN, Kathleen – Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*. Vol. 364, nº9444 (2004), p. 1523 – 1537.

NÓBREGA, Maria; GARCIA, Telma – Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 58, nº2 (2005), p. 227 – 230.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA) – *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015 - 2017*. NANDA International. Porto Alegre: Artmed, 2015. ISBN 978-1-118-91492-2.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?* Portugal: OPSS; Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública, 2015. Relatório de Primavera 2015.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Sistema de informação em enfermagem: princípios básicos de arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais. Lisboa: Documento oficial de trabalho, 2007. Disponível em [www:
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIEPrincipiosBasicosArqRequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIEPrincipiosBasicosArqRequisitosTecFunc-Abril2007.pdf).

OREM, Dorothea – *Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson, 1993. ISBN 84-458-0092-2.

OREM, Dorothea – *Nursing: concepts of practice*. 6ª Ed. St. Louis: Mosby, 2001.

ORZECHE, Kathryn [et al.] – Diet and Exercise Adherence and Practices Among Medically Underserved Patients With Chronic Disease: Variation Across Four Ethnic Groups. *Health Educ Behav*. Vol. 40, nº1 (2013), p.56 – 66.

PADILHA, José Miguel – *Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2013. Tese de Doutoramento em Enfermagem.

PAIVA, Abel [et al.] – *Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à prática de Enfermagem – SAPE®*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. ISBN 978-989-98443-5-3.

PASCUCCI, Mary Ann [et al.] – Situational challenges that impact health adherence in vulnerable populations. *Journal of Cultural Diversity*. Vol. 17, nº1 (2010), p. 4 – 12.

PEDERSEN, Preben; TEWES, Marianne; BJERRUM, Merete – Implementing nutritional guidelines – the effect of systematic training for nurse nutrition practitioners. *Scand J Caring Sci*. Vol. 26, nº1 (2012), p. 178 – 185.

PEREIRA, Filipe – *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2007. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

PEREIRA, Filipe - *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 2009. ISBN 978-989-8269-06-5.

PERES, Emílio – *Saber comer para melhor viver*. 4ª ed. Lisboa: Caminho, 1994. ISBN 972-21-0525-6.

PETRONILHO, Fernando – *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau, 2012. ISBN 978-989-8269-17-1.

PETRONILHO, Fernando – *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: Decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos – Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2013. Tese de Doutoramento em Enfermagem.

PINHO, Inês; FRANCHINI, Bela; RODRIGUES, Sara – *Guia alimentar mediterrânico: Relatório justificativo do seu desenvolvimento*. Direção-Geral da Saúde, 2016.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE – *Plano Nacional de Saúde. Revisão e extensão a 2020*. Direção-Geral da Saúde, 2015. Disponível em [www: http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf).

PORDATA – *Retrato de Portugal na Europa PORDATA, Edição 2015*. Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2015. ISBN 978-989-8819-08-6.

RICHARD, Angela; SHEA, Kimberly – Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 43, nº3 (2011), p. 255 – 264.

RICHARDSON, Julie [et al.] – Self-management interventions for chronic disease: a systematic scoping review. *Clinical Rehabilitation*. Vol. 28, nº11 (2014), p. 1 – 11.

RUSSELL, Cynthia – An overview of the integrative research review. *Progress in Transplantation*. Vol. 15, nº1 (2011), p. 8 – 13.

RYAN, Polly; SAWIN, Kathleen – The Individual and Family Self-management Theory: Background and Perspectives on Context, Process, and Outcomes. *Nurs Outlook*. Vol. 57, nº4 (2009), p. 217 – 255.

RYAN, Polly [et al.] – Testing the Integrated Theory of Health Behaviour Change for postpartum weight management. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 67, nº9 (2011), p. 2047 – 2059.

SABA, Virginia [et al.] – Nursing language – terminology models for nurses. *ISO Bulletin*. (2003), p. 16 – 18.

SAMPAIO, R.; MANCINI, M. – Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. Vol. 11, nº1 (2007), p. 83 – 89.

SAVOCA, Margaret; MILLER, Carla – Food Selection and Eating Patterns: Themes Found among People with Type 2 Diabetes Mellitus. *J Nutr Educ*. Vol. 33, nº4 (2001), p. 224 – 233.

SCHULMAN-GREEN, Dena [et al.] – Processes of Self-Management in Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 44, nº2 (2012), p. 136 – 144.

SCHULMAN-GREEN, Dena [et al.] – A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 72, nº7 (2016), p. 1469 – 1489.

SHEPERD, J. [et al.] – Young people and healthy eating: a systematic review of research on barriers and facilitators. *Health education research*. Vol. 21, nº2 (2006), p. 239 – 257.

SLEDDENS, Ester [et al.] – Determinants of dietary behavior among youth: an umbrella review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. Vol. 12, nº7 (2015), p. 1 – 22.

SIEVENPIPER, John; DWORATZEK, Paula – Food and dietary pattern-based recommendations: an emerging approach to clinical practice guidelines for nutrition therapy in diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*. Vol. 37, nº2 (2013), p. 51 – 57.

SILVA, Abel - *Registos de Enfermagem: da tradição scripto ao discurso informo*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 1995. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

SILVA, Abel – *Sistemas de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2001. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

SILVA, Abel – *Sistemas de Informação em Enfermagem - uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 978-972-8485-76-4.

SILVA, Abel – “Enfermagem Avançada”: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir*. Vol. 55, nº 12 (2007), p. 11 – 20.

SILVA, Maria Antónia – *Intenções Dominantes nas Concepções de Enfermagem – estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2011. Tese de Doutoramento em Enfermagem.

SIMÕES, Cláudia; SIMÕES, João - Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE® segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº4 (2007), p. 9 – 23.

SOARES, Cassia [et al.] – Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enfermagem*. Vol. 48, nº2 (2014), p. 335 – 345.

SÖDERHAMN, Olle – Self-care activity as structure: a phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. Vol. 7, nº4 (2000), p. 183 – 189.

SÖDERHAMN, Olle – Phenomenological perspectives on self-care in aging. *Clinical Interventions in Aging*. Vol. 2013, nº8 (2013), p. 605 – 608.

SOL, Berna [et al.] – The role of self-efficacy in vascular risk factor management: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*. Vol. 71, nº2 (2008), p. 191 – 197.

SOUSA, Inês – *A Adesão às Recomendações Terapêuticas nos Doentes Hipertensos*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2005. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

SOUSA, Maria Rui – *Promover o autocuidado apoiar a adesão e a gestão do regime terapêutico - Programa de intervenção de enfermagem em pessoas com diabetes*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2014. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

SOUSA, Maria Rui; BASTOS, Fernanda – A gestão do regime terapêutico pelo familiar cuidador. In: *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. Porto: Lusodidata, 2016. ISBN 978-989-20-7135-0.

SOUSA, Paulino; FRADE, Marta; MENDONÇA, Denisa – Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. *Acta Paul Enferm*. Vol. 18, nº4 (2005), p.368 – 381.

SOUSA, Paulino - *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre contextos de Cuidados de Saúde: Um Modelo Explicativo*. 1ª ed. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 9728485-76-1.

SOUSA, Manuel – Registo de saúde eletrónico. Arquitetura e programa de intervenção In: PEREIRA, Domingos; NASCIMENTO, José; GOMES, Rui – *Sistemas de Informação na Saúde: Perspetivas e Desafios em Portugal*. Lisboa: Edições Sílabo, 2011. ISBN 978-972-618-657-1.

SOUSA, Paulino - Sistemas de Informação em Enfermagem: novos desafios, novas oportunidades. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 46, nº5 (2012), p. s/n.

SOUSA, Maria Rui; MARTINS, Teresa; PEREIRA, Filipe – O refletir das práticas dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, nº6 (2015), p. 55 – 63.

SOUZA, Marcela; SILVA, Michelly; CARVALHO, Rachel – Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. Vol. 8, nº1 (2010), p. 102 – 106.

SPIVACK, Jordan G. [et al.] – Primary care providers' knowledge, practices, and perceived barriers to the treatment and prevention of childhood obesity. *Obesity*. Vol. 18, nº7 (2010), p. 1341 – 1347.

TANQUEIRO, Maria Teresa – A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº 9 (2013), p. 151 – 160.

TAPURIA, Archana [et al.] – Contribution of Clinical Archetypes, and the Challenges, towards Achieving Semantic Interoperability for EHRs. *Healthc Inform Res*. Vol. 19, nº4 (2013), p. 286 – 292.

TOMKY, Donna – Diabetes Education: Looking Through the Kaleidoscope. *Elsevier HS Journals*. Vol. 35, nº 5 (2013), p. 734 – 739.

TORRACO, Richard – Writing integrative literature reviews: guidelines and examples. *Human Resource development review*. Vol.4, nº3 (2005), p. 356 – 367.

TOVAZZI, Maria Elena; MAZZONI, Valentina – Personal Paths of Fluid Restriction in Patients on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. Vol. 39, nº3 (2012), p. 207 – 216.

TRIPP, Sandy [et al.] – Providers as Weight Coaches: Using Practice Guides and Motivational Interview to Treat Obesity in the Pediatric. *Journal of Pediatric Nursing*. Vol. 26, nº5 (2011), p. 474 – 479.

VALA, Jorge - *Análise de Conteúdo. Metodologia das Ciências Sociais*. 6ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 1986. ISBN 978-972-36-0503-7.

WALSH, Ella; LEHANE, Elaine – An exploration of the relationship between adherence with dietary sodium restrictions and health beliefs regarding these restrictions in irish patients receiving haemodialysis for end-stage renal disease. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 20, nº3/4 (2011), p. 331 – 340.

WEST, Susan [et al.] – Goal Setting Using Telemedicine in Rural Underserved Older Adults with Diabetes: Experiences from the Informatics for Diabetes Education and Telemedicine Project. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association*. Vol. 16, nº4 (2010), p. 405 – 416.

WHITTEMORE, Robin; DIXON, Jane – Chronic illness: the process of integration. *J Clin Nurs*. Vol. 17, nº7 (2008), p. 177 – 187.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen – The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 52, nº5 (2005), p. 546 – 553.

WOLLERSHEIM, Dennis; SARI, Anny; RAHAYU, Wenny - Archetype-based electronic health records: a literature review and evaluation of their applicability to health data interoperability and access. *Health Information Management Journal*. Vol. 38, nº2 (2009), p. 7 – 17.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO, 2003. Disponível em [www.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf).

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS POR TIPO DE ESTUDO

Caracterização dos estudos incluídos por tipo de estudo

Estudos incluídos por tipo de estudo					Nº de artigos	
Quantitativo	Não Experimental	Descritivo	Simples	Transversal	1	
				Longitudinal	Retrospectivo	1
			Prospetivo		1	
			Análítico	Longitudinal Prospetivo	1	
			Correlacionais	Longitudinal Prospetivo	3	
	Experimental	Experimental	Duplo Cego	Longitudinal Prospetivo	16	
			Cego	Longitudinal Prospetivo	12	
			Aberto	Longitudinal	Prospetivo	12
		Retrospectivo		1		
		Quase - experimental	Transversal	1		
			Longitudinal Prospetivo	13		
	Survey Research (Inquérito)		1			
	SUB TOTAL					64
	Qualitativo	Exploratório	Transversal	2		
			Longitudinal Prospetivo	2		
Descritivo Simples		3				
Etnográfico		1				
Fenomenológico		3				
Ground Theory		1				
Investigação - Ação		1				
SUB TOTAL					13	
Revisões	Revisão Sistemática da Literatura				4	
	Revisão Integrativa da Literatura				3	
	Revisão da Literatura				1	
SUB TOTAL					8	
Estudo misto					1	
Guideline					1	
TOTAL					86	

ANEXOS

ANEXO 1 - FRASE *BOOLEANA*

(((MM "nurs*") OR (TI "nurs*") OR (AB "nurs*") OR (MH "nurs*") OR (SU "nurs*")) AND ((TI "self-management") OR (AB "self-management") OR (SU "self-management") OR (MH "Self-Care: Non-Parenteral Medication ") OR (AB "Self-Care: Non-Parenteral Medication ") OR (TI "Self-Care: Non-Parenteral Medication ") OR (SU "Self-Care: Non-Parenteral Medication ") OR (MH "Self-Care: Parenteral Medication") OR (TI "Self-Care: Parenteral Medication") OR (AB "Self-Care: Parenteral Medication") OR (SU "Self-Care: Parenteral Medication") OR (MH "Blood Glucose Self-Monitoring") OR (TI "Blood Glucose Self-Monitoring") OR (AB "Blood Glucose Self-Monitoring") OR (SU "Blood Glucose Self-Monitoring") OR (MH "Self Administration") OR (TI "Self Administration") OR (AB "Self Administration") OR (SU "Self Administration") OR (MH "Teaching: Prescribed Medication") OR (TI "Teaching: Prescribed Medication") OR (AB "Teaching: Prescribed Medication") OR (SU "Teaching: Prescribed Medication") OR (MH "Patient Controlled Analgesia Assistance") OR (TI "Patient Controlled Analgesia Assistance") OR (AB "Patient Controlled Analgesia Assistance") OR (SU "Patient Controlled Analgesia Assistance") OR (MH "Teaching: Prescribed Activity-Exercise") OR (TI "Teaching: Prescribed Activity-Exercise") OR (AB "Teaching: Prescribed Activity-Exercise") OR (SU "Teaching: Prescribed Activity-Exercise") OR (MH "Teaching: Prescribed Diet") OR (TI "Teaching: Prescribed Diet") OR (AB "Teaching: Prescribed Diet") OR (SU "Teaching: Prescribed Diet") OR (MH "Teaching: Psychomotor Skill ") OR (TI "Teaching: Psychomotor Skill ") OR (AB "Teaching: Psychomotor Skill ") OR (SU "Teaching: Psychomotor Skill ") OR (MH "Teaching: Procedure-Treatment ") OR (TI "Teaching: Procedure-Treatment ") OR (AB "Teaching: Procedure-Treatment ") OR (SU "Teaching: Procedure-Treatment ") OR (MH "Teaching: Disease Process ") OR (TI "Teaching: Disease Process ") OR (AB "Teaching: Disease Process ") OR (SU "Teaching: Disease Process ") OR (MH "Restricted Diet") OR (TI "Restricted Diet") OR (AB "Restricted Diet") OR (SU "Restricted Diet") OR (MH "Drug Delivery Systems") OR (TI "Drug Delivery Systems") OR (AB "Drug Delivery Systems") OR (SU "Drug Delivery Systems") OR (MH "Adherence Behavior ") OR (TI "Adherence Behavior ") OR (AB "Adherence Behavior ") OR (SU "Adherence Behavior ") OR (MH "Medication Compliance") OR (TI "Medication Compliance") OR (AB "Medication Compliance") OR (SU "Medication Compliance") OR (MH "Health Beliefs") OR (TI "Health Beliefs") OR (AB "Health Beliefs") OR (SU "Health Beliefs") OR (MH "Noncompliance ") OR (TI "Noncompliance ") OR (AB "Noncompliance ") OR (SU "Noncompliance ") OR (MH "Effective Management of Therapeutic Regimen ") OR (TI "Effective Management of Therapeutic Regimen ") OR (AB "Effective Management of Therapeutic Regimen ") OR (SU "Effective Management of Therapeutic Regimen ") OR (MH "Patient Compliance") OR (TI "Patient Compliance") OR

(AB "Patient Compliance") OR (SU "Patient Compliance") OR (MH "Compliance Behavior ") OR (TI "Compliance Behavior ") OR (AB "Compliance Behavior ") OR (SU "Compliance Behavior ") OR (MH "Symptom Control Behavior ") OR (TI "Symptom Control Behavior ") OR (AB "Symptom Control Behavior ") OR (SU "Symptom Control Behavior ") OR (MH "Participation: Health Care Decisions ") OR (TI "Participation: Health Care Decisions ") OR (AB "Participation: Health Care Decisions ") OR (SU "Participation: Health Care Decisions ") OR (MH "Treatment Behavior: Illness or Injury") OR (TI "Treatment Behavior: Illness or Injury") OR (AB "Treatment Behavior: Illness or Injury") OR (SU "Treatment Behavior: Illness or Injury") OR (MH "Pain Control Behavior") OR (TI "Pain Control Behavior") OR (AB "Pain Control Behavior") OR (SU "Pain Control Behavior") OR (MH "Health Knowledge and Behavior ") OR (TI "Health Knowledge and Behavior ") OR (AB "Health Knowledge and Behavior ") OR (SU "Health Knowledge and Behavior ") OR (MH "Adherence") OR (TI "Adherence") OR (AB "Adherence") OR (SU "Adherence") OR (MH "Health Knowledge, Attitudes, Practice") OR (TI "Health Knowledge, Attitudes, Practice") OR (AB "Health Knowledge, Attitudes, Practice") OR (SU "Health Knowledge, Attitudes, Practice") OR (MH "Patient Participation") OR (TI "Patient Participation") OR (AB "Patient Participation") OR (SU "Patient Participation"))) NOT TI "nursing home*" NOT AB "nursing home*" NOT SU "nursing home*" NOT (TI "guideline adherence") NOT (AB "guideline adherence") NOT (SU "guideline adherence") NOT (TI "practice guidelines") NOT (AB "practice guidelines") NOT (SU "practice guidelines") NOT (TI "professional compliance") NOT (AB "professional compliance") NOT (SU "professional compliance") NOT (TI "handwashing") NOT (AB "handwashing") NOT (SU "handwashing") NOT (TI "nursing staff") NOT (AB "nursing staff") NOT (SU "nursing staff") NOT (TI "students, nursing") NOT (AB "students, nursing") NOT (SU "students, nursing") NOT (TI "midwif**") NOT (AB "midwif**") NOT (SU "midwif**") NOT (TI "breast feeding") NOT (AB "breast feeding") NOT (SU "breast feeding") NOT (TI "breastfeeding") NOT (AB "breastfeeding") NOT (SU "breastfeeding") NOT (TX "mass screening")

ANEXO 2 – LISTA DE ARTIGOS EXCLUÍDOS DO *CORPUS* DE ANÁLISE

	Identificação dos estudos excluídos (Título, Primeiro autor e ano)	Título	Resumo	Leitura Integral	Motivo de Exclusão
E1	Vital signs: prevalence, treatment, and control of high levels of low-density lipoprotein cholesterol--United States, 1999-2002 and 2005-200 - MMWR. Morbidity And Mortality Weekly Report - 2011		x		Não direcionado à componente do regime dietético
E2	Working with CALD groups: testing the feasibility of an intervention to improve medication self-management in people with kidney disease, diabetes, and cardiovascular disease. - Williams, A. - 2012		x		Outra componente: regime medicamentoso
E3	Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus. - Vermeire, E. - 2008		x		Critérios de exclusão: recomendações de dieta.
E4	Patient training in cancer pain management using integrated print and video materials: a multisite randomized controlled trial. - Syrjala, K. L. - 2008	x			Outro foco: Dor
E5	Policy maker and provider knowledge and attitudes regarding the provision of emergency contraceptive pills within Lao PDR. - Sychareun, Vanphanom - 2010	x			Outra componente: regime medicamentoso
E6	Challenges faced by elderly guardians in sustaining the adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected children in Zimbabwe. - Skovdal, M. - 2011	x			Centralidade no profissional
E7	Effects of a nurse-managed program on hepatitis A and B vaccine completion among homeless adults. - Nyamathi, A. - 2009		X		Outro foco: Vacinação
E8	Multidisciplinary patient education in groups increases knowledge on osteoporosis: a randomized controlled trial. - Nielsen, D. - 2008		x		Outro foco: Dor
E9	Stepped treatment of older adults on laxatives. The STOOL trial. - Mihaylov, S. -		x		Outra componente: regime medicamentoso

	2008				
E10	HEART: heart exercise and remote technologies: a randomized controlled trial study protocol. - Maddison, Ralph - 2011		x		Outra componente: regime de exercício físico
E11	Perceptions of personal health risks by medical and non-medical workers in a university medical center: a survey study. - Listyowardojo, Tita Alissa - 2010		x		Não direcionado à componente do regime dietético
E12	Aeromonas hydrophila as a causative organism in peritoneal dialysis-related peritonitis: case report and review of the literature. - Liakopoulos, V. - 2011		x		Aborda um programa onde isolaram um microrganismo da água, comida, vegetais, e da terra, por ser causador de peritonites.
E13	Cost-effectiveness of an experimental caries-control regimen in a 3.4-yr randomized clinical trial among 11-12-yr-old Finnish schoolchildren - Hietasalo, P. - 2009		x		Programa de intervenção na prevenção de caries.
E14	The compliance of medical staff for the routine administration of iron in the 1st year to their children. - Haran, G. - 2011		x		Outra componente: regime medicamentoso
E15	A knowledge management tool for public health: health-evidence.ca. - Dobbins, Maureen - 2010		X		Não direcionado à componente do regime dietético
E16	Evaluation of nursing adherence to a paper-based graduated continuous intravenous regular human insulin infusion algorithm. - Dickerson, Roland N. - 2012		x		Centralidade no profissional
E17	Epinephrine autoinjector availability among children with food allergy. - DeMuth, Karen A. - 2011		x		Outra componente: regime medicamentoso
E18	Effect of 2-y n-3 long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation on cognitive function in older people: a randomized, double-blind, controlled trial. -		x		Outra componente: regime medicamentoso

	Dangour, A. D. - 2010				
E19	Effect of pharmacist-led patient education on adherence to tuberculosis treatment. - Clark, P. M. - 2007		x		Outra componente: regime medicamentoso
E20	A novel, 12-week, nurse-led motivation and education programme has no effect on serum phosphate levels in haemodialysis patients. - Chow, Josephine - 2012		x		Outra componente: regime medicamentoso
E21	A systematic review of motivational interviewing within musculoskeletal health. - Chilton, Roy - 2012		x		Outra componente: regime de exercício físico
E22	A Needs Assessment of Clients With HIV in a Home-Based Care Program in Guyana. - Boryc, K. - 2010		x		Centralidade na doença
E23	A review of interventions used to improve adherence to medication in older people. - Banning, M. - 2009		x		Outra componente: regime medicamentoso
E24	Perceptions of patient participation amongst elderly patients with end-stage renal disease in a dialysis unit. - Aasen, Elin M. - 2012		x		Outra componente: regime de tratamento
E25	Dietary interventions for fecal occult blood test screening: Systematic review of the literature. - Konrad, G. - 2010		x		Alimentação parentérica
E26	Drawing blood from young children: lessons learned from a trial in Ghana. - Newton, S -2009		x		Outra componente: regime medicamentoso
E27	Development and effectiveness of a school programme on improving body image among elementary school students in Taiwan. - Yeh, Mei-Chiang - 2012			x	Outro foco: satisfação corporal, autoimagem, autoestima.
E28	A randomized clinical trial of falls and malnutrition prevention in community dwelling elders aged 85 years old. Ferrer, A. [et al.] – 2010			x	Outro foco: Quedas

E29	Supporting health behaviour change in chronic obstructive pulmonary disease with telephone health-mentoring: insights from a qualitative study. - Walters, Julia [et al.] - 2012			x	Outro foco: Auto monitorização da doença
E30	An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. Vidán, M. T. [et al.] - 2009			x	Outra componente: regime medicamentoso
E31	Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women, Group - Costs and consequences of treatment for mild gestational diabetes mellitus – evaluation from the ACHOIS randomised trial. - Moss, J. R. - 2007			x	Outra componente: regime medicamentoso
E32	Pharmacist-led group medical appointment model in type 2 diabetes. <i>The Diabetes educator</i> . - Taveira, T. H. [et al.] - 2010			x	Estudo de impacto económico
E33	Hypertension and type 2 diabetes: what family physicians can do to improve control of blood pressure--an observational study. - Putnam, Wayne [et al.] - 2011			x	Centralidade no profissional
E34	The effect of preoperative nutritional face-to-face counseling about child's fasting on parental knowledge, preoperative need-for-information, and anxiety, in pediatric ambulatory tonsillectomy. - Klemetti, S. [et al.] - 2010			x	Preparação de jejum para cirurgia
E35	Ensuring children eat a healthy diet: a theory-driven focus group study to inform communication aimed at parents. - Kahlor, L. [et al.] - 2011			x	Outros clientes (pais, prestadores de cuidados)
E36	Intensifying insulin treatment: options, practical issues, and the role of the nurse practitioner. - Kruger, Davida F. - 2012			x	Outra componente: regime medicamentoso
E37	Role of newborn nurses in newborn feeding. - Tengir, Tülay - 2011			x	Centralidade no profissional

E38	Development of a brief multidisciplinary education programme for patients with osteoarthritis. - Moe, Rikke H. - 2011			x	Não direcionado à componente do regime dietético
E39	Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal. (Spanish). - Sánchez-Jiménez, Bernarda [et al.] - 2007			x	Outro foco: preparação para o parto
E40	Lessons from an audit of psychoeducation at an older adolescent inpatient unit. - Swadi, Harith [et al.] - 2010			x	Outro foco: Depressão
E41	Neonatal intensive care unit discharge preparedness: primary care implications. - Smith, Vincent C. [et al.] - 2012			x	Outros clientes (pais, prestadores de cuidados)
E42	An exploration of knowledge, attitudes and advice given by health professionals to parents in Ireland about the introduction of solid foods. A pilot study. - Allcutt, Claire; Sweeney, Mary-Rose - 2010			x	Centralidade no profissional
E43	An intervention to promote physical activity and self-management in people with stable chronic heart failure The Home-Heart-Walk study: study protocol for a randomized controlled trial. - Du, H. Y. [et al.] - 2011			x	Outra componente: regime exercício físico
E44	Supporting health behaviour change in chronic obstructive pulmonary disease with telephone health-mentoring: insights from a qualitative study. - Cameron-Tucker [et al.] - 2012			x	Outro foco: Autocontrolo da doença
E45	Accuracy of home enteral feed preparation for children with inherited metabolic disorders. - Evans, S. [et al.] - 2011			x	Não direcionado à componente do regime dietético [Preparação de alimentação entérica]

E46	Developing community health worker diabetes training. - Ferguson, W. J. [et al.] – 2012			x	Centralidade no profissional
E47	Brief intervention in type 1 diabetes - Education for self-efficacy (BITES): Protocol for a randomised control trial to assess biophysical and psychological effectiveness. - George, J. T. [et al.] - 2007			x	Outra componente: regime medicamentoso
E48	Cancer prevention and health promotion for people with intellectual disabilities: an exploratory study of staff knowledge. - Hanna, L. M. [et al.] - 2011			x	Não direcionado à componente do regime dietético
E49	Partnership-based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families: influences on health-related quality of life and hospital admissions. - Ingadottir, T. S.; Jonsdottir, H. - 2010			x	Outro foco: Autocontrolo da doença
E50	Latina Mothers' Beliefs and Practices Related to Weight Status, Feeding, and the Development of Child Overweight. - Lindsay, Ana C. [et al.] - 2011			x	Outros clientes (pais, prestadores de cuidados)
E51	A systematic review of interventions by healthcare professionals on community-dwelling postmenopausal women with osteoporosis. - Lai, P. [et al.] - 2010			x	Outra componente: regime medicamentoso
E52	Photovoice and its potential use in nutrition and dietetic research. - Martin, Noelle [et al.] - 2010			x	Não direcionado à componente do regime dietético
E53	An integrative literature review of lifestyle interventions for the prevention of type II diabetes mellitus. - Suzanne G Madden [et al.] - 2008			x	Não direcionado à componente do regime dietético

E54	Multidisciplinary recording and continuity of care for stroke patients with eating difficulties. - Carlsson, E. [et al.] - 2010			x	Autocuidado alimentar-se comprometido por limitação física
E55	Reduction of chemotherapy- induced anorexia, nausea, and emesis through a structured nursing intervention: a cluster-randomized multicenter trial. - Jahn, P. [et al.] - 2009			x	Não direcionado à componente do regime dietético
E56	The role of responsive feeding in overweight during infancy and toddlerhood: a systematic review. - DiSantis, K. I. [et al.] - 2011			x	Outros clientes (pais, prestadores de cuidados)

ANEXO 3 – TABELAS DE EXTRAÇÃO DE DADOS

Tabela de análise de conteúdo – Dados do Domínio do Autocuidado Gerir o Regime Dietético

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Unidades de registo

Tabela de análise de conteúdo – Focos do domínio do Autocuidado Gerir o Regime Dietético – Dimensões e Juízos

Categoria Foco	Subcategoria Foco	Categoria Juízo	Unidades de registo

Tabela de análise de conteúdo – Intervenções de enfermagem com integridade referencial para os enunciados dos Diagnósticos do domínio do Autocuidado – Gerir o Regime Dietético

Categoria Ação	Subcategoria da Ação	Categoria Alvo	Categoria Beneficiário	Categoria Meio	Unidades de registo

ANEXO 4 – LISTA DE ARTIGOS INCLUÍDOS

	Identificação dos estudos incluídos pela ordem de análise	Tipo de Estudo
E1	Pascucci, M. A. [et al.] - <u>Situational challenges that impact health adherence in vulnerable populations</u> . <i>Journal of Cultural Diversity</i> . Vol. 17. n.º 1 (2010). p. 4-12.	Qualitativo Descritivo Simples
E2	Tripp, Sandy Blizzard [et al.] - <u>Providers as Weight Coaches: Using Practice Guides and Motivational Interview to Treat Obesity in the Pediatric</u> <i>Journal of Pediatric Nursing</i> . Vol. 26. n.º 5 (2011). p. 474-479.	Quase-Experimental - Longitudinal Prospetivo
E3	Wong, F. K.; Chow, S. K.; Chan, T. M. - <u>Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: a randomized controlled trial</u> . <i>International Journal of Nursing Studies</i> . Vol. 47. n.º 3 (2010). p. 268-278.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo - Aberto
E4	Ryan, Polly [et al.] - <u>Testing the Integrated Theory of Health Behaviour Change for postpartum weight management</u> . <i>Journal of Advanced Nursing</i> . Vol. 67. n.º 9 (2011). p. 2047-2059.	Quantitativo Correlacional - Longitudinal Prospetivo
E5	Wood, D. A. [et al.] - <u>Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial</u> . <i>Lancet</i> . Vol. 371. n.º 9629 (2008). p. 1999-2012.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Duplo Cego
E6	Thompson, David R. [et al.] - <u>Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health?</u> <i>Journal of Clinical Nursing</i> . Vol. 20. n.º 9/10 (2011). p. 1236-1244.	Revisão Sistemática da Literatura
E7	Xue, F.; Yao, W.; Lewin, R. J. - <u>A randomised trial of a 5 week, manual based, self-management programme for hypertension delivered in a cardiac patient club in Shanghai</u> . <i>BMC cardiovascular disorders</i> . Vol. 8. (2008). p. 1-11.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Duplo Cego
E8	Vaccaro, Joan A. [et al.] - <u>Medical advice and diabetes self-management reported by Mexican-American, Black-</u>	Quantitativo Correlacional – Longitudinal Prospetivo

	<u>and White-non-Hispanic adults across the United States. BMC Public Health. Vol. 12. (2012). p. 185-185.</u>	
E9	Centre for, Reviews; Dissemination - <u>Nurse-led clinics as an effective service for cardiac patients: results from a systematic review (Provisional abstract). 2011.</u>	Revisão Sistemática da Literatura
E10	West, S. P. [et al.] - <u>Goal setting using telemedicine in rural underserved older adults with diabetes: experiences from the informatics for diabetes education and telemedicine project. Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association. Vol. 16. n.º 4 (2010). p. 405-416.</u>	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Duplo Cego
E11	Walsh, E.; Lehane, E. - <u>An exploration of the relationship between adherence with dietary sodium restrictions and health beliefs regarding these restrictions in irish patients receiving haemodialysis for end-stage renal disease. Journal of Clinical Nursing. Vol. 20. n.º 3/4 (2011). p. 331-340.</u>	Quantitativo Descritivo Simples - Transversal
E12	Voils, C. I. [et al.] - <u>Study protocol: Couples Partnering for Lipid Enhancing Strategies (CouPLES) – a randomized, controlled trial. Trials. Vol. 10. (2009). p. 10-10.</u>	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo - Cego
E13	Radhakrishnan, Kavita - <u>The efficacy of tailored interventions for self-management outcomes of type 2 diabetes, hypertension or heart disease: a systematic review. Journal of Advanced Nursing. Vol. 68. n.º 3 (2012). p. 496-510.</u>	Revisão Sistemática da Literatura
E14	Vermunt, Paulina W. A. [et al.] - <u>Implementation of a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention in Dutch primary care: opportunities for intervention delivery. BMC Family Practice. Vol. 13. (2012). p. 79-79.</u>	Quase – Experimental – Longitudinal Prospetivo
E15	Tudiver, F. [et al.] – <u>Primary care providers' perceptions of home diabetes telemedicine care in the IDEATel project. The Journal of rural health :official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association. Vol. 23.n.º 1 (2007). p. 55-61.</u>	Estudo Misto – Quantitativo – Qualitativo
E16	Tobias, Deirdre K. [et al.] - <u>Prepregnancy adherence to dietary patterns and lower risk of gestational diabetes mellitus. The American Journal Of Clinical Nutrition. Vol. 96. n.º 2 (2012). p. 289-295.</u>	Quantitativo – Descritivo Simples Longitudinal Prospetivo

E17	Sol, B. G. [et al.] - <u>The role of self-efficacy in Vascular risk factor management: a randomized controlled trial. Patient education and counseling</u> . Vol. 71. n.º 2 (2008). p. 191-197.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Aberto
E18	Song, M. S.; Kim, H. S. - <u>Intensive management program to improve glycosylated hemoglobin levels and adherence to diet in patients with type 2 diabetes</u> . <i>Applied nursing research: ANR</i> . Vol. 22. n.º 1 (2009). p. 42-47.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Cego
E19	Spivack, Jordan G. [et al.] - <u>Primary care providers' knowledge, practices, and perceived barriers to the treatment and prevention of childhood obesity</u> . <i>Obesity (Silver Spring, Md.)</i> . Vol. 18. n.º 7 (2010). p. 1341-1347.	Quantitativo Descritivo Simples – Longitudinal Retrospectivo
E20	Sit, J. W. [et al.] - <u>A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke</u> . <i>Journal of clinical nursing</i> . Vol. 16. n.º 2 (2007). p. 272- 281.	Quase-experimental – Longitudinal Prospetivo
E21	Shahar, D. R.; [et al.] - <u>A controlled intervention study of changing health-providers' attitudes toward personal lifestyle habits and health promotion skills</u> . <i>Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)</i> . Vol. 25. n.º 5 (2009). p. 532-539.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Aberto
E22	Owen, Claire; Woodward, Sue - <u>Effectiveness of Dose Adjustment for Normal Eating (DAFNE)</u> . <i>British Journal of Nursing</i> . Vol. 21. n.º 4 (2012). p. 224-232.	Revisão da Literatura
E23	Rubia, A. [et al.] - <u>Analysis of action plans and coping plans for reducing salt consumption among women with hypertension</u> . <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)</i> . Vol. 20. n.º 3 (2012). p. 486-494.	Quase – Experimental – Transversal
E24	Moore, J. B. [et al.] - <u>Childhood obesity study: a Pilot study of the effect of the nutrition education program Color My Pyramid</u> . <i>The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses</i> . Vol. 25. n.º 3 (2009). p. 230-239.	Quase – Experimental – Longitudinal Prospetivo
E25	Urowitz, Sara [et al.] - <u>Improving diabetes management with a patient portal: a qualitative study of diabetes self-management portal</u> . <i>Journal of Medical Internet Research</i> . Vol. 14. n.º 6 (2012).	Qualitativo Exploratório – Longitudinal Prospetivo
E26	Ko, Il Sun [et al.] - <u>Effects of Visiting Nurses' Individually Tailored Education for Low-Income Adult Diabetic Patients</u>	Quase – Experimental – Longitudinal Prospetivo

	<u>in Korea. Public Health Nursing. Vol. 28. n.º 5 (2011). p. 429-437.</u>	
E27	Kim, H. S.; Jeong, H. S. - <u>A nurse short message service by cellular phone in type-2 diabetic patients for six months. Journal of clinical nursing. Vol. 16. n.º 6 (2007). p. 1082-1087.</u>	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Aberto
E28	Kelo, Marjatta; Martikainen, Marja; Eriksson, Elina - <u>Self-care of school-age children with diabetes: an integrative review. Journal of Advanced Nursing. Vol. 67. n.º 10 (2011). p. 2096-2108.</u>	Revisão Integrativa da Literatura
E29	Kline, G. A.; Pedersen, S. D. - <u>Errors in patient perception of caloric deficit required for weight loss observations from the Diet Plate Trial. Diabetes, Obesity & Metabolism. Vol. 12. n.º 5 (2010). p. 455-457.</u>	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Retrospectivo – Aberto
E30	Kamiya, Chizuru [et al.] - <u>Cues for nursing diagnosis of ineffective self-management of fluid and dietary restrictions in dialysis therapy in Japan. International Journal of Nursing Knowledge. Vol. 23. n.º 1 (2012). p. 45-59.</u>	Qualitativo Fenomenológico
E31	Koelewijn-van Loon, M. [et al.] - <u>Involving patients in cardiovascular risk management with nurse-led clinics: a cluster randomized controlled trial. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. Vol. 181. n.º 12 (2009). p. 267-274.</u>	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Duplo Cego
E32	Koelewijn-van Loon, M. S. [et al.] - <u>Improving patient adherence to lifestyle advice (IMPALA): a cluster-randomised controlled trial on the implementation of a nurse-led intervention for cardiovascular risk management in primary care (protocol). BMC health services research. Vol. 8. (2008). p. 9-9.</u>	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo - Duplo Cego
E33	Moriyama, M. [et al.] - <u>Efficacy of a self-management education program for people with type 2 diabetes: results of a 12 month trial. Japan journal of nursing science: JJNS. Vol. 6. n.º 1 (2009). p. 51-63.</u>	Estudo Controlado Randomizado – Duplo Cego
E34	Jones, E. G.; Renger, R.; Kang, Y. - <u>Self-efficacy for health-related behaviors among deaf adults. Research in nursing & health. Vol. 30. n.º 2 (2007). p. 185-192.</u>	Quase-Experimental – Longitudinal Prospetivo
E35	Koelewijn-van Loon, M. S. [et al.] - <u>Improving lifestyle and risk perception through patient involvement in nurse-led cardiovascular risk management: a cluster-randomized controlled trial in primary care. Preventive medicine. Vol. 50. n.º 1-2</u>	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Duplo Cego

	(2010). p. 35-44.	
E36	Ae Kyung, Chang; Fritschi, Cynthia; Mi Ja, Kim - <u>Nurse-led empowerment strategies for hypertensive patients with metabolic syndrome</u> . <i>Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession</i> . Vol. 42. n.º 1 (2012). p. 118-128.	Quase-Experimental – Longitudinal Prospetivo
E37	Monay, V. [et al.] - <u>Services Delivered by Faith-Community Nurses to Individuals With Elevated Blood Pressure</u> . <i>Public Health Nursing</i> . Vol. 27. n.º 6 (2010). p. 537-543.	Survey Research (Inquérito)
E38	Lakerveld, J. [et al.] – <u>Primary prevention of diabetes mellitus type 2 and cardiovascular diseases using a cognitive Behavior program aimed at lifestyle changes in people at risk: design of a randomized controlled trial</u> . <i>BMC Endocrine Disorders</i> . Vol. 8. (2008). p. 1 – 11.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Duplo Cego
E39	Leemrijse, Chantal J. [et al.] - <u>The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomised trial</u> . <i>BMC Cardiovascular Disorders</i> . Vol. 12. (2012). p. 47-47.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Cego
E40	Mangunkusumo, R. T. [et al.] - <u>School-based internet-tailored fruit and vegetable education combined with brief counselling increases children's awareness of intake levels</u> . <i>Public health nutrition</i> . Vol. 10. n.º 3 (2007). p. 273-279.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Cego
E41	Tovazzi, Maria Elena; Mazzoni, Valentina - <u>Personal Paths of Fluid Restriction In Patients on Hemodialysis</u> . <i>Nephrology Nursing Journal</i> . Vol. 39. n.º 3 (2012). p. 207-216.	Qualitativo – Fenomenológico
E42	McCloskey, Joanne; Flenniken, Donna - <u>Overcoming cultural barriers to diabetes control: a qualitative study of southwestern New Mexico Hispanics</u> . <i>Journal Of Cultural Diversity</i> . Vol. 17. n.º 3 (2010). p. 110-115.	Qualitativo – Etnográfico
E43	Lundberg, Pranee C.; Thrakul, Supunnee - <u>Type 2 diabetes: how do Thai Buddhist people with diabetes practise self-management?</u> <i>Journal of Advanced Nursing</i> . Vol. 68. n.º 3 (2012). p. 550-558.	Qualitativo – Descritivo Simples
E44	Pérez-Cuevas, R. [et al.] - <u>Comprehensive diabetic and hypertensive patient care involving nurses working</u>	Quase-Experimental Longitudinal Prospetivo

	<u>in family practice [Spanish]. <i>Revista Panamericana de Salud Publica</i>. Vol. 26. n.º 6 (2009). p. 511-517.</u>	
E45	Jiang, X.; Sit, J. W.; Wong, T. K. - <u>A nurse-led cardiac rehabilitation programme improves health behaviours and cardiac physiological risk parameters: evidence from Chengdu, China.</u> <i>Journal of clinical nursing</i> . Vol. 16. n.º 10 (2007). p. 1886-1897.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Duplo Cego
E46	Jansink, Renate [et al.] - <u>Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis.</u> <i>BMC Family Practice</i> . Vol. 11. (2010). p. 11-41.	Qualitativo – Exploratório – Transversal
E47	Aguilar, María J. [et al.] - <u>A nursing educational intervention helped by One Touch UltraSmart improves monitoring and glycated haemoglobin levels in type I diabetic children.</u> <i>Journal Of Clinical Nursing</i> . Vol. 21. n.º 7-8 (2012). p. 1024-1032.	Quantitativo – Analítico – Longitudinal Prospetivo
E48	Anderson, D. [et al.] - <u>Managing the space between visits: telephonic disease management for underserved patients with diabetes [abstract].</u> <i>Journal of General Internal Medicine</i> . Vol. 25. (2010). p. S327-s328.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Duplo Cego
E49	Baraz, S. [et al.] - <u>203Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having haemodialysis.</u> <i>Journal of Advanced Nursing</i> . Vol. 66. n.º 1 (2010). p. 60-68.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Cego
E50	Başkale, Hatice; Başer, Günsel - <u>Living with haemodialysis: The experience of adolescents in Turkey.</u> <i>International Journal of Nursing Practice</i> . Vol. 17. n.º 4 (2011). p. 419-427.	Qualitativo – Descritivo Simples
E51	Beverly, E. A. [et al.] - <u>Perceived challenges and priorities in co-morbidity management of older patients with Type 2 diabetes.</u> <i>Diabetic Medicine: A Journal Of The British Diabetic Association</i> . Vol. 28. n.º 7 (2011). p. 781-784.	Qualitativo – exploratório Transversal
E52	Bogossian, Elisa Gouvêa [et al.] - <u>Customers' satisfaction in two different models of care in a primary health unit [Portuguese].</u> <i>Revista de Atenção Primária à Saúde</i> . Vol. 14. n.º 3 (2011). p. 266-275.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Duplo Cego
E53	Bosworth, H. B. [et al.] <u>Take Control of Your Blood Pressure (TCYB) study: a multifactorial tailored behavioral and Educational intervention for achieving blood pressure control.</u> <i>Patient education and counseling</i> . Vol. 70. n.º 3 (2008). p. 338-347.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Duplo Cego

E54	Bosworth, H. B. [et al.] - <u>Two self-management interventions to improve hypertension control: a randomized trial.</u> <i>Annals of Internal Medicine</i> . Vol. 151. n.º 10 (2009). p. 687-695.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Duplo Cego
E55	Brown, S. A. [et al.] - <u>Integrating education, group support, and case management for diabetic Hispanics.</u> <i>Ethnicity & disease</i> . Vol. 21. n.º 1 (2011). p. 20-26.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Duplo Cego
E56	Cardol, M. [et al.] – <u>Attitudes and dilemmas of caregivers supporting people with intellectual disabilities who have diabetes.</u> <i>Patient Education & Counseling</i> . Vol. 87. n.º 3 (2012). p. 383-388.	Qualitativo Exploratório – Longitudinal Prospetivo
E57	Chiu, C. W.; Wong, F. K. Y. - <u>Effects of 8 weeks sustained follow-up after a nurse consultation on hypertension: A randomised trial.</u> <i>International Journal of Nursing Studies</i> . Vol. 47. n.º 11 (2010). p. 1374-1382.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Duplo Cego
E58	Chiuve, Stephanie E. [et al.] - <u>Alternative dietary indices both strongly predict risk of chronic disease.</u> <i>The Journal Of Nutrition</i> . Vol. 142. n.º 6 (2012). p. 1009-1018.	Quantitativo – Correlacional – Longitudinal Prospetivo
E59	Costa e Silva, R. [et al.] - <u>Transdisciplinary approach to the follow-up of patients after myocardial infarction.</u> <i>Clinics (São Paulo, Brazil)</i> . Vol. 63. n.º 4 (2008). p. 489-496.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Aberto
E60	Cramer, J. S. [et al.] - <u>An adaptation of the diabetes prevention program for use with high-risk, minority patients with type 2 diabetes.</u> <i>The Diabetes educator</i> . Vol. 33. n.º 3 (2007). p. 503-508.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Aberto
E61	Davis, R. M. [et al.] - <u>TeleHealth Improves Diabetes Self-Management in an Underserved Community: Diabetes TeleCare.</u> <i>Diabetes Care</i> . Vol. 33. n.º 8 (2010). p. 1712-1717.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Aberto
E62	DEBUSSCHE, Xavier [et al.] – <u>Structured self-management education maintained over two years in insufficiently controlled type 2 diabetes patients: the ERMIES randomised trial in Reunion Island.</u> <i>Cardiovascular Diabetology</i> . Vol. 11, nº91 (2012), p. 1 – 11.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Aberto
E63	Drevenhorn, E. [et al.] - <u>Counselling on lifestyle factors in hypertension Care after training on the stages of change model.</u> <i>European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology</i> . Vol. 6. n.º 1 (2007). p. 46-53.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Duplo Cego

E64	Driehuis, F. [et al.] - <u>Maintenance of lifestyle changes: 3-Year results of the Groningen Overweight and Lifestyle study.</u> <i>Patient Education & Counseling</i> . Vol. 88. n.º 2 (2012). p. 249-255.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Aberto
E65	Gonzalez, J. S. [et al.] – <u>Cognitive-behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in type 2 diabetes.</u> <i>Journal of Cognitive Psychotherapy</i> . Vol. 24. n.º 4 (2010). p. 329-343.	Quase – Experimental – Longitudinal Prospetivo
E66	Halfoun, V. [et al.] – <u>Adherence to hypertension treatment in a primary health care unit.</u> <i>Revista de Atenção Primária à Saúde</i> . Vol. 15. n.º 1 (2012). p. 14-20.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Cego
E67	Hee-Sung, K. - <u>Impact of Web-based nurse's education on glycosylated haemoglobin in type 2 diabetic patients.</u> <i>Journal of clinical nursing</i> . Vol. 16. n.º 7 (2007). p. 1361-1366.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Cego
E68	Hoogeboom, Thomas J. [et al.] - <u>Non-pharmacological care for patients with generalized osteoarthritis: design of a randomized clinical trial.</u> <i>BMC Musculoskeletal Disorders</i> . Vol. 11. (2010). p. 142-142.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Cego
E69	Hsueh, H. F. [et al.] - <u>Does a self-management program change dietary intake in adults with irritable bowel syndrome?</u> <i>Gastroenterology nursing : the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates</i> . Vol. 34. n.º 2 (2011). p. 108-116.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Aberto
E70	Hua, T. D. [et al.] - <u>Practice nursed-based, individual and video-assisted patient education in oral anticoagulation —protocol of a cluster-randomized controlled trial.</u> <i>BMC family practice</i> . Vol. 12. (2011). p. 12-16.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Aberto
E71	Idier, Laëtitia [et al.] - <u>Assessment and effects of Therapeutic Patient Education for patients in hemodialysis: A systematic review.</u> <i>International Journal of Nursing Studies</i> . Vol. 48. n.º 12 (2011). p. 1570-1586.	Revisão Sistemática da Literatura
E72	Imai, S. [et al.] - <u>Randomized controlled trial of two forms of self-management group education in Japanese people with impaired glucose tolerance.</u> <i>Journal of Clinical Biochemistry and Nutrition</i> . Vol. 43. n.º 2 (2008). p. 82-87.	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Cego
E73	Kauric-Klein, Zorica - <u>Improving blood pressure control in end stage renal disease through a supportive educative nursing intervention.</u> <i>Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association</i> . Vol	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Cego

	39. n.º 3 (2012). p. 217-228.	
E74	Madden, S.; Loeb, S.; Smith. C. - <u>An integrative literature review of lifestyle interventions for the prevention of type II diabetes mellitus (Structured abstract). Centre for, R. and Dissemination. Vol. 17. (2008) p. 2243-2256.</u>	Revisão Integrativa da Literatura
E75	Lindenmeyer, A. [et al.] - <u>Patient engagement with a diabetes self-management intervention. Chronic illness. Vol. 6. n.º 4 (2010). p. 306-316.</u>	Qualitativo – Grounded Theory
E76	Lorentzen, Vibeke [et al.] - <u>Severely overweight children and dietary changes - a family perspective. Journal of Advanced Nursing. Vol. 68. n.º 4 (2012). p. 878-887.</u>	Qualitativo – Fenomenológico
E77	Guo, Jia; Whittemore, Robin; He, Guo-Ping - <u>The relationship between diabetes self-management and metabolic control in youth with type 1 diabetes: an integrative review. Journal of Advanced Nursing. Vol. 67. n.º 11 (2011). p. 2294-2310.</u>	Revisão Integrativa da Literatura
E78	Schaevers, V. [et al.] - <u>Implementing a standardized, evidence-based education program using the patient's electronic file for lung transplant recipients. Progress in Transplantation. Vol. 22. n.º 3 (2012). p. 264-270.</u>	Quase – Experimental – Longitudinal Prospetivo
E79	Holloway, Barbara [et al.] - <u>Lifestyle and Behavior. Telehealth in Rural Montana: Promoting Realistic Independent Self-Management of Diabetes. Diabetes Spectrum. Vol. 24. n.º (2011). p. 50-54.</u>	Quase – Experimental – Longitudinal Prospetivo
E80	Darga, L. L. [et al.] - <u>Quality of life as a predictor of weight loss in obese, early-stage breast cancer survivors. Oncology nursing forum. Vol. 34. n.º 1 (2007). p. 86-92.</u>	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Aberto
E81	Babazono, A. [et al.] - <u>Patient-motivated prevention of lifestyle-related disease in Japan: A randomized, controlled clinical trial. Disease Management and Health Outcomes. Vol. 15. n.º 2 (2007). p. 119-126.</u>	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Cego
E82	Çinar, F. I. [et al.] - <u>The effectiveness of nurse-led telephone follow-up in patients with type 2 diabetes mellitus. Turkish Journal of Endocrinology & Metabolism. Vol. 14. n.º 1 (2010). p. 1-5.</u>	Quase – Experimental – Longitudinal Prospetivo
E83	Jolly, K. [et al.] - <u>The Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation Study (BRUM). Home-based compared with hospital-based cardiac rehabilitation in a multi-ethnic population: cost-effectiveness and patient adherence.</u>	Estudo Controlado Randomizado – Longitudinal Prospetivo – Cego

	<i>Health Technology Assessment</i> . Vol. 11. n.º 35 (2007). p. i93.	
E84	Cueto-Manzano, A. M.; Martínez-Ramírez, H. R.; Cortés-Sanabria, L. - <u>Management of chronic kidney disease: primary health-care setting, self-care and multidisciplinary approach</u> . <i>Clinical Nephrology</i> . Vol. 74 Suppl 1. (2010). p. 99-104.	Quase – Experimental – Longitudinal Prospetivo
E85	Cormier, Tina [et al.] - <u>Physiologic and psychosocial approaches to global management of the hemodialysis patient in the Southern Alberta Renal Program</u> . <i>CANNT Journal = Journal ACITN</i> . Vol. 22. n.º 2 (2012). p. 36-41.	Qualitativo - Investigação – Ação
E86	Perk, J. [et al.] - <u>European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts)</u> . <i>European Heart Journal</i> . Vol. 33. n.º 13 (2012). p. 1635-1701.	Guideline

**ANEXO 5 – TABELA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO REFERENTE AOS DADOS RELEVANTES
PARA A NOMEAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

Tabela de análise de conteúdo – Dados do Domínio do Autocuidado - Gerir o Regime Dietético

Categoria Dados	Subcategoria Dados	Unidades de registo
<p>Consciencialização [10003083]</p>	<p>Consciencialização [10003083] sobre regime dietético [10005951]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) behavioural change theory and recent evidence that healthy behavioural change is more likely when children are <u>aware of their inadequate intake levels</u> (...) (E40 p274). - <u>Awareness of inadequate vegetable intake</u> (...) (E40 p277). - Among the patients is also the <u>awareness that they need to reduce their intake of fluids to maintain their own health, but this awareness fails to become a practical action</u> (E41 p210). - The experience of <u>awareness of needing to restrict fluid intake, accompanied by a stronger awareness of the desire to satisfy one’s own thirst, transforms the experience of the relationship with drinking into one of substance addiction</u> (E41 p210). - (...) recognized that <u>salty food is not good for them</u> (E11 p337). - If patients are acquainted with the <u>consequences of violating dietary and fluid restrictions</u> (...) they are likely to be more worried about their health (E49 p61). - (...) However, they also pointed out that they were already aware of some of the advice about healthy eating (...) before their cardiac event <u>but most did not think it applied to them</u> (E83 p67). - Aware of this difficulty, <u>they did their best not to eat too much as caution and moderation in their food consumption was important for their health</u> (...) (E43 p552). - The lack of adequate awareness is often connected with the deficiency of information and

		<p>feedback given by the health workers. Some patients have a desire to understand if their behavior regarding management of fluids is adequate for their state of health and their condition (E41 p212).</p> <p>- (...) <u>Some patients refuse to see a dietician</u> because they think that they already know everything there is to know about diet." (...) (E46 p4).</p> <p>- (...) <u>recognising that adhering to the diet keeps their hearts healthy and generally keeps them healthy</u> (E11 p336).</p>
<p>Atitude [10002930]</p>	<p>Força de vontade [10021109] [Motivação]</p>	<p>- Healthcare providers have realized that outcomes of long-term conditions improve if individuals feel (...) <u>motivated to self-manage</u> the complex regimens associated with long-term conditions (E13 p497).</p> <p>- (...) in that if patients do not feel any better in response to following this diet, they understandably may not be motivated to continue to follow it (...) (E11 p337).</p> <p>- (...) the patient <u>is motivated to adhere</u> (...) (E32 p3).</p> <p>- (...) fluid restriction introduces (...) the <u>role of personal motivations</u> and <u>willingness in pursuit of compliance</u> (E41 p207).</p> <p>- (...) lack of (...) motivation (...) appeared to be pseudo barriers to dietary change (E76 p884).</p> <p>- (...) the patient is motivated to adhere (...) (E32 p3).</p> <p>- (...) the difficulty in finding the right boundaries between common sense and scientific knowledge about fluid restriction, and c) the role of personal motivations and willingness in pursuit of compliance (E41 p207).</p> <p>- (...) menos motivado encontrava-se o indivíduo, para adoção do comportamento (E23 p7).</p> <p>- (...) if <u>patients do not feel any better in response to following this diet</u>, they</p>

		<p>understandably <u>may not be motivated to continue to follow it</u> (...) (E11 p337).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lack of participant motivation experienced by providers as a major barrier for intervention implementation (E14 p7). - <u>Lack of patient motivation and lack of parent motivation or involvement</u> (E19 p1345). - The patient reported a low level of motivation to change (...) (E65 p8). - (...) frequently report difficulties with patient motivation and unwillingness to change (E46 p5). - (...) distressed patient is not always able or motivated enough to change his behavior, even when he is well aware of his disease (E71 p1583). - The patients are not motivated to change behavior and do not think about or take an interest in the matter (...) diet (...) (E63 p47).
	<p>[Envolvimento] [sem código]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Healthcare providers have realized that outcomes of long-term conditions improve if individuals feel <u>involved (...) to self-manage</u> the complex regimens associated with long-term conditions (E13 p497). - (...) patients may have difficulty adhering to dietary changes when they are not involved in cooking meals or grocery shopping (E12 p2). - (...) lack of interest in health-related issues (E56 p385). - (...) “verbalization of the <u>desire to manage the treatment of illness and prevention of sequelae,</u>” (...) (E30 p53). - (...) patients may have difficulty adhering to dietary changes when they are not involved in cooking meals or grocery shopping (E12 p2). - (...) and not feeling adequately involved in their own health care decisions (E53 p343). - Treatment responses are influenced by participant engagement in dietary modifications (...) (E69

		p109).
	<p>Aceitação [10000329]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - For there to be sustainable change to their usual behaviors, people (...) agree that there is need to make a change (E2 p477). - (...) men and women agreed that dietary management is beneficial (...) (E43 p552). - (...) participants responded to recommendations about making changes to the traditional Hispanic diet with a variety of <u>responses</u> ranging from (...) <u>acceptance</u> (...) (E42 p112). - They <u>accepted their disease</u> and tried to <u>adjust their behaviour to get it under control</u> (E43 p553). - Many people with diabetes <u>accepted the need of controlling their disease</u> (...) and <u>tried to change (...) their everyday lives to control their blood sugar levels</u> (E43 p553). - They <u>accepted their disease and treatment</u>, and they tried to manage their daily lives in harmony with the Thai culture pervaded by Buddhism. This may have enhanced their acceptance and contentment, and may therefore have been beneficial to their psychological well-being (E43 p555). - (...) patients having haemodialysis have some difficulties in accepting their condition and usually disregard the need for a therapeutic diet (E49 p61). - (...) prescribing low-salt foods to restrict the sodium and water intake is often not acceptable to patients (E49 p65).
	<p>Crença de saúde [10022058]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) even in a group of motivated patients who had received prior professional dietary counselling, there may still exist <u>inaccurate perceptions</u> regarding quantitative caloric intake and change in body weight (E29 p455). - They often <u>construct their own understanding according to their beliefs and common sense</u>. Further, they use these beliefs as alibis to justify the incremental weight increases between the treatment sessions (E41 p213).

	<p>[Percepção de suscetibilidade] [sem código]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Perception of risks tends to be inaccurate and people find it difficult to interpret and act upon risk information (E32 p2).</u> - Prioritizing health conditions: patients reported prioritizing health conditions and selectively attending to the management of those conditions based on <u>perceived severity or importance (E51 p781).</u> - Eats because of the lack of symptoms is regarded as the component of speech and behavior in the health belief model because of the <u>low recognition of morbidity and seriousness (E30 p57).</u> - <u>Perception of risks tends to be inaccurate (...)</u> (E32 p3). - (...) patients may have assigned <u>lower priority to their diabetes</u> because they had not yet <u>experienced serious complications (E51 p783).</u> - If patients (...) they believe those consequences to be life-threatening, they are likely to be more worried about their health (E49 p61). - For non-adherent patients, the existence of numerous personal beliefs is accompanied by a loss of clear ideas about diet, fluid restriction, the functional mechanism of dialysis, and the consequences connected to weight increase between one session and the next (E41 p211).
	<p>[Percepção dos benefícios] [sem código]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) implying that <u>as perceived benefits</u> to following a sodium-restricted diet increased, adherence levels with dietary sodium restrictions also increased (E11 p335). - The '<u>perceived benefits</u>' ('beliefs regarding the effectiveness of the various available actions in reducing the disease threat') (...) (E11 p333). - Greater adherence levels with dietary sodium restrictions were associated with greater '<u>perceived benefits</u>' (...) (E11 p331).
	<p>[Percepção das barreiras]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) <u>beliefs in relation to following a low sodium diet significantly affected adherence levels</u> with

	[sem código]	<p>this diet. This is an important finding as delineating key beliefs, particularly key barriers, facilitates an increased understanding of non-adherence for nurses (E11 p331).</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) and '<u>perceived barriers</u>' ('the potential negative aspects of a particular health action') (E11 p333). - (...) <u>perceived barriers</u> to childhood obesity treatment and prevention (...) (E19 p1341). - (...) <u>perceived barriers</u> to treatment (...) (E19 p1341). - (...) <u>barreiras percebidas</u> (...) (E23 p1). - Greater adherence levels with dietary sodium restrictions were associated with (...) fewer 'perceived barriers.' (E11 p331). - Important barriers of diabetes self-management have been found to be (...) continued disease progression despite adherence (E43 p556).
	Autoeficácia [10024911]	<ul style="list-style-type: none"> - An assessment of their <u>confidence and perceived ability</u> to make the change was measured on a scale of 1 to 5, with 1 being least confident and 5 being most confident (E2 p476). - High initial motivational scores, indicating that they were confident they could make a change (E2 p477). - (...) <u>feel confident</u> that they can manage their weight in normal and challenging situations and believe that engaging in weight self-management behaviours will result in weight management (E4 p2047). - Adherence to change is difficult, and therefore, their <u>confidence for success and compliance with selected healthy choices decreased on HLS Visits 2 and 3</u> (...) (E2 p477). - They gained <u>self-efficacy by setting goals</u> related to their diabetes, feeling confident that <u>they could accomplish them</u>, and <u>having positive expectations for their health outcomes</u> (E42 p114).

		<ul style="list-style-type: none"> - The subjects were <u>initially confident</u> that they could make behavior changes (E2 p477). - (...) patient confidence to manage diabetes (...) (E15 p57). - (...) individuals are <u>ambivalent</u> in wanting to change these behaviours as they are commonly pleasurable or the individual <u>doubts their ability to change</u> (E6 p 1237). - The patient (...) reported little <u>confidence in his ability to maintain changes</u> over time (E65 p8). - She had <u>little belief in her ability to make changes</u> in her diabetes or depression and often used <u>avoidance and denial to cope with these conditions</u> (E65 p9).
<p style="text-align: center;">Emoção [10006765]</p>	<p style="text-align: center;">Emoção negativa [10012675]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Important barriers of diabetes self-management have been found to be (...) <u>helplessness and frustration from lack of glycaemic control and continued disease progression</u> despite adherence. (E43 p556). - Patient frustration with slow weight loss during dieting may also reflect lack of understanding (...) (E29 p456). - Patients described feeling frustrated and overwhelmed with the challenge of integrating numerous self-management behaviours for multiple health conditions (...) (E51 p783). - Nonadherence to the diabetes treatment regimen may be one pathway through which depression is associated with worse diabetes outcomes. (E65 p2) - Some people with diabetes faced with anxiety and stress because of the disease itself (...) (E43 p554). - (...) participants responded to recommendations about making changes to the traditional Hispanic diet with a variety of <u>responses</u> ranging from <u>resistance</u> (...) (E42 p112) - Patient <u>frustration</u> with <u>slow weight loss</u> during dieting may also reflect <u>lack of understanding of the extent of caloric restriction required to achieve a more desired rate of weight change</u> (E29

		<p>p456)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Not adhering to recommendations can be a sign of distress or non-acceptance of the disease (E71 p1583). - Emotional impact of co-morbidity management: patients described feeling frustrated, confused, and overwhelmed in response to conflicting treatment recommendations, particularly for diet (...) regimens (...) (E51 p781). - (...) have identified the following barriers to effective (...) self-management: frustration (...) (E10 p409).
<p>Significado Dificultador [10023900]</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Ineffective management of long-term conditions such as heart disease (...) are common as individuals often feel overwhelmed and unable to follow the complex plan of care involved in long-term condition management (E13 p497). - Both adherent and non-adherent subjects reported <u>their inability to resist the drinking desire</u> (E41 p210). - (...) difficulty of self-management (...) diet (...) (E17 p195). - School-age children are used to adhering to their diets, but restrictions and being different from peers are difficult and embarrassing (E28 p2105). - (...) fluid restriction introduces the perception of individuals to <u>see themselves as addicts</u> who deal with a <u>constant inner conflict</u>, b) the difficulty in finding the right boundaries between common sense and scientific knowledge about fluid restriction (...) (E41 p207). - Non-adherence may, therefore, result from a discrepancy between the views of health professionals about the illness and its treatment and views of the patients (E41 p213). - (...) it was a <u>hassle</u> to adhere to the diet (...) (E1).

		<ul style="list-style-type: none"> - (...) have identified the following barriers to effective (...) self-management: (...) a feeling of helplessness (...) (E10 p409). - This patient reported that attending medical appointments, following a healthful eating plan, exercise, and glucose testing were difficult areas of self-care for her (E65 p9). - The patient reported diet and exercise as the areas of self-care he found most difficult to master (E65 p5). - (...) patients can make dietary changes in the short term, but dietary changes are hard to maintain for the long run (...) (E69 p113). - This patient reported that attending medical appointments, following a healthful eating plan (...) were difficult areas of self-care for her (E65 p9). - (...) it difficult to take ownership of dietary changes (E76 p881). - Over half of the participants (...) reported difficulty following the diet when eating out (E11 p337). - Lifestyle changes, such as losing weight, choosing healthy food, (...) are difficult to accomplish (E17 p195). - Among the various restrictions imposed by dialysis treatment, fluid restrictions were the most difficult to deal with for study participants. For them, it was much easier to abide by dietary restrictions than drinking restrictions. The challenge of being <u>thirsty</u> was defined by the participants as something <u>terrible, tragic, crazy, awful, abnormal</u>, and a need never experienced before entering into dialysis (E41 p210). - (...) patients often use expressions such as “it’s too strong for me,” and “I can’t resist,” which provides evidence that they have to fight strongly with themselves every day. This conflict between <u>their own need (to drink) and their own will (to refrain from drinking)</u> becomes an <u>existential battle</u>
--	--	--

		<p>(E41 p210).</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) patients <u>did not believe in the importance of liquid restrictions and experienced these limitations as externally imposed rules</u>; patients on hemodialysis considered that they did not need to follow the rules because these constraints did not meet their needs (E41 p213). - Highest agreement was recorded for the barrier 'following a low-salt diet is hard to do when I go out to eat' (...) A high level of agreement was also recorded for the barrier '<u>food does not taste good on a low-salt diet</u>' (E11 p335). - (...) the unwillingness of patients to change their lifestyle is based on a general aversion to change and previous experience with a dietician (E46 p4). - (...) in that if patients do not feel any better in response to following this diet, they understandably may not be motivated to continue to follow it (...) (E11 p337). - (...) <u>feels unsatisfied</u> if does not drink two cups of tea is an irresolvable problem (...) (E30 p57) - (...) people find it difficult to interpret and act upon risk information (...) (E32 p3). - <u>I am a prisoner</u>; you are no longer free to do as you wish, like a person <u>condemned to death</u>. Because you have everything in front of your eyes and you know that you cannot do it, you cannot drink. According to me, one is a prisoner, and I would not know how to express it in any other way (...) (E41 p211).
<p>[Fatores] [sem código]</p>	<p>Facilitadores [sem código]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) behavioural change theory and recent evidence that healthy behavioural change is more likely when children (...) like to eat fruit/vegetables, and when the fruit/vegetables they like are available and accessible (E40 p274).
	<p>Dificultadores [sem código]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - There were three reasons given for not adhering to a special diet. They were financial (...) (E1). - Hard to follow due to money problems (E1).

		<ul style="list-style-type: none">- (...) economy was found to be a factor that hampered self-management (E43 p554).- Economy is a high priority that hampers diabetes self-management for people with diabetes with low incomes (E43 p555).- Food insecurity may be triggered by limited financial resources, lack of transportation, or limited access to food stores (E1).- As noted by the interview participants, following a special diet is more expensive and to those vulnerable groups who have limited finances, added expenses may present an insurmountable burden (E1).- They discontinue treatment due to economic constraints (...) (E26 p433).- Questions on diet included (...) travel or eating out, and diet regimen (E1)- Unavailable, hard to eat out, restaurants cater to healthy eaters (...) (E1)- Over half of the participants (...) reported difficulty following the diet when eating out (E11 p337).- (...) patients may have difficulty adhering to dietary changes (...) (E12 p2).- (...) indicated that the abundance of food available made diet adherence difficult (...) (E43 p553).- (...) the challenge of managing multiple complex self-care regimens limited some patients' ability to deal with co-morbidity in their day-to-day lives (E51 p783).- Furthermore, the complexity of medicines and treatments has a negative effect on adherence: the more medicines/treatments prescribed, the lower the compliance rate (E1).- Barriers (...) the cost of healthy foods, complexity of healthy lifestyle habits (...) (E19 p1344).- (...) Healthy foods are too expensive; Healthy lifestyle habits are too complicated to follow (...) (E19 p1345).
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">- (...) it may be difficult for patients to make use of food labels or diet plans that numerically specify caloric content (E29 p455).- The dramatic experience of addiction, the construction of beliefs, and the absolute necessity of finding a strategy for fluid restriction make patients experience a complex world (E41 p213).- (...) pointed out that people with diabetes face the complex problem of achieving and maintaining balance between quality of life and medical regime, while keeping control of their metabolic condition (...) (E43 p551).- (...) exercising autonomy can be difficult for people who are dependent on care (...) (E56 p384).- Diabetes affects the poor and members of ethnic/racial minorities (...) (E48 p1116).- There were three reasons given for not adhering to a special diet (...) off times such as a holiday or vacation, and out-to-eat challenges (E1).- Don't stick to my diet very well during the holidays and when I travel (...) (E1).- (...) barriers on the level of the patient; (...) limited insight into their own behavior (...) (E46 p1).- (...) they lack insight into their lifestyle behavior, health, and, in particular, the effects of their diet (E46 p4).- Overweight child does not act sick (...) (E19 p1345).- Because of their work, they often did not have time to select and prepare healthy food to eat.- Even though they knew they needed healthy food, they bought ready-made food they could quickly find (E43 p554).- (...) never managed to start changing her food intake and her mother gave up (E76 p882).- Patients' excuses for not managing dietary and fluid restrictions included socializes a lot and neighbors often visit, had to meet friends (...) and eats because of the lack of symptoms (E30 p57).
--	--	---

		<p>- (...) by traditions and the abundance of available food (...) (E43 p555).</p>
<p>Apoio social [10024074]</p>		<p>- Effective management requires extensive patient (...) external support (E25 p2).</p> <p>- (...) patients need ongoing support after completing rehabilitation programs to maintain behaviour changes. Patients themselves feel that they need further assistance to be able to maintain a healthier lifestyle following a coronary event (E9 p210).</p> <p>- Variables associated with failure to achieve healthy lifestyle habits, such as (...) balanced nutrition, include lack of support to maintain the behavior change (...) (E1).</p> <p>- (...) weeks after hospital discharge, a lack of ongoing support may be one reason why patients did not maintain lifestyle changes (E9 p210).</p> <p>- Variables associated with failure to achieve healthy lifestyle habits, such (...) balanced nutrition, include lack of support to maintain the behavior change (...) (E1).</p> <p>- They discontinue treatment due to (...) lack of support for changing their poor health conditions (E26 p433).</p> <p>- (...) including limited health care resources, geographic isolation, and limited access to diabetes education centers (E79 p50).</p> <p>- (...) lack of transportation and cost of care and medications, or social isolation are identified (...) (E53 p7).</p> <p>- (...) "Knowing who to ask when I had questions about my health" (...) (E79 p53).</p> <p>- Self-care behaviours were influenced by (...) economic status and social support (...) of older people with diabetes (E43 p551).</p> <p>- One reason for nonadherence is that recommended lifestyle behaviors may be inconsistent with those of one's social network members (E12 p2).</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - (...) have identified the following barriers to effective (...) self-management: (...) lack of individualized care, from (...) and inconvenient, costly, and nonspecific group education classes (E10 p409). - Many rural older adults with diabetes have little or no access to the services of diabetes educators. (E10 p406). - (...) other factors may also have influenced individual behavior (for example(...) social economic status (...) external factors as social support (E17 p196). - Barriers (...) lack of access to a nutritionist (...) (E19 p1344). - Pediatricians have limited time to discuss nutrition (...) (E19 p1345). - One of the impacts of this reduced hospital stay may be the reduction in time for nurses to offer emotional support and to provide the patient and his family with pre discharge education (...) (E39 p2). - (...) insufficient communication and cooperation as well as lack of patient’s integration into the therapy are common causes for an unsatisfactory management (...) (E70 p13). - (...) report dissatisfaction with their education upon discharge and a lack of professional support (E39 p2).
<p>Apoio da família [10023680]</p>		<ul style="list-style-type: none"> - (...) lack of (...) parental support (...) appeared to be pseudo barriers to dietary change (E76 p884). - Children have the technical skill, but they need their parents to participate in the care and share responsibility for it. The factors related to self-care comprised the (...) support from the parents, school environment, peers and healthcare team (E28 p2096). - (...) Families are too busy to eat home-cooked meals; Families often have fast-food meals; Families are too busy to eat meals together (...) (E19 p1345).

		<ul style="list-style-type: none"> - Household income status to be a stronger predictor of low compliance with dietary guidelines, rather than education or occupation (E1). - (...) revealed that a low level of family support was found to be significantly associated with both dietary and fluid non-adherence, respectively (...), whilst a low level of friend support was found to be significantly associated with fluid non-adherence (E11 p332). - Children have the technical skill, but they need their parents to participate in the care and share responsibility for it (E28 p2096). - (...) the diabetes regimen is too difficult for a young child to carry out adequately without consistent support and assistance from the family (...) (E28 p2097).
<p style="text-align: center;">Conhecimento [10011042]</p>	<p style="text-align: center;">Conhecimento sobre regime dietético [10021902]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) "Patients do not know what carbohydrates and glucose are, or they think they eat healthful food while it is actually fatty (...)" (E46 p4). - (...) that lack of information is the most important factor contributing to non-compliance with therapeutic regimens, especially diet and fluid restrictions, which in turn may lead to exacerbation of the illness (E49 p61). - (...) but persons struggling with obesity are often poor estimators of food caloric content (E29 p455). - The lack of adequate awareness is often connected with the deficiency of information and feedback given by the health workers. Some patients have a desire to understand if their behavior regarding management of fluids is adequate for their state of health and their condition (E41 p212). - (...) behavioural change theory and recent evidence that healthy behavioural change is more likely when children (...) have knowledge of the recommended intake levels (...) (E40 p274). - (...) positive changes in knowledge (...) of intake levels of fruit/vegetables among schoolchildren

		<p>(E40 p273).</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) knowledge of the fruit recommendation (...) (E40 p277). - Some interviewees referred to no longer having sufficient and detailed information with respect to their illness and to the treatment. They preferred to have more information. Further, for them, it was not sufficient to know that they had to reduce fluid intake (E41 p212). - (...) lack of knowledge, (...) appeared to be pseudo barriers to dietary change (E76 p884). - Important barriers of diabetes self-management have been found to be lack of knowledge of a specific diet plan, lack of understanding of the plan of care and helplessness (...) and continued disease progression despite adherence (E43 p556). - Lack of time and specialistic knowledge (amounts of nutrients in food products, dietary constraints, calculation of calories in the diet) were mentioned by all providers as barriers for guiding dietary change (E14 p6). - Patient knows what he or she can and cannot eat (...) (E78 p266). - (...) he 'didn't know that he consumed as much salt as he was eating' (...) (36 p126). - (...) Yes, I understand that I cannot drink that much. I understood this, knowing that my kidneys no longer function I know that when in dialysis I cannot drink, I know I cannot drink that much. (...) (E41 p210). - I don't know if I learned to manage the liquids (...) (E41 p212). - Patient knows what he or she can and cannot eat (...) (E78 p266).
<p>Dados Biográficos [dados pessoais inalteráveis e dados</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Self-care behaviours were influenced by <u>gender</u>, <u>education level</u> (...) and by <u>religious beliefs</u> of older people with diabetes. (E43 p551). - (...) the diabetes regimen is too difficult for a young child to carry out adequately without

<p>dados gerais que não têm relevância exclusiva para a dieta mas para todas os componentes do regime.</p>		<p>consistent support and assistance from the family (...) (E28 p2097).</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) low <u>health literacy</u> may preclude adherence (E1). - (...) other factors may also have influenced individual behavior (for example (...) <u>personal characteristics</u> (...)) (E17 p196). - (...) adults lack the <u>literacy skills</u> needed to effectively function in the health care environment (E53 p339). - Ongoing sociocultural and personal barriers, including the challenges of living in <u>poverty</u>, low <u>health literacy</u>, and <u>lack of experience and skill in accessing healthcare services</u> (...) (E55 p21). - When <u>children become older</u>, their <u>developmental level and maturity</u> increase, their <u>knowledge and skills</u> improve and they assume more responsibility for their own care (E28 p2105). - (...) such as patient characteristics (<u>age, gender</u>) (...) (E32 p10). - (...) outcome measures, also <u>gender, educational status, civil status, work status</u> (...) are registered by the research assistant or nurse at baseline (E39 p4). - (...) the nurses thought that <u>language</u> could be a barrier for patients from other cultures and for patients who have a low level of understanding (...) (E46 p4). - <u>Functional health literacy</u> (...) represents a chief obstacle for traditionally underserved patients to adequately control their blood pressure (...) (E53 p339). - We analyzed the following parameters: <u>age, gender</u> (...) (E81 p121).
<p>Autocuidado [10017661]</p>	<p>Gerir [10011625] o regime dietético [10005951]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) poor self-care behaviors, such as excessive sodium and fluid intake resulting in excessive weight gain (...) (E73 p218) - According to mothers, most children were used to adhering to their diet, but some had frequent problems with sweets, portion sizes, timing of meals and eating differently from their friends. (E28

		<p>p2103)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eu sigo minha dieta exatamente como foi orientada pelo pessoal que me trata. Eu tento manter meu peso dentro dos limites aconselhados pelo pessoal que me trata (E66 p16). - (...) patients reported that they did not follow the diet pattern (E82 p3). - Diet deviations included (...) stopping a diet (...) (E1). - (...) usually disregard the need for a therapeutic diet (E49 p61). - (...) patients can make dietary changes in the short term (...) participants often relapse to their previous dietary habits (E69 p113). - (...) related to their failure to eat appropriate foods and restrict their fluid intake (E49 p60). - (...) he was able to increase the frequency of walking and the servings of fruits and vegetables consumed each day, and to decrease the servings of high fat foods or red meat he ate each week by completion of treatment (E65 p9). - Treatment responses are influenced by (...) attendance at sessions, or type or number of homework assignments (E69 p109). - The diet (...) included aspects of salt restriction, control of fat intake, and adequate fruit and vegetable consumption (...) (E57 p1376). - (...) intentional omission-personal judgment to discontinue or alter, routine/reminders, diet deviation, exercise routine and exercise deviation (E1).
<p style="text-align: center;">Adesão [10022210]</p>	<p style="text-align: center;">Adesão ao regime dietético [10030312]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) How many meals do you take (...) (E30 p56). - (...) Vegetables eaten per week (...) Drank alcohol, no. (%) of patients whose intake was above the NR (...) No. of pieces of fruit eaten per week (...) (E31 p271). - Total energy intake (kJ/day); Fat intake (E%) Saturated fat intake (E%) Carbohydrate intake (E%)

		<p>Protein intake (E%) Cholesterol intake (mg/day) Fruit intake (g/day) Vegetable intake (g/day) (...) (E64 p251).</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) Sugar-sweetened beverages and fruit juice, 5 servings/d (...) (E58 p1010). - (...) children were asked about the number of days on which they ate fruit (...) 'fruit frequency last week (...) (E40 p275). - 'Did you eat heated vegetables (...) yesterday?' (yes/no), and if confirmed, followed by 'How much of such vegetables did you eat yesterday?' (...) (E40 p275). - 'Do you eat fruit everyday during schooldays?' and 'Do you eat fruit every Saturday and Sunday?' established the number of children reporting 'usual daily intake' for fruit (...) (E40 p275). - (...) nurse asking the patient to talk about foods they eat in a typical day (...) (E53 p7). - Quantities of various foods are assessed by means of a photo album (...) (E62 p6) - Total daily energy intake was assessed by total intake of kJ per day and nutrient intake by percentage energy intake from carbohydrate, protein, and (saturated) fat of total energy intake. Cholesterol, fruit, and vegetable intakes were measured in (milli) grams per day (...) (E64 p250) - Compliance was defined as consumption of at least 200 g of fruit per day, 200 g of vegetables per day and a maximum intake of saturated fat of 10% of total daily energy intake (...) (E64 p250). - We analyzed the following parameters: (...) total energy intake per day, frequency of any vegetable intake per day, frequency of green and yellow vegetable intake per day (...) (E81 p121).
--	--	---

**ANEXO 6 – TABELA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO REFERENTE ÀS CATEGORIAS PARA A
CONSTRUÇÃO DOS ENUNCIADOS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

Tabela de análise de conteúdo – Foco – Autocuidado Gerir o Regime Dietético – Dimensões e Juízos

Categoria Foco	Subcategoria Foco	Categoria Juízo	Unidades de registo
Autocuidado [10017661]	Gerir [10011625]		<ul style="list-style-type: none"> - (...) concepts of <u>weight self-management knowledge and beliefs</u> (which included knowledge and the concepts of self-efficacy, goal congruence and outcome expectancy) (...) (E4 p2050). - (...) community based <u>chronic disease management strategy</u> has been adopted (...) (E7). - (...) is a <u>disease that can be managed by the individual with appropriate guidance</u> (E8 p2). - (...) concept of <u>self-management</u>, in which patients play an active part in their disease (E71 p1571). - <u>Diabetes management</u> involves the prevention of complications through the adoption of a healthy lifestyle and careful self-management, including behavior change (E26 p429). - <u>Managing diabetes</u> is demanding and requires parental involvement in care (E28 p2096). - We examined the effect of involving patients in nurse-led cardiovascular risk management on lifestyle adherence and cardiovascular risk (E31 p267).

		<ul style="list-style-type: none"> - (...) confirmed the importance of self-efficacy in assuring individuals' ability to live successfully with the disease and to manage their own care (E42 p111). - (...) allows patients to manage their disease (E47 p1026). - (...) chronic care management is a continuous effort that requires sustained follow-up and involvement of clients in self-monitoring (E57 p1379). - (...) diabetes self-management (...) (E77 p2294). - Accordingly, the terminology of adherence and compliance are gradually being replaced by the terminology self-management in T1D care (E77 p2295). - There is increasing evidence that informed self-management improves outcome of chronic illnesses such as diabetes (...) (E84 p103). - They come to realize that the disease requires continuous management (E28 p2097). - (...) patients with hypertension are reported to be managing their disease effectively through self-management behaviors (E36 p118). - Disease management can improve chronic disease outcomes and reduce health care costs (E48 p1116). - Disease management, emphasizing self-management, adherence, and frequent contact outside the medical setting, would seem to be ideally suited to improve outcomes for underserved patients with diabetes (E48 p1116). - Diabetes complications as a motivator: managing co-morbid conditions made health an important focal point in the lives of older patients (E51 p781). - (...) diabetes self-management education (...) (E55 p20).
--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Self-management support is likely to benefit from consensus among caregivers about what hcomprises person-centered care and self-management in people (...) who have a chronic disease (E56 p383).
<p>Autocuidado [10017661]</p>	<p>Gerir [10011625] o regime dietético [10005951]</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Optimal outcomes for diabetes control require daily self-management, including diet (...) (E18 p42). - Self-management involves (...) fluid restriction, dietary restriction (...) (E30 p45). - The <u>goals primarily reflect self-management task</u> relevant knowledge and concepts such as basic <u>disease management survival skills</u>, self-management activities, and lifestyle change (diet and exercise) (...) (E10). - Diet (...) whatever the treatment regimen, the client with a chronic illness needs to have a shared role into decisions about regimens (E1). - Self-management issues emerge, which involve decision-making and problem-solving (...) including diet (...) (E1). - (...) patients conducted a goal-directed self-managed rehabilitative care (...) dietary management (...) (E45 p1888). - (...) self-management behaviours (...) diet control (E13 p406). - (...) self-management: including diet (...) (E48 p1119). - (...) management, (...) diet (...) (E53 p338). - (...) dietary management (...) (E49 p62). - The purpose of this program was to work on the cognitive behavior of the participants, to promote the acquisition of self-management skills and

		<p>modification of lifestyle habits (...) diet (...) (E33 p61).</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) self-management behaviors (...) diet (...) (E36 p118). - (...) self-management of problems of the participants (...) diet (...) (E38 p1). - (...) focussing on self-management (...) diet (...) (E39 p2). - (...) to self-manage the complex regimens associated with long-term conditions (...) diet (...) (E13 p497). - (...) used measures of self-management that focused on the domains of self-care activities and adherence (...) diet (...) (E77 p2299). - An essential part of children's self-care is self-management, which involves following a day-to-day regimen and sharing responsibility for diabetes-care tasks and decision-making with parents (...) include diet (...) (E28 p2097). - (...) concepts of diet self-management (...) (E4 p2050). - (...) Diet (...) management (...) (E26 p430). - (...) that employed five key self-management skills, including problem solving, decision making, partnerships with health care providers, taking steps to modify behavior, and utilizing resources (...) Dietary skills (E72 p83). - (...) flexible self-management has also been associated with improved quality of life, a feeling of confidence, less guilt and greater acceptance of diabetes (...) diet (...) (E75 p307). - (...) in support of self-management (...) diet (...) (E37 p540). - (...) dietary management (...) (E45 p1888).
--	--	---

<p>Autocuidado [10017661]</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Flexible diabetes self-care depends on knowledge, physical skills and the ability to handle diabetes-related emotional aspects. (E28 p2097). - The content of self-care consisted of knowledge and skills (E28 p2102). - Self-care behaviours (...) (E43 p551). - As self-care is a learned behaviour, teaching and learning are valuable procedures that can assist patients with managing their complex therapeutic regimens (E49 p61). - Self-care agency is the learned ability to perform self-care and meet one's own needs; it involves knowledge, experience, skill range, and motivation (E24 p231).
<p>Autocuidado [10017661]</p>	<p>Gerir [10011625] o regime dietético [10005951]</p>	<p>Comprometido [Baixo/ ineficaz/ inapropriada] [10012938]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) inappropriate food intake and drinking excessive fluid by these patients (...) (E49 p61). - Ineffective management of long-term conditions (...) dietary fat intake (...) (E13 p497). - (...) self-management has been reported to be significantly lower than optimal (...) regimens (...) (E77 p2298). - Diabetes is a difficult disease to control in terms of self-management and medical cost (...) Diet for diabetes management (...) (E26 p430). - (...) "ineffective self- health management" occurs when the patient does not manage food and fluid intake well because of an ineffective pattern of incorporating self-management into daily life (E30 p56).

<p>Autocuidado [10017661]</p>	<p>Gerir [10011625] o regime dietético [10005951]</p>	<p>Efetivo [correta/ adequada/ efetiva/boa/melhor] [10014956]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - By making self-supported decisions, the patients are able to manage their diet (...) (E33 p52). - (...) maintenance of fluid restrictions leads to highly effective self-management (...) (E30 p45). - (...) enabling the successful self-management (...) diet (...) (E22 p230). - (...) adequate self-management (...) diet (...) (E78 p264). - (...) patients indeed have sufficient knowledge and show adequate self-management skills (...) diet (...) (E78 p264). - (...) good self-management skill have (...) diet (...) (E43 p555). - Effective self-management (...) diet (...) (E53 p383). - (...) better dietary management of fat and cholesterol intake as well as the increased physical activity level (...) (E44 p1894). - (...) significant improvement in the dietary habits (...) (E47 p1029). - Effective management (...) diet (...) (E25 p2). - (...) successful (...) management (...) diet (...) (E54 p687). - (...) effective management of chronic illness (...) and treatment regime (...) diet (...) (E65 p4). - (...) effective (...) self-management (...) dietary goals (...) (E10 p409). - (...) dietary, and exercise recommendations (...) associated with successful self-management of their chronic disease (E1). - Reinforced diabetes education is necessary for patients so that they can successfully self-manage (...) including diet (E18 p42).
---	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Correct self-management in a health regime is critical in the stabilization of a chronic health problem (...) eating habits (...) (E1). - Adequate self management requires knowledge of one’s own individual risk factors, strategies to influence those factors and the ability to cope with emotions such as fear and frustration (...) dietary intake (...) (E39 p2).
Autocuidado [10017661]	Gerir [10011625] o regime dietético [10005951]	Potencialidade [10015151] para melhorar [10006945]	<ul style="list-style-type: none"> - As moderation in eating may improve dietary management in people with diabetes (...) (E43 p555). - (...) most patients acknowledged how their co-morbid conditions seemed to motivate them to improve their self-management by focusing on preventing or diminishing the progression of complications (E51 p783). (...) potential to improve self-management behavior (...) diet (...) (E36 p126).
Categoria Dimensão	Subcategoria Dimensão	Categoria Juízo	Unidades de registo
Adesão [10022210]			<ul style="list-style-type: none"> - Adherence in health care is extremely important but not always predictable because of a client's individual situation and lifestyle (E1). - The terms adherence and compliance are often used interchangeably, yet adherence is intended to be non-judgmental (E1). - The association between knowledge and adherence is unsettled (E1). - What also becomes clear is that adherence is a complex construct, and patient participation must be grounded in the inclusion of the patients' perspectives and preferences (E1). - In the current disease management literature, it is recognized that single and

		<p>episodic approach is not adequate to bring about sustainable adherence behavior (E3).</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) adherence to a healthy lifestyle (...) (E9 p201). - (...) adherence presents a significant challenge (E11 p331). - Adherence to diabetes control recommendations (...) (E18 p42). - Adherence often necessitates a major modification of a patient’s lifestyle (E41 p208). - The results of this research also highlight that adherence to restrictions has as central elements in individual motivations, mental control, one’s own experience, time, and support from others (E41 p213). - (...) the degree of adherence to healthy behaviours, and to provide management accordingly (...) (E57 p1380). - Adherence is a complex phenomenon influenced by the patient's knowledge, motivation, and resources (E1). - It requires a high level of patient knowledge and adherence (E70 p12). - (...) patient-reported uptake and adherence (...) (E83 p6). - (...) patient compliance (...) (E15 p57). - Compliance with the rules led to rewards (...) (E76 p882). - (...) adhering to provider recommendations are also important in managing hypertension. (E54 p687).
<p>Adesão [10022210]</p>	<p>Adesão ao regime dietético</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adherence to recommendations associate with medication, diet, and exercise enhanced self- management of their chronic disease (E1).

	[10030312]	<ul style="list-style-type: none"> - (...) adherencia al tratamiento (...) diet (...) (E44 p512). - Treatment adherence for chronic illness frequently involves a constellation of lifestyle changes including diet, exercise, and medication (E1). - Adherence to a healthful diet is one of the most challenging behavior-related changes in chronic illness management (E1). - (...) treatment adherence and diet (...) (E6 p1239). - (...) diet adherence (...) (E9 p204). - (...) adherence to dietary patterns (...) (E16 p290). - (...) adherence to healthy dietary patterns recommended by national nutritional guidelines (E21 p536). - According to mothers, most children were used to adhering to their diet (...) (E28 p2103). - (...) patients' self reported adherence to life-style advice on smoking, diet, alcohol and physical exercise (...) (E32 p5). - (...) diet adherence (...) (E45 p1888). - (...) adherence to (...) Dietary Guidelines (...) (E58 p1015). - (...) adherence to diet (...) (E62 p2). - (...) adherence to (...) diet (...) (E57 p1374). - (...) adherence to dietary recommendations aimed at lowering blood glucose by reducing body weight and improving diet composition (...) (E65 p2). - (...) patient adherence, nutritional patterns (...) (E70 p13). - (...) adhering to the dietary changes (E76 p881).
--	-------------------	--

		<ul style="list-style-type: none"> - (...) adhering to a special diet (...) (E78 p265). - (...) adherence to a diet (...) (E82 p2). - Adherence to the Mediterranean diet (...) (E86 p1667). - Compliance with diet and visits was higher for transdisciplinary care (...) (E59 p489). - We conclude that compliance with diet and visits was higher with transdisciplinary care than with conventional care (E59 p495). - (...) compliance with dietary changes is variable and failure to comply can have deleterious effects (E69 p109). - (...) and diet compliance (...) (E82 p4). - (...) the terms adherence and compliance do not capture the complexity of living with the disease, nor suggest the need to manage the disease in the context of one's life (...) dietary recommendations (...) (E77 p2295). - (...) explore the relationships between adherence with dietary sodium restrictions and health beliefs in relation to following these restrictions in this group (E11 p331). - (...) adherence with dietary restrictions (...) (E11 p332). - (...) the patient's adherence to liquid restrictions and to the dietary (...) (E41 p207). - (...) were patients who were adherent (...) to liquid restrictions (...) (E41 p208). - (...) with diabetes try to adhere strictly to recommend regimens and restrictions, for example on diet and routines are normalized (...) (E75 p307).
--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - (...) adherence to dietary and fluid restrictions (E11 p332). - (...) were patients who were adherent or non-adherent to liquid restrictions (...) (E41 p208). - (...) patients' experience with fluid restriction is a constant struggle that becomes a dramatic and continuous battle to reach adherence (E41 p213). - (...) compliance with dietary and fluid restrictions (...) (E49 p61). - (...) determine the effect of an educational intervention on dietary and fluid compliance in patients having haemodialysis (E49 p60). - Compliance related to diet and fluid restrictions were issues for the adolescents interviewed (E50 p419).
Adesão [10022210]	Adesão ao regime dietético [10030312]	Nível esperado [10007343]	<ul style="list-style-type: none"> - During a lifetime, some people experience times of good adherence (...) diet (...) (E1). - (...) adherence levels with dietary sodium restrictions also increased (E11 p335). - (...) was a significant increase in adherence to diet for the intervention group as compared with the control group (E18 p42). - (...) enhanced patient adherence to the prescribed diet (...) (E18 p44). - Greater adherence levels with dietary sodium restrictions were associated with greater 'perceived benefits' and fewer 'perceived barriers' (E11 p331).
Adesão [10022210]	Adesão ao regime dietético [10030312]	Potencialidade [10015151] para melhorar [10006945]	<ul style="list-style-type: none"> - (...) can improve (...) adherence to diet in patients with type 2 diabetes (E18 p42).

<p>Adesão [10022210]</p>	<p>Adesão ao regime dietético [10030312]</p>	<p>Não [Adesão] [10013248]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) then lapse into periods when they do not adhere to their prescribed regime. This is definitely true regarding eating habits (...) (E1). - (...) patients many times do not follow diet and exercise prescriptions (E2). - Results demonstrated patient improvement in non-adherence to self-care management in diet and CAPD, aspects of quality of life and satisfaction with care (E3). - (...) not adhering to a special diet (E1). - Non-adherence with dietary restrictions was a problem among a proportion of the sample (E11 p331). - (...) were patients who were (...) non-adherent to liquid restrictions (...) (E41 p208). - (...) non-compliant with the dialysis therapy and associated aspects of their care such as fluid and dietary restrictions (...) (E50 p420). - Different types of non-adherence include not seeking care, non-participating in screening, breaking appointments, and failing to follow treatment instructions (...) diet (...) (E1). - (...) not adhere to health regimens (...) diet (...) (E18 p42). - (...) non-compliance with the treatment regimens (...) diet (...) (E49 p61). - (...) non-adherence (...) diet (...) (E11 p331). - One reason for nonadherence (...) diet (...) (E12 p2). - (...) non-adherence to these limitations among the hemodialysis population (...) liquid restrictions (...) (E41 p208).
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Non-adherence (...) diet (...) (E41 p213). - (...) patient non-adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment continue to be significant barriers to successful hypertension management (...) (E53 p339). - Nonadherence to (...) treatment regimen (...) diet (...) (E65 p2). - In this perspective, non-adherence is commonly observed in dialysis patients (...) diet include (...) (E71 p1571). - There are two types of non-adherence that contribute to inconsistent regimens. These include intentional decisions and un-intentional decisions to act in a particular way (...) diet (...) (E1). - (...) regimen nonadherence can take many shapes and includes not adequately engaging in recommended behaviors such as (...) dieting (...) (E53 p339).
<p>Adesão [10022210]</p>	<p>Adesão ao regime dietético [10030312]</p>	<p>Baixa [pobre/ dificuldade/ pior/baixa/ inadequada/ falha] [10011438]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) it has previously been shown that long-term adherence to any diet plan is generally poor (...) (E29 p456). - Failure to maintain lifestyle changes such as (...), diet (...) adherence are relatively common. (E9 p210) - (...) related to their failure to eat (...) (E49 p60). - Well as having difficulty adhering to (...) dietary, (...) recommendations associated with successful self-management of their chronic disease (E1). - (...) difficulties in modifying behaviour changes concerning diet adherence (...) (E9 p210).

			<ul style="list-style-type: none"> - (...) diet adherence difficult (...) (E43 p553). - (...) Poor adherence with fluid restrictions (...) (E11 p332) - (...) it has previously been shown that long-term adherence to any diet plan is generally poor (...) (E20 p456). - (...) difficulty adhering to dietary changes (...) (E12 p2). - (...) baixa aderência (...) (E52 p266). - (...) poorer treatment adherence (...) (E65 p2). - (...) insufficient adherence and a low level of patient knowledge (...) (E70 p12). - Failure to comply with health regimes influences an individual's health status and is costly to the over- burdened health-care system (...) diet (...) (E1). - Adherence to change is difficult (...) diet (...) (E2 p4). - (...) difficulty adhering (...) diet (...) (E12 p2). - (...) patients with adherence difficulty (...) diet (...) (E71 p1583). - (...) lower adherence to the treatment regimen (...) (E77 p2305). (...) inadequate treatment adherence (...) (E77 p2305).
Categoria Dimensão	Subcategoria Dimensão	Categoria Juízo	Unidades de registo
Conhecimento [10011042]			<ul style="list-style-type: none"> - The construct of knowledge (...) is composed of behaviour-specific knowledge (...) (E4 p2049). - While there is strong evidence that knowledge, in and of itself, does not result in health behaviour change (...) (E4 p2046).

		<ul style="list-style-type: none"> - (...) Information about the benefits of weight self-management is so compelling that it seems logical that this knowledge would influence a person's behaviour; but, this assumption was not supported (E4 p2046). - (...) changes in knowledge (...) will change behaviors and consequently health outcomes (E8 p3). - (...) and personal characteristics (knowledge(...)) were factors in determining if the advice given was understood as it was intended (E8 p8). - (...) relevant knowledge and self-care strategies (...) (E20 p272). - The content of self-care consisted of knowledge and skills (E28 p2102). - (...) questions to establish patients' knowledge (...) about their risk factors (E39 p3). - Participants often told how they struggled with challenges to control their diabetes, but also related how they have realized that they had the knowledge and skills necessary to be successful (E42 p113). - (...) patients establish an (...) knowledge foundation for self-managed (...) (E45 p1888). - (...) knowledge (e.g., accurate risk perception), adequate cognitive function (e.g., memory and comprehension), and support (e.g., adequate resources) (E53 p339). - Discussing practice examples in the light of existing knowledge about developing autonomy will contribute to their awareness (E56 p383). - Learning nests work on knowledge to be built, and social, individual and
--	--	--

		<p>contextual dimensions of learning, as well as the required decision of actions on a long-term basis, taking into account the heterogeneity of individuals and of their conditions (E62 p4).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Knowledge addresses what every patient needs to know. Skills refers to what every patient should be able to do (E77 p265). - (...) other steps are needed to transition from knowledge to self-management by patients within their daily life (E78 p270). - It requires a high level of patient knowledge (...) (E70 p12). - (...) providing knowledge about these relationships does not necessarily lead to change in behavior and, when achieved, lifestyle change through education alone may not have a lasting effect (E81 p120).
<p>Conhecimento [10011042]</p>	<p>Conhecimento sobre regime dietético [10021902]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Knowledge (...) – dietary changes (E8 p3). - Diet and obesity evidence-based knowledge and practical approach (E21 p534). - The goals primarily reflect self-management task relevant knowledge and concepts such as basic disease management survival skills, self-management activities, and lifestyle change (diet) (E10 p407). - (...) on the nutrition knowledge, nutrition self-care practices, (...) and nutrition status of school-age children (E24 p233). - This knowledge included understanding (...) diet (...) (E28 p2102). - (...) on the nutrition knowledge, nutrition self-care practices, physical activity, and nutrition status of school-age children (E24 p233).

			<ul style="list-style-type: none"> - (...) have knowledge of the recommended intake levels, like to eat fruit/vegetables, and when the fruit/vegetables they like are available and accessible (E40 p274). - Patients generally claim that knowledge has a notable impact on adaptation to a chronic illness and on self-regulation of liquid. It is precisely through the understanding of each particular tied to the treatment that patients succeed in integrating dialysis into their own life (diet restriction) (E41 p212).
<p>Conhecimento [10011042]</p>	<p>Conhecimento sobre regime dietético [10021902]</p>	<p>Baixo [Insuficiente/ falta/ ausente/ limitado] [10011438]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) be lack of knowledge of a specific diet plan (...) (E43 p556). - (...) have identified the following barriers to effective (...) self-management: lack of knowledge and understanding, lack of individualized care, frustration and a feeling of helplessness (...) and inconvenient, costly, and nonspecific group education classes (E10 p409). - (...) knowledge is insufficient (...) diet (...) (E39 p4). - (...) barriers on the level of the patient; patients had limited knowledge of a healthy lifestyle and limited insight into their own behavior (...) diet (...) (E46 p1). - Nurses reported that patients have limited knowledge of a healthy lifestyle and limited insight into their own behavior (...) diet (...) (E46 p5). - (...) individuals lacked adequate knowledge (...) diet (...) (E53 p346). - (...) lacking (...) knowledge (...) diet (...) (E55 p23). - (...) lack of knowledge (...) diet (...) (E60 p505). - (...) lack of knowledge (...) diet (...) (E76 p884).

			<ul style="list-style-type: none"> - (...) lack of knowledge (...) diet (...) (E79 p51). - (...) insufficient knowledge (...) diet (...) (E82 p3).
<p>Conhecimento [10011042]</p>	<p>Conhecimento sobre regime dietético [10021902]</p>	<p>Nível esperado [adequado/ suficiente/ bom/ positivo/ melhorado] [10007343]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) positive changes in knowledge (...) diet (...) (E40 p273). - (...) adequate knowledge foundation (...) diet (...) (E49 p61). - (...) good levels of knowledge (...) diet (...) (E73 p221). - (...) diabetes knowledge (...) and self-management in all categories of lifestyle (...), diet (...), significantly improved. (E26 p429). - (...) significant improvement in knowledge and diet behavior after education (E26 p435). - (...) resulted in better knowledge of the recommended vegetable intake levels (...) (E40 p277). - (...) patients indeed have sufficient knowledge and show adequate self-management skills (...) diet (...) (E78 p264). - Beneficial effects were shown such as improvements in knowledge, adherence and quality of life (...) diet (...) (E71 p1570). - (...) improved the knowledge of their disease and adherence to treatment (...) diet (...) (E84 p99).
<p>Categoria Dimensão</p>	<p>Subcategoria Dimensão</p>	<p>Categoria Juízo</p>	<p>Unidades de registo</p>
<p>Conscencialização [10003083]</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Patients are more likely to make and sustain lifestyle changes if they are not only confident they can perform this behaviour but also aware of its importance (E17 p195).

		<ul style="list-style-type: none"> - O planejamento de ação é visto como ferramenta para o desenvolvimento de habilidades autorregulatórias para auxiliar na mudança comportamental, trazendo à consciência do indivíduo o pareamento entre as situações futuras de realização do comportamento e as respostas de enfrentamento possíveis (...) (E23 p3). - (...) they were motivated by awareness, such as “Just took action” or “Despite the action, the goal has not yet been achieved” (...) (E33 p62). - Discussing practice examples in the light of existing knowledge about developing autonomy will contribute to their awareness (E56 p383). - (...) the awareness, treatment and control rates vary (E57 p1375). - (...) patients’ awareness of the importance of lifestyle changes was captured beyond the impact of just the two activities they chose (E81 p125). - Patients become aware of the need to change their own behavior only after successive phases (E41 p213).
<p>Conscientização [10003083]</p>	<p>Conscientização [10003083] sobre o regime dietético [10005951]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) behavioural change theory and recent evidence that healthy behavioural change is more likely when children are aware of their inadequate intake levels (...) (E40 p274). - (...) also the awareness that they need to reduce their intake of fluids to maintain their own health (...) (E41 p210). - The experience of awareness of needing to restrict fluid intake (...) (E41 p210). - It is important to make people with diabetes aware of the circumstance that

			<p>diabetes is a complex metabolic disease that mostly requires changes of lifestyle (...) food habits (...) (E43 p550).</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) awareness of personal intake (...) had been discussed (E40 p277). - (...) designed to make patients fully aware about their disease (...) dietetic regime (...) (E71 p1571). - After receiving consistent diabetes education, patients become aware of the factors that increase diabetes self-management and improve their self-care (...) dietetic regime (...) (E18 p46).
<p>Conscientização [10003083]</p>	<p>Conscientização [10003083] sobre o regime dietético [10005951]</p>	<p>[Facilitadora] [sem código]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) recognising that adhering to the diet keeps their hearts healthy and generally keeps them healthy (E11 p336). - (...) more likely to be aware of their personal inadequate fruit intake level at post-test than children in the control group (...) (E40 p276). - Awareness of inadequate vegetable intake (...) of the fruit recommendation (...) (E40 p277). - Aware of this difficulty, they did their best not to eat too much as caution and moderation in their food consumption was important for their health (E43 p552). - (...) induce positive changes in (...) awareness of intake levels of fruit/vegetables among schoolchildren (E40 p273). - (...) patients become aware of the importance of a balanced diet (...) (E47 p1029). - (...) resulted in better knowledge of the recommended vegetable intake levels

			<p>and awareness of inadequate fruit intake (...) (E40 p277).</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) patients may be more aware and eager to restrict potassium intake (E49 p66). - (...) who become aware of their unhealthy behavior and are intrinsically motivated to change (E38 p8). - Patients become aware of the issues they can manage on a priority basis (...) (E62 p5). - (...) the patients are aware of their high-risk behaviour and the pros and cons of changing (...) diet regime (...) (E63 p47). - (...) improved their self-awareness of their health status (...) (diet ...) (E25 p4). - (...) improvement in patient awareness and felt that patients perceived they were better managing their disease (E25 p5). - (...) raised the awareness of the diabetic children (...) diet (...) (E47 p1024). - (...) increased her awareness of this potential problem (...) diet (...) (E75 p313). - (...) increased disease awareness, and positive lifestyle modifications (diet ...) (E82 p4).
<p>Conscientização [10003083]</p>	<p>Conscientização [10003083] sobre o regime dietético [10005951]</p>	<p>[Dificultadora] [Baixa] [sem código]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) lower awareness of what constitutes a healthy diet than the white population (E83 p9). - (...) low awareness (...) diet (...) (E17 p195). - Regarding the causes of noncompliance, disease awareness level was low among most patients and they assumed their disease was unimportant (...) diet (...) (E82 p4).

Categoria Dimensão	Subcategoria Dimensão	Categoria Juízo	Unidades de registo
Atitude [10002930]	Força de vontade [Condição prévia à mudança] [10021109]		<ul style="list-style-type: none"> - (...) children were motivated for healthy lifestyle changes (...) (E2). - The patient needs to be ready and motivated to a make change before an intervention can be effective (E2) - These guidelines evaluate patient (...) motivation for change (E2 p2). - (...) they have to be motivated to make change (E2 p4). - (...) can have an impact on the motivated patients' ability to make sustainable change (E2 p5). - Every individual has unique motivations to persist with long-term condition management (E13 p497). - (...) segundo os quais a motivação para agir (intenção) é o principal determinante para a ação (comportamento) (...) (E23 p2). - These factors may have stimulated and motivated the patients to control glucose levels enthusiastically (E27 p1085). - Personal motivation was the key to learning self-care (E28 p2103). - (...) motivated to adhere (...) (E32 p3). - If there is a need and sufficient motivation for change regarding one or more items (...) (E32 p7). - (...) build motivation for lifestyle change (E35 p36). - Thus, this may motivate participants to be more compliant with self-

			<p>management behaviors to control blood pressure (E37 p540).</p> <ul style="list-style-type: none">- (...) which focus in particular on intrinsic motivation for change and self-management of problems of the participants (E38 p1).- Changing behaviors is difficult, requires time, considerable effort and motivation (E38 p1).- (...) the role of personal motivations and willingness in pursuit of compliance (E41 p207).- There appear to be numerous other motivations: the desire to live, to attain personal well-being, and to be in harmony with oneself – the recognition that one still has value despite one’s maladies and that there are situations worse than one’s own (E41 p212).- What is important is that this motivation, whether it is intrinsic or extrinsic, translates itself into willpower and into the realization that a person needs to make a change in his or her own lifestyle (E41 p212).- The results of this research also highlight that adherence to restrictions has as central elements in individual motivations, mental control, one’s own experience, time, and support from others (E41 p213).- (...) the relevance of how motivation for constructing a road toward adherence is a choice that requires a strong subjective involvement (E41 p214).- (...) the patient must become motivated to change his/her life-style and become a believer in his/her own abilities (E46 p1).
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - The Transtheoretical model posits five discrete stages that reflect one's interest and motivation to alter a problem behavior (E53 p341). - (...) clients with diabetes were motivated to be engaged in self-management activities (E56 p385). - (...) personal motivation, including the ability to make weight loss their own project and to develop personal strategies for self-control, was a strong positive marker for weight loss; whereas in contrast to this, lack of ownership was a negative marker (E76 p881). - (...) patients and families who are willing to change and given the option to create their own treatment plan are more likely to be successful at maintaining the planned change (E2 p5). - However, each patient has to make his or her own personal way in which a mature personal understanding must be developed with regard to the necessity of reducing fluid and developing the willpower and methods for attaining this objective (E41 p212). - What is important is that this motivation, whether it is intrinsic or extrinsic, translates itself into willpower and into the realization that a person needs to make a change in his or her own lifestyle (E41 p212).
<p style="text-align: center;">Atitude [10002930]</p>	<p style="text-align: center;">Força de vontade [10021109]</p>	<p style="text-align: center;">Nível esperado [elevada, presente] [10007343]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) high motivation, feeling normal, having a positive attitude towards the disease and treatment, support of nurses, parents and physicians enhanced the adolescent's compliance (...) diet (...) (E50 p240).

<p>Atitude [10002930]</p>	<p>Força de vontade [10021109]</p>	<p>Baixa [diminuída/dificuldade/ falta] [10011438]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) which may in turn decrease motivation to perform complex self-management strategies (diet) (...) (E77 p2299). - (...) to following this diet, they understandably may not be motivated to continue to follow it (...) (E11 p337). - If motivation was present, the nurse discussed possible barriers to eating sufficient fruit/vegetables and how to overcome these barriers, in some cases resulting in defining personal goals to achieve behavioural change (E40 p274). - If the motivation to change was lacking (...) diet (...) (E40 p274). - (...) and they lacked the motivation to modify their lifestyles or the discipline to maintain an improved lifestyle (...) diet (...) (E46 p1). - (...) lack (...) motivation (...) appeared to be pseudo barriers to dietary change (E76 p884). - (...) people who have restricted finances or lack motivation may soon be drawn into support group education (...) (E72 p86). - (...) the unwillingness of patients to change their lifestyle is based on a general aversion to change and previous experience with a dietician (E46 p4). - (...) is an unwillingness to change a problem behavior or there is a lack of recognition of the problem (...) (E53 p341). - (...) difficulty maintaining motivation and compliance with healthy change choices after 1–2 months (...) (E2). - Personal behavior modification is difficult to achieve and maintain especially when motivation for change is low (...) diet (...) (E2).
---	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> - (...) wide variations among individuals in the level of goal attainment for diet and physical exercise indicated that some participants were poorly motivated to achieve the goals despite receiving cognitive behavioral therapy (...) (E33 p62). - No will power (...) treatment regime (...) (E1). - Such methods rely on partnership between clients and health professionals and are designed to satisfy the need for brevity imposed by the realities of contemporary health care as well as opportunistic interventions and the problems of resistance and lack of motivation (E6 p1237). - Lack of participant motivation (...) (E14 p7). - Lack of patient motivation and lack of parent motivation or involvement (...) diet (...) (E19 p1345). - (...) parent is not motivated, child is not motivated (...) diet (...) (E19 p1341).
Atitude [10002930]	Envolvimento [sem código]	<ul style="list-style-type: none"> - Patients need to be involved as partners and active agents of care (E3). - Patients' involvement in self-care management contributes greatly to successful disease management, but they often need coaching and support from healthcare providers (E3). - Women will be more likely to engage in behaviours to manage their weight if they are knowledgeable about weight self-management (e.g. understand the relationship between caloric intake, activity and exercise, and weight) (...) (E4 p2049).

		<ul style="list-style-type: none"> - (...) that engaging in weight self-management behaviours will result in weight management (...) (E4 p2049). - Effective management requires <u>extensive patient engagement</u> (...) (E25 p2). - (...) conceptualization of losing weight after childbirth from an expected physiological phenomenon to a process that requires active engagement and management. (E4 p2056). - Healthcare providers have realized that outcomes of long-term conditions improve if individuals feel involved and motivated to self-manage the complex regimens associated with long-term conditions (E13 p497). - (...) and of actively involving them in self-care management of their own health for secondary stroke prevention (E20 p272). - (...) to involve them in actively managing their own health (E20 p273). - (...) the patients and families need to be involved in taking decisions and planning for the adoption of a healthy lifestyle for stroke prevention (E20 p274). - (...) provided more information to engage the patients and allowing self-management and counseling (E27 p1083). - (...) engaging in diabetes self-management such as participants' diabetes education (...) (E8 p1). - (...) patients' adherence to medication and lifestyle advice can be increased through patient involvement and shared decision making (E32 p2). - (...) is increasing evidence that decision aids increase patients' active
--	--	---

			<p>involvement in decision making (E32 p3).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Self-efficacy in engaging in one health behavior does not guarantee self-efficacy when engaging in another (E34 p187). - (...) the relevance of how motivation for constructing a road toward adherence is a choice that requires a strong subjective involvement (E41 p214). - (...) engaged in self-management (...) (E43 p555). - (...) colaboração e envolvimento no seu tratamento (...) (E52 p270). - (...) when engaging in adherence behaviors (...) (E65 p4). - Treatment responses are influenced by participant engagement in dietary modifications (...) (E69 p109). - (...) engaged in the program (...) (E79 p52).
<p>Atitude [10002930]</p>	<p>Envolvimento [sem código]</p>	<p>Baixo [falta/ inadequado] [10011438]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - It is the lack of commitment and realistic goals that often lead to intervention failure (E2). - (...) all participants could not set goals for the same topics because they were all not ready to engage in behavior change in the same areas (E10 p407). - (...) regimen nonadherence can take many shapes and includes not adequately engaging in recommended behaviors such as exercising, dieting, (...) (E53 p339).
<p>Atitude [10002930]</p>	<p>Envolvimento [sem código]</p>	<p>Nível esperado [10007343]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) he was much more engaged in his diabetes management (...) (E65 p10). - (...) is increasing evidence that decision aids increase patients' active involvement in decision making (E32 p3).

<p>Atitude [10002930]</p>			<ul style="list-style-type: none"> - (...) that (...) attitudes of individuals can influence health behavior (E11 p333). - (...) health behaviors and attitudes toward health promotion among different health professionals before and after a short behavioral intervention program (E21 p533). - Although participants told of a sense of empowerment, they also revealed an ongoing internal battle with competing attitudes (E42 p113).
<p>Atitude [10002930]</p>	<p>Crença de saúde [10022058]</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Adults, children, and families are influenced by their culture, personal beliefs, habits, and environments (E2 p477). - (...) beliefs (self-efficacy, outcome expectancy and goal congruence) (...) (E4 p2047). - (...) an opportunity for nurses and other healthcare professionals to provide women increasing (...) beliefs (...) to manage their weight (E4 p2049). - (...) embrace health beliefs consistent with effective weight self-management behaviours (...) (E4 p2049). - The communication process, together with the patient’s health beliefs and personal characteristics (knowledge, motivation, and self-efficacy) were factors in determining if the advice given was understood as it was intended (E8 p8). - (...) explore the relationships between adherence with dietary sodium restrictions and health beliefs in relation to following these restrictions in this group (E11 p331). - (...) that beliefs (...) of individuals can influence health behavior (E11 p333).

		<ul style="list-style-type: none">- The HBM components (perceived susceptibility, perceived seriousness, perceived benefits, perceived barriers, cue to action and self-efficacy) have been found to be highly predictive of health behavior (E11 p333).- (...) beliefs in relation to following a low sodium diet (...) (E11 p331).- This highlights how cultural factors may influence health beliefs (E11 p337).- (...) beliefs such as risk perception, perceived benefits and dis-advantages of treatment and self-efficacy, as well as stage of change and communication problems with physicians (E32 p2).- (...) items to measure beliefs about ability to perform practices innutrition (...) (E34 p189).- Together, these components lead to increased feelings of empowerment, including patients' belief in their abilities to manage their disease and thus healthy behaviors and positive clinical outcomes (E36 p119).- (...) questions to establish patients' knowledge, attitude and beliefs about their risk factors (E39 p3).- (...) personal beliefs is accompanied by a loss of clear ideas about diet, fluid restriction (...) (E41 p211).- (...) their beliefs and common sense (...) (E41 p213).- Fatalism, a belief that all events are controlled by fate and cannot be altered, clashes with the successful self-management of diabetes (E42 p112).- (...) participants repeatedly expressed attitudes and beliefs that they could make the necessary changes to control diabetes (E42 p113).
--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - (...) beliefs of older people with diabetes (E43 p551). - (...) it is important for healthcare professionals to be aware of cultural beliefs and their importance when giving diabetes education to their patients (E43 p555). - (...) an increased social support (...) a change in health beliefs (...) (E71 p1583). - What is important is that this motivation, whether it is intrinsic or extrinsic, translates itself into willpower and into the realization that a person needs to make a change in his or her own lifestyle (E41 p212). - (...) non-adherent patients' perception of chronic renal disease is "much weaker" than the perception of patients who adhere to fluid restriction (...) (E41 p213). - (...) mejoran la satisfacción autopercepción del estado de salud en los pacientes (E44 p512). - (...) perception of self-management (...) (E77 p2306). - Any educational strategy will have a poor patient impact if it diverges from the patient's experiences and perceptions of the disease (E41 p208).
Atitude [10002930]	Crença de saúde [10022058]	Facilitadora [Sem código]	<ul style="list-style-type: none"> - (...) implying that as perceived benefits to following a sodium-restricted diet increased, adherence levels with dietary sodium restrictions also increased (E11 p335). - We hypothesized that the patients' risk perception and their lifestyle would improve (...) (E35 p36).

			<ul style="list-style-type: none"> - It is likely that empowered patients will have a higher perception of their ability to manage the demands of their disease and increased readiness to change, which will ultimately lead to healthier behaviors (E36 p125). - (...) most motivated to learn and change because of the perceived high health risk (...) (E45 p1891).
Atitude [10002930]	Crença de saúde [10022058]	Dificultadora [sem código]	<ul style="list-style-type: none"> - (...) poorer treatment adherence, the association between negative mood states and maladaptive beliefs about treatment, and the importance of beliefs about illness and treatment in guiding health behavior (...) (E65 p2).
Atitude [10002930]	Autoeficácia [10024911] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]		<ul style="list-style-type: none"> - Focus group findings showed that reinforcement and self-efficacy were main factors in adhering to diet recommendations. Planning, preparation, and monitoring of diet became key points in the promotion of a healthful diet (E1). - Self-efficacy was positively related to weight loss (...) (E4 p2048). - (...) of self-efficacy and social support provides a new perspective of weight self-management in the postpartum period (E4 p2048). - The communication process, together with the patient's health beliefs and personal characteristics (knowledge, motivation, and self-efficacy) were factors in determining if the advice given was understood as it was intended (E8 p8). - Self-efficacy in choosing healthy food and in choosing healthy food when not at home (...) (E17 p194). - Some traditional approaches for behavioral change, such as diet therapy, (...)

			<p>self-efficiency (...) have been effective in managing diabetes (E26 p429).</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) self-efficacy is fundamental to behavioural change (...) diet (...) (E17 p195). - Self-efficacy supports goal setting in behavioural change (...) diet (...) (E17 p195). - Basic health information and skills are prerequisite to gaining the self-efficacy (confidence) necessary to enact behaviors linked to positive health (...) diet (...) (E34 p186). - Yet self-efficacy may vary with the specific health behavior in question (...) diet (...) (E34 p187). - Utilize the knowledge gained in this activity to help patients improve their self-efficacy (...) diet (...) (E41 p207). - Self-efficacy, when individuals believe they can perform a task in a given situation (...) diet (...) (E42 p111). - Movement between stages is influenced by the ratio of pros and cons of the problem behavior, self-efficacy, temptations to revert to the problem behavior (...) diet (...) (E53 p341). - During these six sessions patients aim to improve daily functioning by optimizing their current lifestyle (i.e. physical activity and diet) and by enhancing self-efficacy to control the consequences of the disease in everyday life (...) (E68 p4). - (...) confidence people have in their ability to perform the self-
--	--	--	--

			<p>management tasks necessary to reduce vascular risk (...) (diet) (...) (E17 p192).</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) the nurses increased the patients' confidence by asking questions about the decision aid (...) (diet) (E31 p268). - Self-management support is the assistance professional caregivers give patients and their self-defined circle of support so that they can manage their chronic condition on a day-to-day basis and develop the confidence to sustain healthy behaviors (...) diet (...) (E56 p384). - (...) self-confidence in his or her ability to achieve them (...) diet (...) (E65 p3). - (...) self-efficacy in choosing healthy food (...) (E17 p191). - (...) fostering positive attitudes and self-confidence (...) diet (...) (E81 p120). - (...) patient confidence (...) choosing healthy food (E82 p3).
<p>Atitude [10002930]</p>	<p>Autoeficácia [10024911] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]</p>	<p>Baixa [10011438]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) individuals are ambivalent in wanting to change these behaviours as they are commonly pleasurable or the individual doubts their ability to change (...) diet (...) (E6 p 1237). - A major part of the GPs reported low self-efficacy regarding dietary guidance (E14 p1). - (...) deaf adults may have lower levels of self-efficacy for health behaviors than other groups (...) diet (...) (E34 p190).

<p>Atitude [10002930]</p>	<p>Autoeficácia [10024911] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]</p>	<p>Nível esperado [melhor/elevada] [10007343]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) empowerment and increased self-efficacy enabled them to overcome cultural\barriers related to the tradition (...) (diet) (E42 p110). - Telephone case management for the purpose of educating patients with other chronic diseases (eg, asthma, hypertension) resulted in significant improvements (...) and self-confidence in disease self-management (...) diet (...) (E55 p21). - (...) self-efficacy in choosing healthy food (...) increased in the intervention group (E17 p191). - (...) reflecting a better self-efficacy (...) diet (...) (E17 p192). - They gained self-efficacy by setting goals (...) diet (...) (E42 p114). - (...) improvement in self-efficacy (...) diet (...) (E71 p1578).
<p>Categoria Dimensão</p>	<p>Subcategoria Dimensão</p>	<p>Categoria Juízo</p>	<p>Unidades de registo</p>
<p>Capacidade [10000034]</p>			<ul style="list-style-type: none"> - (...) ability to make the change; and delineate a plan to remove barriers (...) (E2). - (...) can have an impact on the motivated patients' ability to make sustainable change (E2 p5). - (...) ability to make healthy choices and maintain motivation for change (E2). - (...) self-regulation skills and abilities, (...) and the proximal outcome of weight retention (E4 p2047). - The construct of self-regulation skills and abilities comprises the processes

			<p>of goal setting, self-monitoring and reflective thinking, decision-making, planning for and engaging in specific behaviours, self evaluation, and the management of physical, emotional, and cognitive responses associated with health behaviour change (E4 p2049).</p> <ul style="list-style-type: none">- (...) abilities such as setting weight, activity and eating goals (...) (E4 p2049).- Every individual has unique capabilities and responses to interventions (E13 p497).- (...) ability to perform self-care and meet one's own needs; it involves knowledge, experience, skill range, and motivation (E24 p231).- The content of self-care consisted of knowledge and skills (E28 p2102).- (...) ability to cope with emotions such as fear and frustration (E39 p2).- (...) people with diabetes had certain self-management capabilities (...) (E43 p550).- (...) ability to perform self-care (E60 p504).- (...) the challenge of managing multiple complex self-care regimens limited some patients' ability to deal with co-morbidity in their day-to-day lives (E51 p783).- (...) ability to reach their goals independently (...) (E81 p120).- (...) self-regulation skills and ability (goal setting, planning, and weight self-management skills and abilities) (...) (E4 p2050).- (...) focus on the capability of people with diabetes to engage in successful self-care (E43 p555).
--	--	--	--

<p>Capacidade [10000034]</p>	<p>Capacidade [10000034] de gerir [10011625] o regime dietético [10005951]</p>		<ul style="list-style-type: none"> - The patient needs time because the ability to manage liquids derives from an experiential process in which the subject learns to have a profound awareness of his or her own physicality, in particular the signals, which come from the body and from the developments in the sessions (E41 p213). - (...) ability to follow a special diet, hassles with sticking to diet, travel or eating out, and diet regimen (E1). - The capacity to maintain interdialytic body weight (...) (E41 p208). - (...) ability to live successfully with the disease and to manage their own care (...) diet (...) (E42 p111). - (...) pivotal to give this information in a way that allow patients to acquire the capacity to solve problems and make decisions on their own with regard to the disease and the treatment (...) diet (...) (E41 p214). - (...) ability to treat and manage type 2 diabetes is largely dependent upon patient adherence to a set of complex self-care (...) dietary recommendations (E65 p2). - (...) it is important that healthcare professionals carry through self-management interventions with focus on the capability of people with diabetes to engage in successful self-care (...) the eating habit (E43 p555).
<p>Categoria Dimensão</p>	<p>Subcategoria Dimensão</p>	<p>Categoria Juízo</p>	<p>Unidades de registo</p>

<p>Apoio social [10024074]</p>			<ul style="list-style-type: none"> - (...) but they often need coaching and support from healthcare providers (E3). - The core themes stated by the focus group participants when faced with a new diet or maintaining a diet were control over food, dietary competence, and commitment to support (...) (E1). - (...) that employed five key self-management skills, including (...) partnerships with health care providers, taking steps to modify behavior, and utilizing resources (E72 p83). - (...) social support provides a new perspective of weight self-management in the postpartum period (E4 p2048). - Social facilitation contains the concepts of social influence, social support and active collaboration related to health outcomes among persons (...) healthcare professionals (E4 p2049). - (...) providing psychosocial support, promoting secondary prevention strategies and a holistic approach to patients' needs (...) (E9 p200). - Some traditional approaches for behavioral change, such as diet therapy, (...) social support (...) have been effective in managing diabetes (E26 p429). - Empowerment characteristics include (...) and a strong network of social support (E36 p119). - Social support (...) (E42 p112). - Rather than focusing on patients' adherence or compliance to a diabetes regimen, educators must act as a resource to assist patients in identifying
--	--	--	--

			<p>problems and working towards solutions in a self-management plan (E42 p111).</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) support of nurses, (...) enhanced the adolescent's compliance (E50 p240). - Self-management support is the assistance professional caregivers give patients and their self-defined circle of support so that they can manage their chronic condition on a day-to-day basis and develop the confidence to sustain healthy behaviors (E56 p384).
Apoio social [10024074]		Baixo [falta, fraco, insuficiente, menor] [10011438]	<ul style="list-style-type: none"> - (...) lack of support to maintain the behavior change, stress, as well as situational challenges (E1). - (...) weeks after hospital discharge, a lack of ongoing support (...) (E9 p210). - (...) lack of individualized care (...) (E10 p409). - (...) less social support (...) (E26 p433). - (...) for this are seen in insufficient organisational resources (...) (E9 p201). - (...) lack of support for changing their poor health conditions. (E26 p433). - (...) helpful for low-income patients who have limited resources and access to health services. (E26 p436). - (...) lack of support (...) (E42 p113). - (...) lack of professional support (E39 p2).
Apoio social [10024074]		Nível esperado [10007343]	<ul style="list-style-type: none"> - Effective self-management support goes beyond telling people what to do (E56 p383). - Patients were positive about the support they received from the nurses (...) (E83 p70).

Categoria Dimensão	Subcategoria Dimensão	Categoria Juízo	Unidades de registo
<p>Apoio da família [10023680]</p>			<p>- (...) social facilitation (influence and support) (E4 p2050).</p> <p>- Maintaining a healthful diet and exercise plan with support from families and friends are crucial to healthy outcomes (E1).</p> <p>- Social facilitation contains the concepts of social influence (...) families (...) (E4 p2049).</p> <p>- Social support, provided by family, friends, health care personnel, and <i>promotores</i>, was crucial to helping persons with diabetes make lifestyle changes and sustain their daily efforts (E42 p112).</p> <p>- Women need to learn to use resources that match their goals, to ask for and accept support of family and friends, and to learn how to collaborate actively to meet their needs and achieve their goal of weight self-management (E4 p2049).</p> <p>- (...) the day-to-day management of the disease requires the whole family to adjust to a new way of life (E28 p2096).</p> <p>- Parental involvement is critical but the participatory role of parents should gradually change to a supportive one (E28 p2096).</p> <p>- Parents, school environment peers and healthcare teams were essential in dealing with diabetes (E28 p2104).</p> <p>- (...) as well as family support were prerequisites for diabetes management</p>

			<p>(E28 p2104).</p> <ul style="list-style-type: none"> - We also provided the patients' families with instructions on how to provide life-long support (E33 p53). - The people with diabetes received physical, mental and economic support from family members such as wives, husbands, daughters and sons (E43 p554). - Family support, which helped the people with diabetes cope with their disease, is an important ingredient in the Thai culture, where the family has an important role in the provision of physical, mental and socio-economic support to people with diabetes (E43 p556). - (...) importance of family support in facilitating patients' recovery (...) (E45 p1888). - Managing diabetes is demanding and requires parental involvement in care (E28 p2096).
<p>Apoio da família [10023680]</p>		<p>Baixo [10011438]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (...) revealed that a low level of family support was found to be significantly associated with both dietary and fluid non-adherence, respectively (...), whilst a low level of friend support was found to be significantly associated with fluid non-adherence (E11 p332). - (...) limited family support (...) (E41 p208).

**ANEXO 7 – TABELA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO REFERENTE ÀS CATEGORIAS PARA A
CONSTRUÇÃO DOS ENUNCIADOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

Tabela de análise de conteúdo – Intervenções de enfermagem com integridade referencial para os enunciados dos Diagnósticos do domínio do Autocuidado – Gerir o Regime Dietético

Categoria Ação	Subcategoria da Ação	Categoria Alvo	Categoria Beneficiário	Categoria Meio	Unidades de registro
Atender [10002911]	Reforçar [apoiar: fortalecer alguma coisa ou alguém] [10016650]	O conhecimento sobre o regime dietético [10021902]			<ul style="list-style-type: none"> - That reinforcement (...) were main <u>factors in adhering to diet</u> recommendations (E1). - (...) <u>reinforcement of dietary</u> (...) changes, perhaps leading to a greater reduction of overweight and obesity (E24 p238). - (...) continuous education and <u>reinforcement of diet</u> (...) (E27). - (...) consisted of continuous education and <u>reinforcement of diet</u> (...) (E67 p1361). - First, the nurse tried to reinforce knowledge on recommendations and increase awareness of the child's inadequate intake (E40 p274). - (...) the nurse tried to reinforce knowledge on recommendations (...) inadequate intake (E40 p274).
Atender [10002911]	Encorajar [apoiar: dar confiança ou esperança a alguém]	A gerir [10011625] o peso corporal [10027385]			<ul style="list-style-type: none"> - (...) patients were encouraged to give their own ideas of healthy changes that would work for them to achieve a healthier weight (E2 p475). - (...) that encourage people to achieve and maintain weight-loss (...) (E38 p2). - Subjects were motivated for weight loss the intervention aimed at losing 5–10% of body weight (E64 p250).

	[10006823]				
Atender [10002911]	Encorajar [10006823]	A identificar [10009631] objetivos [sem código] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]			<ul style="list-style-type: none"> - Patients were encouraged to set individual reachable goals for lifestyle changes, such as (...) healthy food choices (...) (E17 p192). - (...) encourages patients to reflect (...) of their daily life such as eating patterns (...) ultimately choosing behavioral goals (E75 p311). - (...) individual goal setting for diet (...) (E60 p505) - (...) the patients <u>were required to set behavioral goals</u> (...) and dietary control for the following month and to review their daily practice at home and their achievements based on daily record-keeping (E33 p54). - (...) specifically to increase vegetable intake and physical activity (...) encouraged patients to set their own goals and to select lifestyle improvements that they were interested in making (E81 p120). - (...) [Dietary Approaches] (...) At the end of the discussion, participants were encouraged to set their own behavior change goals, write them down, and hang them in conspicuous places in their homes as reminders (E36 p120). - Reinforce treatment goals (...) [diet] (...) (E18 p44). - (...) collaborative goal-setting process and relationship encouraged questions, resetting of goals (...) [Nutrition-related] (...) (E10 p 414).
Atender [10002911]	Encorajar [10006823]	A consecução de objetivos [sem código] para gerir			<ul style="list-style-type: none"> - (...) sodium, and fluid intake (...) reinforcement was given for goals met and problem solving offered when goals were not met (E73 p217). - (...) [diet] (...) encourage the patient to continue treatment (E54 p694).

		[10011625] o regime dietético [10005951]			
Atender [10002911]	Encorajar [10006823]	A autoeficácia [10024911] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]			<ul style="list-style-type: none"> - (...) encourages patients to reflect on their current levels of confidence for changing aspects of their daily life such as eating patterns (...) (E75 p311). - (...) self-efficacy, or the confidence to change a specific behavior under difficult circumstances, will be supported whenever possible because it is one of the best predictors of treatment outcome (E38 p5). - During these six sessions patients aim to improve daily functioning by optimizing their current lifestyle (i.e. physical activity and diet) and by enhancing self-efficacy to control the consequences of the disease in everyday life (...) (E68 p4) - [Unhealthy diet] (...) The therapist helps participants to gain a sense of mastery over their difficulties (E38 p3).
Atender [10002911]	Encorajar [10006823]	A consultar [10005017] [tabela nutricional]		Tabela nutricional [sem código]	<ul style="list-style-type: none"> - Health care professionals encourage patients to consult nutritional labels as one strategy to assess and restrict caloric intake (E29 p455). - Patients are sent additional information about (...) how to read nutrition labels (E53 p344). - (...) reading food labels (skill building) (...) (E34 p188)
Atender [10002911]	Encorajar [10006823]	O apoio social [10018434]			<ul style="list-style-type: none"> - (...) encouraging peer support (E24 p231). - (...) More effort into stimulating participants to <u>engage social support</u> (...) (E14

					p7).
Atender [10002911]	Assistir [Atender: Fazer parte do trabalho com ou para alguém] [10002850]	No processo de tomada de decisão [10005594] sobre regime dietético [10005951]			<ul style="list-style-type: none"> - (...) assist children to take responsibility for their own food choices and physical activity rather than relying on parental decision making (E24 p231). - Participants identified their own goals in reducing fat intake and limiting sugar intake (E60 p507). - (...) as the food products (...) it is recommended that counselling is based on shared decision making to enlarge participant empowerment (E14 p6). - (...) when they have a role in the decision making process (...) discussion of diet (...) (E19 p1345). - (...) help them make healthier food choices (E60 p507). - By making self-supported decisions, the patients are able to manage their diet (...) (E33 p52). - (...) if they are educated to understand (...) the causes and consequences of their choices in terms of what they eat and drink, they are able to make informed decisions about whether or not to adhere to recommendations (E49 p61). - (...) helped the patients decide which healthy choices they were able to incorporate into their life and thereby create a self-directed provider-assisted plan for the patient to follow (E2 p475). (regime dietético) - The guiding technique helped the patients decide which healthy choices they were able to incorporate into their life and thereby create a self-directed provider-assisted plan for the patient to follow (...) diet (...) (E2 p475). - Informed and shared decision-making requires that all information about the

					<p>cardiovascular risk and the pros and cons of the risk-reduction options be shared with the patient, and that the patients’ individual values, personal resources and capacity for self-determination be respected (...) adherence to lifestyle changes (...) diet (...) (E31 p267).</p> <p>- There is evidence that shared decision-making has a positive effect on intermediate outcomes such as decisional conflict, knowledge and realistic expectations (...) diet (...) (E31 p272).</p>
<p>Atender [10002911]</p>	<p>Assistir [10002850]</p>	<p>A identificar [10009631] objetivos [sem código] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]</p>			<p>- For those preparing to lose weight, the nurse works with the patient to set realistic goals (...) (E53 p344).</p>
<p>Atender [10002911]</p>	<p>Assistir [10002850]</p>	<p>A identificar [10009631] vantagens [sem código] de gerir [10011625] o regime dietético [10005951]</p>			<p>- (...) Diet and nutrition (...) increasing patients’ perceptions of the benefits of adherence, (...) increases the likelihood that patients will perform the desired behaviour (...) (E11 p338).</p> <p>- One important aspect of the intervention is to try to help patients change their cognitions about self-care behaviors in that we elicit positive reasons for being adherent (e.g. “I want to be healthy for my children”) (...) (E65 p4).</p> <p>- Healthy Eating and Activity Together (HEAT), suggests the following steps to assist patients in moving toward positive health behavior changes (...) consider the</p>

				<p>pros and cons of adopting healthy behavior (...) (E2 p475).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients' earlier experiences with behavioural changes were discussed and information was gathered about individuals' potential, priorities, and motivation for achieving behavioural change and factors that could promote successful behavioural change (...) healthy food choices (...) (E17 p192).
<p>Atender [10002911]</p>	<p>Assistir [10002850]</p>	<p>A identificar [10009631] barreiras [sem código] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]</p>		<ul style="list-style-type: none"> - (...) discussing strategies for overcoming barriers to healthy eating (problem solving) (E34 p188). - (...) to encourage the patient to verbalize the pros and cons of making healthy food (...) choices (E2 p476). - If motivation was present, the nurse discussed possible barriers to eating sufficient fruit/vegetables and how to overcome these barriers, in some cases resulting in defining personal goals to achieve behavioural change (E40 p274). - Healthy Eating and Activity Together (HEAT), suggests the following steps to assist patients in moving toward positive health behavior changes (...) consider the pros and cons of adopting healthy behavior (...) (E2 p475). - (...) Diet and nutrition (...) reducing the barriers to adherence increases the likelihood that patients will perform the desired behaviour (i.e. adhere) (E11 p338). - The nurse uses motivating interviewing techniques to explore why individuals are having difficulties losing weight and explores ways to reduce barriers for each individual (E53 p344). - (...) problem solving for difficulties keeping to diets, meal planning or exercise

					<p>plans and were expressed and discussed with group members during every class (E72 p84).</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) <u>barreiras antecipadas</u> e as estratégias identificadas para superá-las, fornece subsídios para a atuação do enfermeiro que deseja implementar intervenção visando a redução do consumo de sódio também em outras populações (E23 p3). - (...) três possíveis obstáculos para reduzir o consumo de sal e as respectivas estratégias para superá-los. O formulário começa com a instrução: pense nos obstáculos ou barreiras que podem interferir na sua redução do consumo de sal. Como você poderia superar estes obstáculos ou barreiras? Vamos escrever juntos seus planos na tabela (...) (E23 p3). - If motivation was present, the nurse discussed possible barriers to eating sufficient fruit/vegetables and how to overcome these barriers, in some cases resulting in defining personal goals to achieve behavioral change (E40 p274). - For those preparing to lose weight, the nurse works with the patient (...) anticipate potential barriers and prepare responses to them (...) (E53 p344). - (...) discussing strategies for overcoming barriers to healthy eating (problem solving) (E34 p188).
<p>Atender [10002911]</p>	<p>Assistir [10002850]</p>	<p>Na conscientização [10003083] sobre o regime dietético</p>			<ul style="list-style-type: none"> - (...) healthy behavioral change is more likely when children are <u>aware of their inadequate intake levels</u>, have knowledge of the recommended intake levels (...) (E40 p274). - In promoting lifestyle change for diet, participants were actively involved in <u>identifying current poor dietary habits</u> (...) (E60 p507).

		[10005951]			- The two educational interventions had similar content and covered general knowledge about end-stage renal disease and dietary management for haemodialysis (...) reasons for compliance and possible consequences of non-compliance (E49 p62).
Atender [10002911]	Assistir [10002850]	A identificar [10009631] significado dificultador [10023900] sobre o regime dietético [10005951]			- <u>Recognizing the force of personal meaning</u> for individuals with renal disease will support health professionals to help patients in pursuing the regime of fluid restriction (E41 p207). - <u>Understanding the meanings</u> that patients attribute to fluid restrictions may be helpful to nurses in designing adequate educational interventions (E41 p208).
Atender [10002911]	Assistir [10002850]	A gerir [10011625] o regime dietético [10005951]			- (...) supporting patients <u>to maintain their lifestyle changes</u> in terms of (...) <u>diet</u> (...) (E9 p208). - Their behavioral changes were enhanced through developing behavioral skills on <u>reviewing their eating pattern</u> (...) (E20 p280).
Atender [10002911]	Assistir [10002850]	A alterar [10002185] o regime dietético [10005951]			- The current program helped participants to modify their unhealthy self-management behaviors such as eating salty food or physical inactivity through monitoring with salinometers and keeping an exercise diary (E36 p125).
Atender [10002911]	Facilitar [assistir: tornar alguma	Apoio da família [10023680]			- (...) as well <u>as family</u> who may have to be a part of the plan (E1). - Patients were asked to list specific people they felt would be most helpful and least helpful in their attempt at lifestyle changes. Because expert opinions suggest

	<p>coisa mais fácil para alguém] [10007499]</p>			<p>the <u>inclusion of family in treatment</u>, patients were encouraged to bring these people to subsequent visits if possible (E2 p476).</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) self-directed provider-assisted plan to (...) move forward was created collaboratively by the patient, provider, <u>and family</u> (E2 p476). - Their behavioural changes were enhanced through developing behavioural skills (...) action planning and <u>implementation with their family partner</u> (E20 p280). - Parents' knowledge and their ability to handle diabetes (...) as well as family support were prerequisites for diabetes management (E28 p2104). - We also provided the patients' families with instructions on how to provide life-long support (E33 p53). - They provided crucial social support for the participants, gave suggestions for dealing with resistance to change from family members, and facilitated access to the medical system and other resources (E42 p114). - Given the social context in which self-management occurs, interventions that teach spouses to provide instrumental and emotional support may help patients initiate and adhere to behaviors that lower their LDL-C levels (E12 p1). - The most common types of support were to prepare food (...) (E43 p554). - Health professionals should understand the important role of the Thai family and make use of it when developing educational strategies aimed at helping people with diabetes successfully integrate disease management into their lives. For example, they should make use of family members as a valuable resource in diabetes self-management intervention programmes (E43 p556).
--	---	--	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> - (...) help family members develop a basic understanding of the importance of family support in facilitating patients' recovery, as well as explore ways to support the rehabilitative self-care of the patient at home (E45 p1888). - (...) family members were encouraged and instructed to participate in lifestyle change and provide support for the rehabilitative practice of the patient (...) (E45 p1888). - Family members were invited to attend. (E45 p1888). - Counselling the child in the presence of one parent enabled involvement of the family; this is important because the social environment is a recognised facilitator for dietary behavior. (E40 p278) - For those preparing to lose weight, the nurse works with the patient (...) ask for support from family and friends (E53 p344). - (...) allowing the clients to identify with familiar food choices. (E60 p506). - (...) preparing meals as a family is a good way to improve communication within the family and teach cooking techniques to the children (E5 p5). - (...) partner support was also found to contribute to weight loss success (E14 p6).
<p>Atender [10002911]</p>	<p>Envolver [10010877]</p>	<p>No processo de tomada de decisão [10005594] sobre o regime dietético</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Patients with end stage renal failure <u>need to take an active role to follow</u> a strict dialysis treatment regimens (...) and diet advice (E3). - The patients take an active role in following a regular schedule of dialysis treatment regimens, strict medication and diet advice (E3). - Focusing on personal motivation for change and <u>involving the family in care</u> are essential to improve the child's ability to make healthy choices and maintain

		[10005951]			motivation for change (E2 p478).
Atender [10002911]	Incentivar [10012242]	Participação [10014099]	[Em] Grupo [10008544]	:	<ul style="list-style-type: none"> - (...) patients were encouraged to offer support to each other. (E49 p62) - (...) contact participants at least five times, including (...) intervention group sessions (E55 p23). - (...) participants were encouraged to form three to four small groups and share their experiences about the day's education with their peers. They were encouraged to discuss subjects such as their lifestyle problems, feelings, information, and needs, as well as problem-solving measures (E36 p120). - (...) participants shared and evaluated their achievements and experiences with each other (E36 p120). - For patients, the best way to find out strategies for fluid restriction is to meet with other patients who are "in the same boat." (E41 p212). - Patients attain the knowledge they need to deal with their disease by themselves through meetings with other patients and using the Internet to find information or participate in forum discussions (...) (E41 p212). - The group education was didactic and interactive (E49 p62).
Atender [10002911]	Melhorar [10006945] <u>Intencionalidade/Objetivo</u>	A autoeficácia [10024911] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]			<ul style="list-style-type: none"> - (...) increase children's knowledge regarding healthy foods and self-efficacy (E24 p232). - (...) improve self-efficacy in choosing healthy food (not at home) (...) (E17 p195). - (...) increasing self-efficacy (...) to eat sufficiently (E40 p276).
Atender	Melhorar	A gerir [10011625]			<ul style="list-style-type: none"> - During these six sessions patients aim to improve daily functioning by optimizing

[10002911]	[10006945] <u>Intencionalidade/Objetivo</u>	o regime dietético [10005951]			their current lifestyle (i.e. physical activity and diet) (...) (E68 p4). - (...) improving specific self-management behaviours of dietary fat intake (...) (E13 p496)
Atender [10002911]	Melhorar [10006945] <u>Intencionalidade/Objetivo</u>	A adesão ao regime dietético [10030312]			- (...) enhance patient adherence to prescribed diet (...) (E18). - (...) the intervention focused on improving adherence to the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) dietary pattern (...) weight loss (...), reduced sodium intake (...) (E54 p688). - (...) interventions focus on improving adherence to nutritional guidelines (E71 p1583). - (...) Diet and nutrition (...) increases the likelihood that patients will perform the desired behaviour (i.e. adhere) (E11 p338).
Atender [10002911]	Melhorar [10006945] <u>Intencionalidade/Objetivo</u>	O conhecimento sobre o regime dietético [10021902]			- (...) increase children's knowledge regarding healthy foods and self-efficacy (E24 p232). - (...) improve knowledge, eating habits (...) (E24 p233). - To raise awareness of the importance of good diet and exercise habits to control the level of HbA1c in the blood of these patients (E47 p1026).
Atender [10002911]	Melhorar [10006945] <u>Intencionalidade/Objetivo</u>	A consciencialização sobre o regime dietético [10003083] [10005951]			- (...) and <u>increase awareness</u> of the child's inadequate intake (E40 p274).

Atender [10002911]	Melhorar [10006945] Intencionalidade/Objetivo	O apoio social [10018434]			- Increasing the support provided to patients is likely to improve their adherence to treatment recommendations (E12 p7).
Determinar [10005824]	Avaliar [10002673] [10007066]	A adesão ao regime dietético [10030312]			- Check the changes in eating habits caused by prescribed caloric intake (...) (E18). - Check (...) patient adherence to prescribed diet (...) (E18).
Determinar [10005824]	Avaliar [10002673] [10007066]	A disponibilidade [10016414] para alterar [10002185] comportamento [10003217] de gerir [10011625] o regime dietético [10005951]			- Healthy Eating and Activity Together (HEAT), suggests the following steps to assist patients in moving toward positive health behavior changes: identify their <u>readiness for change</u> (...) (E2 p475).
Determinar [10005824]	Avaliar [10002673] [10007066]	O gerir [10011625] o regime dietético [10005951]			- (...) a nurse received information concerning the assessment of fruit/vegetable intake (...) (E40 p273). - (...) evaluated their actual progress in following a balanced diet (...) (E47 p1027). - (...) assessed the nutritional habits acquired by the children during the educational sessions (E47 p1027). - (...) nurse asking the patient to talk about foods they eat in a typical day (E53 p344).

				<ul style="list-style-type: none"> - Questions are asked about (...) dietary intake of saturated fat (E39 p3). - The nurse reviewed the individual's diet (E53 p347). - Dietary intake was assessed by food records collected over three days at both baseline and at the end of the study, with pictures taken of each meal (E72 p84). - (...) child care visits as an opportunity to assess or counsel on nutrition (...) as they relate to obesity prevention (E19 p1341). - Eating habits were evaluated by means of a dietary questionnaire (...) E60 p507). - (...) to evaluate their dietary intake (...) (E24 p232) - [Women self-manage their weight] (...) evaluating whether or not they have achieved their goal and adjusting their plans based on outcomes (...) (E4 p2049). - The body weight and abdominal circumference were measured by the educator during each interview (...) (E33 p55). - (...) [diet] (...) assessing patient's BP readings, adherence to healthy lifestyle and reviewing contracted goals (...) (E57 p1376). - (...) [diet] (...) reviewing and revising, if appropriate, the mutually set health goals (...) (E57 p1376). - (...) fluid, and sodium monitoring (...) combination with goal setting and evaluation (reinforcement/feedback) (...) (E73 p218). - In the subsequent session, participants were required to report back whether their goals had been attained (E20 p276). - During subsequent visits, goals were evaluated (E17 p192). - (...) received a dietary plan, and were re-evaluated twice in 60-180 days by a
--	--	--	--	--

					nurse (...) (E59 p489).
Determinar [10005824]	Avaliar [10002673] [10007066]	A autoeficácia [10024911] para alterar [10002185] o regime dietético [10005951]			<ul style="list-style-type: none"> - Healthy Eating and Activity Together (HEAT), suggests the following steps to assist patients in moving toward positive health behavior changes: (...) assess their confidence and perceived ability to make the change (...) (E2 p475) - (...) assessing importance and confidence (and readiness) to change are integral to this approach (...) poor diet/nutrition (E6 p1237-8)
Determinar [10005824]	Avaliar [10002673] [10007066]	A força de vontade [10021109] para alterar [10002185] comportamento [10003217]			<ul style="list-style-type: none"> - (...) to assess (...) motivation level (...) (E13 p504). - Patients' earlier experiences with behavioural changes were discussed and information was gathered about individuals' potential, priorities, and motivation for achieving behavioural change and factors that could promote successful behavioural change (...) healthy food choices (...) (E17 p192). - (...) has been used to assess patients' motivations for behaviour change and build motivation for healthy behaviours (...) (E31 p268). - (...) to assess patients' motivations for behaviour change and build motivation for healthy behaviours, and to achieve goal setting and specific action plans (E32 p3). - (...) the nurse will assess the patient's current behaviour and motivation for change, by rating (...) (E32). - (...) will assess the patient's actual motivations for change, ask for their experiences with specific actions (if applicable) and continue to work on importance and confidence (E32 p7).
Determinar [10005824]	Avaliar [10002673]	O conhecimento sobre o regime			- (...) evaluating nutrition knowledge, self-care practices (...) and nutrition status (E24 p234).

	[10007066]	dietético [10021902]		<ul style="list-style-type: none"> - Asking questions to establish patients' knowledge (...) Questions are asked about (...) dietary intake of saturated fat (E39 p3). - After 4 to 6 weeks when the next blood work is done, patients will be asked to fill in a short knowledge assessment questionnaire, designed to recap what was learned in the video and individual training session (E70 p14). - Entrevista del paciente para determinar sus necesidades de salud en acciones de prevención, educación para el autocuidado, cambio de estilo de vida (nutrición y ejercicio) (...) (E44 p513). - Information is often given to patients without assessing what they have understood and internalized. (E41 p213) - (...) last session evaluated the knowledge acquired by children and parents about the disease. (E47 p1026) - (...) assessments of knowledge and behaviour (...) diet, body weight control (...) (E57 p 1376).
Determinar [10005824]	Avaliar [10002673] [10007066]	Barreiras [sem código] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]		<ul style="list-style-type: none"> - It is important for health professionals to explore the difficulties patients encounter in managing fluids, rather than labeling patients as “non-adherent” (E41 p214). - (...) attention should be given to the identification of environmental factors influencing participant behaviour, such as the food products offered in worksite cafeterias (...) (E14 p6). - (...) perceive multiple barriers to treatment, and perceive a need for enhanced education in order to help manage overweight children (E19 p1341).

Determinar [10005824]	Avaliar [10002673] [10007066]	A capacidade [10000034] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]			- (...) assessed (...) the ability to establish and achieve goals (E36 p120).
Determinar [10005824]	Calcular [10003818]	Ingestão nutricional [10013403] [calorias]			- Total daily energy intake was assessed by total intake of kJ per day and nutrient intake by percentage energy intake from carbohydrate, protein, and (saturated) fat of total energy intake. Cholesterol, fruit, and vegetable intakes were measured in (milli) grams per day (E64 p250). - (...) food energy calculation (E7 p3). - (...) calculate their energy intake and the consumption required for the dietary and exercise controls and set the respective goals (...) (E33 p54).
Informar [10010162]	Informar [10010162]	Sobre vantagens [sem código] de gerir [10011625] o regime dietético [10005951]			- If the motivation to change was lacking, then the nurse explained the benefits of adequate intake and tried to dispel misconceptions (E40 p274). - La información es una estrategia útil para mejorar la adherencia y, en este sentido, la enfermera fue responsable de fomentar ante el paciente la importancia de seguir el tratamiento farmacológico y el no farmacológico (E44 p515). - The two educational interventions had similar content and covered general knowledge about end-stage renal disease and dietary management for haemodialysis (...) reasons for compliance (...) (E49 p62).
Informar [10010162]	Informar [10010162]	Sobre apoio social [10018434] para			- The dietitians saw family members individually at each attendance, organized the healthy eating and weight management workshop, and advised on local

		gerir [10011625] o regime dietético [10005951]		<p>community facilities (E5).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moreover, participants should be stimulated to mobilize social support, which was found to be important for both achieving and maintaining change. (...) (E14 p6). - When adolescents have support about their disease they are more likely to be compliant with treatment and they might begin to make their own decisions about their health (E51 p420). - If barriers to care, such as a lack of transportation and cost of care and medications, or social isolation are identified, the nurse assists patients in identifying and using available resources to overcome barriers (e.g., community resources) (E53 p345).
Informar [10010162]	Ensinar [10019502]	Sobre complicações [10025459] do regime dietético [10005951] comprometido [10012938]		<ul style="list-style-type: none"> - (...) the patient (...) were educated by the provider about the risk and potential health issues associated with excess weight gain (E2 p475). - Particular emphasis was placed on their consumption of sweets as well as their knowledge of the health risks of a diet rich in carbohydrates (E47 p1027). - The two educational interventions (...) dietary management for haemodialysis (...) possible consequences of non-compliance (E49 p62).
Informar [10010162]	Ensinar [10019502]	Sobre risco de ingestão de	Família 10007554	<ul style="list-style-type: none"> - (...) the (...) family were educated by the provider about the risk and potential health issues associated with excess weight gain. (E2 p475)

		alimentos excessiva [10015114]			
Informar [10010162]	Ensinar [10019502]	Sobre o regime dietético [10005951]			<ul style="list-style-type: none"> - Booklet (..) gave information about desirable lifestyle changes including, (...), controlling alcohol consumption to moderate levels, reducing the use of dietary sodium, and details of the DASH eating plan (...) (E7 p4). - Reforçar que comer pouco sal é importante para a saúde (...) (E23 p6). - Os indivíduos foram estimulados a desenvolver seus planos para efetivação do comportamento de adição de até 4g/sal/dia por pessoa adulta, no preparo dos alimentos (...) (E23 p3). - (...) it was recommended that information about healthy food options and resources for low-income families should be available (E25 p5). - (...) healthy lifestyle education, which led to participants' decreased intake of high-calorie food and increased energy consumption through exercise (E36 p123). - (...) providing education on dietary habits (...) (E37 p539). - behavioral change theory and recent evidence that healthy behavioral change is more likely (...) have knowledge of the recommended intake levels (E40 p274). - (...) with recommendations to people with diabetes to consume less carbohydrate and have a less sweet diet (E43 p555). - Educación para el autocuidado de la enfermedad y mejora del estilo de vida (dieta y ejercicio de acuerdo al índice de masa corporal), promoción de adherencia terapéutica (...) (E44 p513).

				<ul style="list-style-type: none"> - To inform children and adolescents with diabetes and their parents or tutors of the characteristics of a balanced diet and good eating habits to control their disease more effectively (E47 p1026). - Nurses should emphasize sodium compliance in patients having haemodialysis and explain its adverse effects, such as excessive weight gain, hyper-tension, and peripheral edema (E49 p60). - (...) behavioral intervention include perceived risk of hypertension and knowledge, (...) weight management, (...) diet (...) (E53 p342). - Patients are sent additional information about reducing sodium in one's diet, sodium content of some popular fast food menu items, foods containing potassium and caffeine (...) (E53 p344). - (...) support in teaching how to deal with dietary rules (...) (E56 p385). - (...) introduction of a healthy low-fat diet (...) (E60 p504). - (...) basic education regarding the calorie and fat content of various foods (...) (E60 p505). - (...) with a primary focus on reducing fat intake (...) (E60 p507). - (...) consisted of continuous education and <u>reinforcement</u> of diet (...) (E67 p1361). - All components of self-management used a written action plan and included educational efforts, individualized exercise programs, realistic dietary goals and team communication (E72 p86). - (...) this translates to instructions to follow a lower calorie diet, but persons struggling with obesity are often poor estimators of food caloric content (E74
--	--	--	--	--

				<p>p455).</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) consisted of continued education and <u>reinforcement</u> of diet (...) adherence recommendations (E82 p1). - (...) including providing education about diet (...) (E82 p2). - (...) In addition, the nurse discusses how individuals can determine the sodium contents of food and remind patients of how much sodium they should ingest in a day (E53 p344). - Specific suggestions for managing excessive fluid accumulation include education, regular counseling, <u>reinforcement</u> of low sodium intake (...) (E73 p218). - Behavioral risk factor management attempts to inform the patient about diabetes and the relation of diabetes complications to diet, physical activity, and smoking behavior (E46 p1). - Educational intervention in patients having haemodialysis to improve their compliance with dietary and fluid restrictions appears to be effective (E49 p60). - (...) self-management behaviors (reduce fat or calories, (...), and control or lose weight) (...) (E8 p1). <p>(...) showing patients having haemodialysis what they should eat, how much fluid they can consume, and other information relevant to self-care (...) (E49 p61).</p> <ul style="list-style-type: none"> - It was created to help children learn to choose food and activities that will help them meet their daily food group and calorie requirements, include three meals and a snack each day, avoid high fat and sugar foods (...) (E24 p234). - (...) have been directed to manage their food and fluid intake (...) (E30 p56).
--	--	--	--	---

					<ul style="list-style-type: none"> - Educational intervention in patients having haemodialysis to improve their compliance with dietary and fluid restrictions appears to be effective (E49 p60). - The two educational interventions (...) dietary management for haemodialysis, identification of restricted/non-restricted food, fluid restrictions (...) (E49 p62).
Informar [10010162]	Ensinar [10019502]	A gerir [10011625] o regime dietético [10005951]			<ul style="list-style-type: none"> - Educating participants on how to make healthy choices when shopping for food or dining out (E20 p276). - (...) Utilizar temperos naturais; Adicionar, dentro da quantidade medida de sal, mais em algumas preparações; Temperar preparações específicas com mais sal para os familiares; Solicitar que familiares adicionem sal aos pratos; Reduzir progressivamente a quantidade de sal dos alimentos; Cozinhar a própria comida separada; Deixar de comer fora de casa; Servir-se fora de casa preferencialmente de alimentos não temperados; Deixar de consumir alimentos com alto teor de sal; Solicitar aos familiares que adicionem a quantidade de sal adequada; Substituir o consumo de preparações ricas em sal por outras com menor quantidade desse nutriente; Cozinhar os próprios alimentos separados dos alimentos das visitas; Solicitar às visitas que adicionem sal aos pratos; Temperar separadamente preparações específicas para as visitas; Utilizar somente o sal medido para preparar os alimentos (E23 p6). - (...) <u>reinforcement</u> of healthy nutritional habits, which included information on the characteristics and amount of healthy meals according to each case and also lifestyle modification reinforcement (E59 p491). - (...) specific strategies for shopping and eating out (...) (E60 p505).

				<ul style="list-style-type: none"> - The <u>notebook</u> gave healthy suggestions on recipe alternatives, low-fat alternatives for snacking and meals, and fast food choices. (E60 p507). - This study examined the effect of a multicomponent self-management intervention that included strategies to enhance fiber, vegetable, and fruit intake. (E69 p108). - (...) to translate nutritional guidelines into diets that are attractive to people and to find ways in which to make people change their (long-standing) dietary habits (E86 p1668). - Teaching healthy cooking methods (...) (E20 p276). - The options are the following: limit intake of sweetened beverages (E2 p475). - Rather than insisting that traditional foods be eliminated, they presented alternative methods of preparation, emphasized portion size, and suggested the addition of fruits and vegetables to the diet (E42 p114). - (...) give lectures to meet the individual needs of the participants (...) included (...) reducing weight (...) appropriate calories, how to understand nutrition indications on food packages, what to eat at restaurants and daily exercise. (E72 p84). - Emphasis was on practical aspects of nutrition (...) food preparation demonstrations, field trips to local grocery stores (...) (E55 p22). - Group sessions were informal, open discussions of goal setting and strategies for overcoming barriers, complemented with healthy, culturally appropriate snacks and food preparation demonstrations (E55 p22). - (...) the importance of diet self-management was emphasized during two cooking
--	--	--	--	--

					classes held in the first and fifth months of the education period (E72 p83).
Informar [10010162]	Ensinar [10019502]	Sobre o regime dietético [10005951]	Família [10007554]		<ul style="list-style-type: none"> - To inform children and adolescents with diabetes and their parents or tutors of the characteristics of a balanced diet and good eating habits to control their disease more effectively (E47 p1026). - Shopping as a family encourages unity within the group and allows the parents to teach the children to read food labels (E5 p5).
Informar [10010162]	Aconselhar [orientar: capacitar alguém para tomar a sua própria decisão através do diálogo] [10005254]	Sobre o regime dietético [10005951]			<ul style="list-style-type: none"> - Children with an elevated BMI should be counseled on diet and exercise at each encounter with their provider and offered more intense treatment as necessary using a stepwise approach to include family, community referral sources, pharmacological intervention, and possible surgery (E2 p474). - (...) diet (...) counseling (...) (E2 p474). - (...) provide dietary advice (...) (E6 p1240). - (...) patients having additional counselling about (...) diet (E7 p2). - An initial nutrition counseling session was scheduled by the nurse case managers based on participant interest and individual goals (E10 p406). - (...) individual dietary counseling (...) (E14 p4). - (...) receiving dietary, weight management (...) advice (e8 p1). - (...) guidance on risk factor control for all of the following: 1) dietary intake and weight management (...) (E8 p2). - (...) nurses were responsible for counselling patients on health behavior (...) (E9 p210). - (...) child care visits as an opportunity to assess or counsel on nutrition (...) (E19

					<p>p1341).</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) received prior professional dietary counselling, (...) (E29 p455). - (...) such as advice on diet, (...) have moderate, but potentially relevant effects in these patients, adherence to lifestyle advice in general practice is not optimal (E32 p1). - (...) provider counseling on dietary and lifestyle changes (...) (E37 p540). - (...) regular dietary advice (...) (E38 p2). - (...) focus more on the advice and counselling concerning the relevance of eating sufficient vegetables 'every day'. (E40 p278). - The dietary counselling focused on increasing the child's knowledge about recommended intake levels, increasing awareness of personal intake levels, and motivating the child to eat sufficient fruit/vegetables and/or discussing any barriers in order to increase self-efficacy for behavioural change. (E40 p274) - (...) who received individualized dietary advice complied with dietary recommendation for increasing fiber intake for at least 6 months (E69 p113). - (...) individualized dietary recommendations were delivered to intervention groups and were intended to educate participants on how to gradually increase their fiber intake via fruit and vegetable intake (E69 p114). - (...) received one-on-one dietary counseling (...) (E80 p87). - Individualized counseling included dietary advice to decrease total energy intake and avoid high-fat foods (...) (E80 p87). - (...) gave advice in terms of food (not nutrients) and patterns of eating for the
--	--	--	--	--	--

					family (...) (E5).
Informar [10010162]	Aconselhar [10005254]	Sobre o regime dietético [10005951]		Através de dispositivo de comunicação [10004714]	<ul style="list-style-type: none"> - (...) with computer-tailored nutrition advice and dietary counselling by a nurse may be an efficient approach in promoting a healthy diet (E40 p273). - The intervention consisted of a combination of Internet-tailored nutrition advice for the children followed by Internet-supported brief dietary counselling by the nurse in the presence of at least one parent (E40 p274). - To support the counselling, the nurse had access to the data on the child's intake and related determinants that were assessed with the computer-tailored Internet tool; a website provided the nurse with a summary of the child's dietary status and related determinants, the Internet-tailored advice and the child's answer to each item (E40 p274). - The Internet-tailored advice specifically aimed to increase knowledge of recommended intake levels, increase awareness of personal intake levels, and stimulate children's liking of fruit/vegetables and their availability in the home. (E40 p274). - Telephone counselling by practice nurses seems a valuable approach for adequate follow-up support (E32 p3).
Gerir [10011625]	Providenciar [10015935]	Material de leitura [10016433]			<ul style="list-style-type: none"> - Written materials and telephone access were next preferred methods for receipt of information (E1). - Written information (...) improve adherence. (E1). - (...) received additional materials (...) telephone encounters to reinforce the telephone conversation and provide a resource (E53 p342).

					<ul style="list-style-type: none"> - Supporting material that summarizes the discussion is mailed to the patient. This material includes the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet, which has been found to lower blood pressure (E53 p344). - (...) a patient workbook containing information and goal setting exercises around topics such as diet and physical activity to be completed over 3 months (...) (E75 p307). - These skills required time to develop, and ongoing training included reading, role-playing, and case discussion during team meetings (E79 p51). - (...) only 8.5 hours of face to face contact and a simple self-help manual (E7 p8). - Contents included in the textbook: Educational content (for participants) Diet (...) (E33 p53). - Written instructions for treatment, calorie intake (...) (E33 p55). - They identified the food pyramid as a beneficial tool in understanding what to eat and what to avoid (E60 p507). - (...) interest in an educational Web site and printed materials that could be distributed to all families on topics related to diet, nutrition, food shopping, portion size (...) (E19 p1344). - (...) a presentation about the food pyramid (knowledge building) (...) (E34 p188).
Gerir [10011625]	Providenciar [10015935]	Material educativo			<ul style="list-style-type: none"> - The responses of the individuals triggered care plans or educational materials that were tailored to the individuals' needs and preferences (E13 p504).

		[10024493]		<ul style="list-style-type: none">- The Blast-Off game is an entertaining way for students to increase their knowledge about the basic food groups (...) and making healthy food choices (...) (E24 p234).- Using the textbook we prepared, the educator held monthly, face-to-face, individual interview sessions (...) (E33 p54).- (...) whereas video education may have some advantages and play a supplementary role in the teaching procedures (...) It is apparent that using a video makes the teaching content more meaningful (49 p61).- (...) video education can improve self-care behaviours in patients with chronic medical conditions (E49 p66).
--	--	-------------------	--	---

**ANEXO 8 – MAPEAMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM POR CATEGORIA DE
AÇÃO**

Mapeamento das intervenções por categorias de ação com integridade referencial para os diagnósticos do domínio do Autocuidado - Gerir o Regime Dietético

1. Atender [10002911]:

1.1. Assistir [10002850]:

Assistir no processo de tomada de decisão [10005594] sobre o regime dietético [10005951]

Assistir a identificar [10009631] objetivos [sem código] para gerir [10011625] regime dietético [10005951]

Assistir a identificar [10009631] vantagens [sem código] de gerir [10011625] o regime dietético [10005951]

Assistir a identificar [10009631] barreiras [sem código] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]

Assistir na consciencialização [10003083] sobre o regime dietético [10005951]

Assistir a identificar [10009631] significado dificultador [10023900] sobre o regime dietético [10005951]

Assistir a gerir [10011625] o regime dietético [10005951]

Assistir a alterar [10002185] o regime dietético [10005951]

1.1.1. Facilitar [10007499]:

Facilitar o apoio da família [10023680]

1.1.2. Promover [10015801]:

1.1.2.1. Melhorar [10006945] – Intencionalidade

Melhorar a autoeficácia [10024911] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]

Melhorar a gerir [10011625] o regime dietético [10005951]

Melhorar a adesão ao regime dietético [10030312]

Melhorar o conhecimento sobre o regime dietético [10021902]

Melhorar a consciencialização [10003083] sobre o regime dietético [10005951]

Melhorar o apoio social [10018434]

1.1.2.2. Incentivar [10012242]:

Incentivar participação [10014099] [em] grupo [10008455]

1.1.3. Apoiar [10019142]:

1.1.3.1. Encorajar [10006823]:

Encorajar a identificar [10009631] objetivos [sem código] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]

Encorajar a consecução de objetivos [sem código] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]

Encorajar a autoeficácia [10024911] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]
Encorajar a consultar [10005017] tabela nutricional [sem código]
Encorajar a gerir [10011625] o peso corporal [10027385]
Encorajar o apoio social [10018434]

1.1.3.2. Reforçar [10016650]:

Reforçar o conhecimento sobre regime dietético [10021902]

1.2. Relacionar [10016678]:

1.2.1. Comportamento interativo [10010463]:

1.2.1.1. Envolver [10010877]:

Envolver no processo de tomada de decisão [10005594] sobre o regime dietético [10005951]

2. Determinar [10005824]:

2.1. Avaliar [10002673] – Atividade diagnóstica

2.2. Avaliar [10007066] – Atividade de vigilância

Avaliar a autoeficácia [10024911] para alterar [10002185] regime dietético [10005951]

Avaliar a força de vontade [10021109] para alterar [10002185] comportamento [10003217]

Avaliar o conhecimento sobre o regime dietético [10021902]

Avaliar a capacidade [10000034] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]

Avaliar disponibilidade [10016414] para alterar [10002185] comportamento [10003217] de gerir [10011625] o regime dietético [10005951]

Avaliar a adesão ao regime dietético [10030312]

Avaliar o gerir [10011625] o regime dietético [10005951]

Avaliar as barreiras [sem código] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]

2.2.1. Calcular [10003818]:

Calcular ingestão nutricional [10013403]

3. Informar [10010162]:

Informar sobre as vantagens [sem código] de gerir [10011625] o regime dietético [10005951]

Informar sobre o apoio social [10018434] para gerir [10011625] o regime dietético [10005951]

3.1. Orientar [10008592]:

3.1.1. Aconselhar [10005254]:

Aconselhar sobre o regime dietético [10005951]

Aconselhar sobre o regime dietético [10005951] através de dispositivo de comunicação [10004714]

3.2. Ensinar [10019502]:

Ensinar sobre complicações [10025459] do regime dietético [10005951] comprometido [10012938]

Ensinar a família [10007554] sobre o risco de ingestão de alimentos excessiva [10015114]

Ensinar sobre o regime dietético [10005951]

Ensinar a gerir [10011625] o regime dietético [10005951]

Ensinar a família [10007554] sobre o regime dietético [10005951]

4. Gerir [10011625]:

4.1. Distribuir [10006125]:

4.1.1. Providenciar [10015935]:

Providenciar material de leitura [10016433]

Providenciar material educativo [10024493]