

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Autogestão no doente diabético:

Papel do enfermeiro na promoção da autonomia

Dissertação de Mestrado orientada pela
Professora Doutora Cristina Barroso Pinto e
coorientada pela Professora Doutora Célia Brito
Santos

Virgínia Maria Gonçalves Regufe

Porto, 2017

“... os enfermeiros são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta através de actos, mas também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem uma saúde melhor.”

Hesbeen (2001)

Ao Diogo Nuno e à Sofia Bianca,
pelas minhas ausências...

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Cristina Barroso Pinto, agradeço a disponibilidade de me ter orientado a presente tese, com capacidade de trabalho e organização.

Quero também prestar o meu reconhecimento e agradecimento à Exma. Sra. Professora Doutora Célia Santos, pela sua competência, apoiando-me e disponibilizando os seus serviços como coorientadora na elaboração e concretização da tese.

A todos os meus colegas da Escola Superior de Enfermagem do Porto, especialmente a duas colegas que frequentaram a especialidade, Ana Luísa Carpinteiro e Fátima Oliveira, o meu muito obrigado pelo apoio demonstrado durante este percurso.

O meu bem-haja a toda a equipe do Serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar de São João, especialmente ao Sr. Enfermeiro José Carlos Maia e à Sra. Enfermeira Chefe Clementina Moreira, aos quais endereço o meu agradecimento pelo bom acolhimento que tive aquando da recolha de dados.

Não posso esquecer todos os utentes com diabetes que comigo colaboraram e sem os quais o meu trabalho não se poderia concretizar.

A todos os meus colegas de trabalho do Centro de Endoscopia Digestiva do Centro Hospitalar de São João, pelo encorajamento de nunca desistir e dum elevar da autoconfiança que sempre me transmitiram, especialmente à Enfermeira Susana Alexandra Ferreira.

Às minhas amigas, pois elas sabem quem são, pelo apoio dado nesta “caminhada”.

Aos meus filhos, quero agradecer duma forma muito sublime pelas horas roubadas e pelas lágrimas escondidas ao cantinho do olho. Toda a sua compreensão, amor e carinho foram demonstradas na atitude diária de eu estar sempre nos seus corações.

Ao meu marido, pelo seu amor incondicional e por toda a cumplicidade que faz de mim também aquilo que hoje sou!

À minha mãe por ser quem é, pelo amor transmitido à sua maneira e escuta incansável.

Finalmente à memória do meu PAI... “espero que te sintas orgulhoso de mim onde quer que estejas...”

A Deus pelo compromisso sempre presente na minha manifestação de fé e que me acompanha em todos os caminhos percorridos na vida!

ABREVIATURAS E SIGLAS

% – Porcento

ADA – *American Diabetes Association*

APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cm – Centímetro

DGS – Direcção Geral de Saúde

DM – *Diabetes Mellitus*

DP – Desvio-Padrão

E.S.S. – Escala de Suporte Social

F.I.D. – Federação Internacional de Diabetes

FC – Frequência Cardíaca

Hg glicada – Hemoglobina glicada

I.M.C – Índice de Massa Corporal

ICN – *International Council of Nurses*

IDF – *International Diabetes Federation*

kg – Quilograma

M – Média

m – Metro

Máx - Máximo

Med – Mediana

mg/dl – Miligrama por decilitro

Min – Mínimo

mmHg – Milímetros de mercúrio

Mo – Moda

n – Valor selecionado da amostra

N – Valor total da amostra

ns – Não significativo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OND – Observatório Nacional da Diabetes

p. – Página

p/m – Pulsações por minuto

PNPCD – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

pp. – Páginas

QAR– Questionário de Autorregulação

QSS – Questionário de Suporte Social

SPEDM – Sociedade Portuguesa de Endocrinologia e *Diabetes Mellitus*

SS – Suporte Social

TA diastólica – Tensão arterial diastólica

TA sistólica – Tensão arterial sistólica

TAD – Teoria da Autodeterminação

UE – União Europeia

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I	7
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1. DIABETES <i>MELLITUS</i>	9
1.1 Impacto da Diabetes na Vida da Pessoa e sua Família	12
1.2 Complicações e Tratamento da Diabetes	14
1.3 Educação Terapêutica como Estratégia no Controlo da Diabetes	17
2. AUTOGESTÃO DA DIABETES	21
2.1 Adesão Terapêutica na Diabetes	24
2.2 Motivação e Ambiente Terapêutico – Teoria da Autodeterminação	27
2.3 Suporte Social.....	30
CAPÍTULO II	33
ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	33
3. METODOLOGIA	35
3.1 Questão de Investigação	35
3.2 Objetivos e Finalidade do Estudo	36
3.3 Tipo de Estudo	37
3.4 População / Amostra do Estudo	38
3.4.1 Caracterização da amostra	40
3.5 Instrumentos de Recolha de Dados.....	49
3.5.1 Questionário de Autorregulação.....	50
3.5.2 Escala de Competência Percebida	52

3.5.3	Questionário de Perceção sobre o Ambiente Terapêutico	53
3.5.4	Escala de Adesão aos Medicamentos	53
3.5.5	Questões Abertas	54
3.5.6	Escala de Suporte Social	55
3.6	Procedimentos de Recolha de Dados	55
3.7	Análise e Tratamento de Dados	57
3.8	Considerações Éticas	59
CAPÍTULO III		61
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS		61
4.	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	63
5.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
CONCLUSÃO		85
BIBLIOGRAFIA		91
ANEXOS		103
Anexo I - Questionário: Autogestão no doente diabético		105
Anexo II - Autorização pela Comissão de Ética Hospitalar		117
Anexo III - Autorização pelo Diretor de Serviço		123
Anexo IV - Autorização pela Enfermeira Chefe do Serviço		127
Anexo V - Autorização dos autores dos instrumentos de medida		131
Anexo VI - Declaração de Consentimento Informado		139

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra, segundo o sexo e o estado civil	40
Tabela 2 – Distribuição da amostra, segundo a idade e os anos de escolaridade	41
Tabela 3 – Distribuição da amostra, segundo o distrito de residência.....	41
Tabela 4 – Distribuição da amostra, quanto ao número de filhos	42
Tabela 5 – Distribuição da amostra, segundo a profissão.....	43
Tabela 6 – Distribuição da amostra, segundo a situação no emprego.....	44
Tabela 7 – Distribuição amostra, segundo a consulta de acompanhamento e o tratamento para a depressão	45
Tabela 8 – Distribuição da amostra, segundo TA sistólica, TA diastólica e FC (frequência cardíaca).....	46
Tabela 9 – Distribuição da amostra, segundo peso (kg), altura (m) e índice de massa corporal (IMC) (N=144).....	47
Tabela 10 – Distribuição da amostra, segundo o valor da glicemia capilar e hemoglobina glicada	47
Tabela 11 – Questionários da autorregulação (QAR), competência percebida e ambiente terapêutico.....	63
Tabela 12 – Escala de Adesão aos medicamentos.....	64
Tabela 13 – Escala de Suporte Social (ESS).....	65
Tabela 14 – Comparação de médias entre as subescalas QAR, competência percebida, percepção de ambiente terapêutico e ESS e a variável sexo	67
Tabela 15 – Análise da correlação entre as subescalas QAR, competência percebida, percepção de ambiente terapêutico e ESS com as variáveis idade e anos de escolaridade.....	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra, segundo o concelho em que habita no distrito do Porto	42
Gráfico 2 – Distribuição da amostra, quanto ao tempo de diagnóstico (número de anos – N=142)	44
Gráfico 3 – Distribuição da amostra de acordo com a frequência das consultas de enfermagem (N=129)	45

RESUMO

A diabetes *mellitus* tipo 2 é uma doença crónica em larga expansão em todo o mundo. A rápida evolução epidemiológica global registada nos últimos anos (aumento da prevalência e da incidência) leva a que ela seja considerada uma das pandemias do século XXI, acarretando consigo elevados custos sociais e económicos. É desejável que as pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 possam ter uma vida saudável e sem grandes limitações, mas para que isso aconteça, é necessário fazer o tratamento adequado, facto que implica a existência de uma parceria de cuidados entre a pessoa com diabetes e o enfermeiro que se apresente como facilitador da autogestão da doença.

Este estudo tem como principais objetivos contribuir para a compreensão do processo da autogestão na pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2 e o papel do enfermeiro na promoção da sua autonomia.

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal, sustentado conceitualmente na teoria da autodeterminação. A amostra do estudo foi constituída por pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 há mais de um ano, com idade superior a 18 anos e que eram seguidas na consulta da diabetes há, pelo menos, 6 meses. Participaram no estudo 144 pessoas de ambos os sexos, com idades entre os 21 e os 84 anos.

Para a recolha de dados foi utilizado um questionário intitulado “Autogestão na pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2”, composto por seis instrumentos: questionário sociodemográfico, clínico e de tratamento; questionário de autorregulação; questionário de perceção sobre o ambiente terapêutico; escala de competência percebida; escala de adesão aos medicamentos; e, escala de suporte social.

Os resultados evidenciam que as pessoas portadoras de diabetes *mellitus* tipo 2 conseguem fazer a autogestão da sua doença, demonstrando adesão ao regime medicamentoso proposto pelo médico e sentindo-se autónomos e competentes para adotar os comportamentos de saúde esperados. Sentem-se, no entanto, um pouco controladas pelos outros (familiares e profissionais de saúde) para aderirem ao regime terapêutico e moderadamente motivadas para realizar as alterações necessárias à sua vivência com a doença. Os resultados mostram, ainda, que as pessoas com diabetes que incluíram a amostra tinham uma boa perceção sobre o ambiente terapêutico (relação com o enfermeiro) e sobre o suporte social que detinham. Verificou-se, ainda, que as variáveis sexo, idade e escolaridade influenciaram a perceção de autonomia no autocuidado da pessoa face à gestão do regime terapêutico.

Com base nos resultados, consideramos que este estudo contribui para a compreensão dos processos associados à mudança de comportamentos e à promoção desses comportamentos no que concerne à autogestão da diabetes *mellitus* tipo 2. Este estudo vem, também, corroborar a necessidade de adotar novas abordagens à pessoa portadora de diabetes *mellitus* tipo 2, sendo que os cuidados centrados na pessoa permitem que esta mobilize competências para gerir, com maior eficácia, a sua saúde e obter ganhos em saúde.

Palavras chave: Diabetes *mellitus* tipo 2, Enfermagem, Teoria da autodeterminação, Adesão terapêutica, Autogestão da diabetes.

ABSTRACT

Type 2 diabetes mellitus is a chronic disease with a progressively increasing prevalence around the world. The rapid and globally registered epidemiology of this disease in the last years (increase in prevalence and incidence) has led to its recognition as pandemic in the 21st century, leading to high social and economic costs. It is a goal that these patients with type 2 diabetes mellitus have a healthy life without great limitations, but for that to happen, it is necessary to implement appropriate treatment, which requires the existence of a partnership of care between the patient with diabetes and the nurse that facilitates self-care of the disease.

This study has as main aims contributing to the comprehension of the process of self-care in a patient with type 2 diabetes mellitus and the role of the nurse in promoting his autonomy.

It is a quantitative, observational, descriptive and transversal study, conceptually based on the principle of self-determination. The study population consisted of people with type 2 diabetes mellitus for over one year, older than 18 years and followed up in a diabetes outpatient clinic, for at least 6 months. The sample was composed by 144 patients of both genders, with ages between 21 and 84 years.

To collect data, a questionnaire entitled "Self-care of the person with type 2 diabetes mellitus", composed of six tools: sociodemographic, clinical and treatment questionnaire; self-regulation questionnaire; perception about the therapeutic environment questionnaire; competence perceived scale; medication compliance scale; and, social support scale.

The results showed that patients with type 2 diabetes mellitus could perform self-care of their disease, demonstrating compliance with medication proposed by their physician and feeling autonomous and capable of adopting expected healthy behaviours. They feel, nevertheless, somewhat controlled by others (family and healthcare professionals) to comply with the treatment regime and moderately motivated to carry out the necessary changes to live with the disease. The results demonstrated, in addition, that people with diabetes in the population had a good perception of their therapeutic support (relationship with the nurse) and social support. The variables gender, age and educational level influenced the perception of autonomy in self-care in relation to the treatment plan.

Based on the results, we consider this study to contribute to the understanding of the processes associated with the change in behaviour and the encouragement of this behaviour regarding self-management of type 2 diabetes mellitus. This study, also, corroborated the need to adopt new strategies for people with type 2 diabetes mellitus, focusing on patient centred care allowing for the development of capacities to manage, with higher efficacy, his health and obtaining improvements in his health.

Key words: Type 2 diabetes mellitus, nursing, theory of self-determination, treatment compliance, diabetes self-management.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a doença crónica é uma doença que apresenta uma ou mais das seguintes características: ser permanente, produzir incapacidades e/ou deficiências residuais e ser causada por alterações patológicas irreversíveis. A doença crónica exige, ainda, uma formação especial da pessoa para a reabilitação com longos períodos de supervisão, observação e cuidados (Plano Nacional de Saúde, 2009/2010).

Patrão (2011) afirma que cerca de 80% da carga de doença nos países em desenvolvimento é consequência das doenças crónicas. De acordo com a OMS, até 2020 a principal causa de incapacidade no mundo serão as doenças crónicas as quais, se não forem bem geridas, representarão uma maior sobrecarga para os sistemas de saúde. Para além disto, as doenças crónicas refletem-se no bem-estar individual, tornando-se num grave problema de saúde pública (WHO, 2002).

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2009/2010, as doenças crónicas incapacitantes abrangem, hoje, cerca de 40 a 45% do total de doenças sinalizadas no nosso país. A tendência é para que este número continue a crescer. A diabetes é uma das doenças crónicas com maior potencial de crescimento, acarretando vários riscos de incapacidades e morte. O Plano Nacional de Saúde salienta ainda que uma em cada vinte mortes que acontecem é atribuída à diabetes. Esta patologia faz parte da lista das cinco doenças com maior índice de mortalidade no mundo. Assim, poder-se-á dizer que existe uma epidemia mundial da diabetes, especialmente da diabetes *mellitus* tipo 2 que representa cerca de 90% de todos os tipos de diabetes. A diabetes *mellitus* tipo 2 é, em grande parte, consequência do estilo de vida da população atual, caracterizado pelo aumento da obesidade, sedentarismo e por uma dieta excessivamente calórica, à qual acresce o envelhecimento da população, fator considerado de grande importância e risco a nível europeu (PNS, 2011- 2016).

Segundo o relatório "Diabetes: Factos e Números" do Observatório Nacional da Diabetes (OND, 2015), em 2014 a diabetes matou 12 pessoas por dia, estando presente em mais de um quarto dos óbitos ocorridos nos hospitais públicos em Portugal. De acordo com o Observatório e a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD), a prevalência estimada desta doença na população portuguesa, com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos foi, em 2014, de 13,1%, o que significa que mais de um milhão de portugueses nesta faixa etária tem diabetes.

O documento do OND (2015) refere que o número de utentes com alta clínica em menos de 24 horas nos hospitais portugueses e em que a diabetes se assumiu como diagnóstico principal, apresenta um crescimento acentuado (o número de novos casos quadruplicou a sua representatividade entre os anos de 2009 e 2014).

Para Ribeiro (1998), as doenças crónicas podem surgir em qualquer idade e incluem um leque muito variado de doenças, como por exemplo a epilepsia, a artrite reumatoide e a diabetes, entre outras. O tratamento deste tipo de patologias não implica uma cura, mas sim a sua gestão quotidiana.

Segundo Ribeiro (2005, p.219),

“a emergência de uma doença crónica é um acontecimento não-normativo que constitui um poderoso agente de stress e, como tal, implica que o indivíduo a integre na sua vida, procurando um equilíbrio entre as suas actividades diárias habituais e o controlo da doença. Quando este controlo ou equilíbrio não é conseguido, a pessoa experimenta emoções geradoras de stress, habitualmente contínuo e de alta intensidade”.

A revisão da literatura realça o conceito de autogestão (*self management*), como sendo uma aprendizagem e treino de competências necessárias para garantir uma vida ativa e emocionalmente satisfatória, face a uma doença crónica (Loreng, 1993). Para os enfermeiros, o conceito de autogestão integra-se no de autocuidado em saúde (*self healthcare*) que engloba o conjunto de todas as ações (comportamentos) e decisões que a pessoa toma de modo a prevenir, diagnosticar e tratar problemas de saúde (Coppard *et al.*, 1984).

O tratamento da diabetes tem como objetivos obter um adequado controlo metabólico, prevenir o aparecimento de complicações agudas e tardias, obter a reintegração social da pessoa com diabetes e manter a qualidade de vida. Isso exige a adoção e/ou alteração de comportamentos de saúde que têm de ser integrados na rotina diária da pessoa. A

cronicidade da doença associada às características do regime terapêutico instituído e às alterações no estilo de vida da pessoa, são fatores que contribuem para a baixa adesão à gestão na doença, vulgarmente encontrada nas pessoas com diabetes. A diabetes *mellitus* é, por isso, considerada como uma das doenças crónicas com o tratamento mais exigente e cuja não adesão favorece um aumento acrescido da sua morbilidade e mortalidade.

Tal como noutra doença, na diabetes *mellitus* a adesão ao tratamento é fundamental, mas revela-se uma tarefa de elevada complexidade para a pessoa. Da revisão da literatura efetuada, podemos afirmar que a taxa de adesão na doença crónica é inferior à taxa de adesão na doença aguda. Uma baixa adesão ao tratamento compromete a saúde da pessoa, na diabetes esta baixa adesão está normalmente relacionada com insuficiente controlo metabólico. Bugalho e Carneiro (2004) corroboram com esta ideia e acrescentam que a adesão ao tratamento é um indicador central de avaliação da qualidade dos cuidados e que esta deve ser avaliado em qualquer sistema de saúde moderno e eficaz.

Os aspetos inerentes à adesão ao regime terapêutico, principalmente em situações de doença crónica, são de extrema importância para os enfermeiros, uma vez que os comportamentos de não adesão, para além de levarem ao aumento da probabilidade do insucesso do regime terapêutico, são também responsáveis pelo aparecimento de complicações e pelo consequente aumento das taxas de morbilidade e mortalidade e ainda pelo aumento dos gastos com a saúde principalmente em pessoas idosas (WHO, 2003). O enfermeiro surge como um importante agente mediador e facilitador da adaptação da pessoa à sua condição de saúde. Uma vez que o enfermeiro é quem mantém uma relação de maior proximidade com a pessoa, é ele que se apresenta como sendo a pessoa indicada para a ajudar na promoção de comportamentos de adesão, que passam pela chamada “consciencialização” para a mudança necessária.

Assim, atendendo a estas questões, e sem esquecer que as doenças crónico-degenerativas (onde se inclui a *diabetes mellitus*) estão relacionadas com hábitos sociais e culturais dos indivíduos num longo período da sua vida, torna-se imperativo que as intervenções em saúde devam ocorrer com carácter preventivo e precoce. A saúde e a doença não são mais do que o equilíbrio dinâmico/biológico entre o homem e o seu meio ambiente. A saúde é uma adaptação a esse meio e a doença é um desajuste ou inadaptação. Por conseguinte, a prevenção requer um maior envolvimento e uma mudança de atitudes, crenças e comportamentos por parte dos utentes.

Motivadas por esta problemática à qual acresce as inquietações sentidas enquanto profissional com experiência na área da consulta da diabetes, decidimos desenvolver este estudo no âmbito da autogestão na pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2 e do papel do enfermeiro na promoção da sua autonomia, que teve como questão de partida: Como é realizada a autogestão da doença em pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2?

No sentido de que os fatores psicossociais podem influenciar a adoção de comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis, nomeadamente os fatores motivacionais, propusemos desenvolver um estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal, no contexto da consulta de enfermagem da diabetes, tendo como modelo conceptual a teoria da autodeterminação. A opção por este modelo teórico, deriva da forma como este vê o ser humano, com potencial de crescimento, desenvolvimento e com capacidade para alterar o seu comportamento, no sentido de obter um estilo de vida mais saudável (Ryan e Deci, 2000).

Atendendo à inexistência de investigação, a nível nacional, focalizada no objeto de estudo e na problemática anteriormente referida, optamos por desenvolver o estudo partindo dos seguintes objetivos:

- Avaliar a autorregulação da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2, face à gestão do regime terapêutico;
- Avaliar a competência percebida da pessoa com a diabetes *mellitus* tipo 2, relativamente à gestão do regime terapêutico.
- Avaliar a perceção sobre o ambiente terapêutico da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2, face à gestão do regime terapêutico;
- Avaliar a adesão da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2 ao regime terapêutico;
- Caracterizar o suporte social da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2;
- Avaliar o papel preditivo das variáveis sociodemográficas e clínicas da pessoa com diabetes na autorregulação da doença, no ambiente terapêutico, na adesão e na perceção do suporte social.

Este estudo está integrado no projeto de investigação “Autogestão na doença crónica” em desenvolvimento na UNIESEP, incorporado na Unidade Científico Pedagógica: Autocuidado,

do qual fazem parte um conjunto de docentes e estudantes da ESEP, coordenado pela Professora Doutora Célia Santos.

Esta dissertação encontra-se organizada em três grandes capítulos. O primeiro é referente à revisão teórica, sustentada na literatura mais recente e em alguns documentos imprescindíveis para a compreensão da temática em estudo. No segundo, apresentamos o enquadramento metodológico, onde descrevemos o método que guiou toda a investigação, com referência aos objetivos, aos participantes, ao instrumento utilizado na recolha dos dados, ao procedimento para a recolha de dados e às estratégias para a sua análise. No terceiro capítulo, apresentamos os resultados obtidos no estudo e a sua discussão, tendo como fio condutor os objetivos e a respetiva questão de investigação. Terminamos com uma conclusão, em que se sintetiza os principais resultados obtidos no estudo, bem como analisamos as suas principais implicações para a prática de enfermagem e investigação.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. DIABETES MELLITUS

A diabetes *mellitus* é uma doença metabólica de etiologia múltipla, caracterizada pelo aparecimento de hiperglicemia crónica e alterações no metabolismo dos prótidos, dos lípidos e dos glícidos. Esta ocorre, quando o organismo se torna “resistente” aos efeitos da insulina, ou não produz a insulina suficiente para manter dentro da normalidade os níveis de glicose no sangue, à qual se associam vários graus de insulinoresistência e um conjunto de complicações neurológicas, micro e macrovasculares, cuja prevenção passa por um diagnóstico e tratamento precoces (FID, 2013).

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2008 e 2014) e a *American Diabetes Association* (ADA, 2010) existem quatro tipos de diabetes etiologicamente distintos: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes.

A diabetes tipo 2 é a forma mais frequente da doença, representando em Portugal cerca de 13%, sendo que destes 5,7% não sabem que a apresentam (Portal da Saúde, 2013). Este tipo de diabetes pode desenvolver-se em qualquer idade podendo, na maioria das vezes, ser prevenida. É uma doença silenciosa que se desenvolve durante muitos anos, sendo também uma doença em crescimento que atinge cada vez mais pessoas em todo o mundo e, cada vez mais, em idades mais jovens (Bial-DM, 2013).

As manifestações da diabetes surgem devido à hiperglicemia existente e ao facto da glicose não ser utilizada eficazmente enquanto fonte de energia. O organismo reage à hiperglicemia eliminando o excesso de glicose através da urina. Assim, os sintomas de uma hiperglicemia aumentada incluem: poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia, visão turva, fadiga, prurido sobretudo a nível genital e episódios regulares de cicatrização lenta de lesões (Portal da Saúde, 2013). Segundo a Federação Internacional de Diabetes (FID, 2013) a suscetibilidade a certas infeções pode também acompanhar a hiperglicemia.

Enquanto na diabetes tipo 1, os sinais e sintomas são geralmente perceptíveis desenvolvendo-se em poucas semanas, na diabetes tipo 2 os sinais e sintomas não são tão perceptíveis devido à progressão lenta da doença. Na diabetes tipo 2, por vezes o diagnóstico é feito durante a

realização de exames de rotina e, tal como na diabetes tipo 1, os sintomas aliviam a partir do momento em que se inicia o tratamento e se consegue um controlo glicémico adequado (FID, 2013).

Apesar das alterações genéticas serem consideradas fatores essenciais à predisposição para a diabetes (Gonder-Frederick, Cox e Ritterband, 2002) a sua ativação requer a presença de outros fatores, como por exemplo, os ambientais e/ou comportamentais (Videira, 2011). Estes últimos estão particularmente associados aos estilos de vida, como por exemplo, o excesso de peso, a obesidade abdominal e o sedentarismo.

Segundo DGS (2002) o aumento da incidência da diabetes, especialmente a do tipo 2 verifica-se nos países onde as mudanças do estilo de vida ocorreram a uma velocidade maior. Trata-se, portanto, de uma doença crónica causada por fatores ambientais, genéticos e pelo estilo de vida, com um elevado índice de morbilidade e mortalidade.

Candib (2007) e Patrão (2011) afirmam que existem vários fatores possíveis para o desenvolvimento da diabetes *mellitus* tipo 2, como: a obesidade, a alimentação inadequada, a inatividade física, o envelhecimento, a resistência à insulina, a história familiar de diabetes, o ambiente intrauterino dismetabólico e a etnia. Alberti, Zimmel e Shaw (2007) classificam esses fatores – fatores de risco – em modificáveis e não modificáveis. Os fatores de risco não modificáveis incluem os fatores genéticos, o sexo, a etnia e a idade. Os fatores de risco modificáveis abrangem os estilos de vida, os hábitos alimentares, a atividade física, a obesidade, os hábitos tabágicos e os alcoólicos.

A OMS alude que, atualmente existem cerca de 346 milhões de pessoas com diabetes em todo o mundo (OMS, 2011). Videira (2011) menciona que determinadas pessoas (subgrupos) apresentam maior risco de desenvolver diabetes, tais como minorias étnicas e pessoas com níveis socioeconómicos baixos, por apresentarem equitativamente: elevado risco de um diagnóstico tardio, inadequada autogestão da doença, pobre controlo glicémico, desenvolvimento frequente de complicações, visitas frequentes ao hospital e mais hospitalizações.

Videira (2011) acrescenta que a diabetes:

- Reduz a esperança de vida entre cinco a dez anos, devido à doença cardiovascular prematura;

- Aumenta o risco de enfarte agudo do miocárdio (EAM) e de acidente vascular cerebral (AVC) entre duas a cinco vezes;
- Reduz a proteção das mulheres contra a doença cardiovascular na fase pré-menopausa;
- Constitui a causa mais comum de amputação não traumática dos membros inferiores, de cegueira em adultos em idade ativa e de fase terminal na doença renal;
- Conduz ao desenvolvimento de doença renal, evidente em cerca de 30% das pessoas portadoras da diabetes;
- Conduz ao desenvolvimento de impotência sexual em cerca de 50% dos homens, com diabetes de longa duração.

O tratamento da diabetes tipo 2 engloba, portanto, a prática de uma alimentação saudável, a prática de exercício físico e a administração de terapêutica oral. Em algumas situações pode também englobar a administração de insulina, embora esta última não se apresente como sendo uma forma de terapêutica comum (DGS, 2008 e 2014; Gonder-Frederick, Cox e Ritterband, 2002).

As complicações da diabetes podem ser agudas ou crónicas. Nas complicações agudas encontra-se a cetoacidose e hiperglicemia hiperosmolar ou a hipoglicemia. As complicações crónicas dividem-se em macrovasculares, de que são exemplo as doenças cardiovasculares e em microvasculares que incluem a retinopatia, a neuropatia (pé diabético) e a nefropatia diabética. Estas complicações (crónicas) surgem habitualmente a longo prazo e, em particular, quando existe um quadro de hiperglicemias repetidas. Medina (2008) refere que estas são cada vez mais frequentes devido ao aumento da longevidade e à evolução das ciências médicas.

Para Fung *et al.* (2007) o aumento da prevalência da diabetes leva a uma perda económica para o país, devido à ocorrência de um conjunto de aspetos: diminuição da produtividade no trabalho, reformas precoces ou limitação da capacidade funcional resultante das complicações da doença.

Para o Professor Doutor José Luís Medina (2008), presidente da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (SPEDM), “...a diabetes mellitus é uma doença crónica que necessita de cuidados médicos continuados e de educação terapêutica do doente,

medidas que são fundamentais para a prevenção das complicações agudas e tardias” (pp. XI-XV).

1.1 Impacto da Diabetes na Vida da Pessoa e sua Família

Como se referiu anteriormente, a diabetes é uma doença crónica com enorme crescimento em todo o mundo e Portugal não é exceção. Em 2009 foi realizado um estudo de prevalência da diabetes que mostra que em Portugal 11,7% da população entre os 20 e os 79 anos possui a doença, sendo que dessas pessoas 43,7% não a tem clinicamente diagnosticada.

Moura (2013) citando Leal *et al.* (2009), afirma que a diabetes *mellitus* constitui, atualmente, um dos principais problemas de saúde no que se refere, tanto ao número de pessoas afetadas, como ao elevado investimento do governo para controlar a doença e tratar as suas complicações.

Ribeiro (1998) refere que o aparecimento de uma doença crónica “... *é um acontecimento não-normativo que constitui um poderoso agente stressor*” (p.185). De facto, o diagnóstico da doença pode afetar profundamente o modo como cada pessoa vê a sua vida e influenciar a forma como a vive, nomeadamente o que faz, o que valoriza e com se relaciona. O aparecimento da doença torna a pessoa frágil e vulnerável, relembrando a noção de finitude e de falibilidade. Ansiedade, medo, culpa, revolta e preocupação, são alguns dos sentimentos que estas pessoas poderão enfrentar.

O contacto inicial da pessoa com a doença, habitualmente dá-se através da perceção dos seus sintomas. Na diabetes tipo 2, a doença é facilmente desprovida de sintomas iniciais passando facilmente despercebida, facto que leva a que o seu diagnóstico seja inesperado. Tal como acontece noutras doenças, o equilíbrio alcançado irá depender do processo de autogestão conseguido.

Uma vez que a diabetes é uma doença com ausência de dor física, o seu autocontrolo vai exigir adaptações no estilo de vida da pessoa. Amaral (1997) afirma que as características individuais da pessoa como as perturbações psicológicas, a personalidade, o estilo de *coping* e as crenças de saúde, influenciam os comportamentos de autocontrolo da doença.

Almeida (2003) garante que existe uma correlação significativa entre a adesão comportamental ao tratamento da diabetes, o controlo metabólico e a qualidade de vida. Para o autor, esse resultado é determinado pela interação de variáveis macrossociais (classe social), variáveis psicossociais (conflitos no ambiente familiar e suporte social da família) e variáveis psicológicas (stress, autoeficácia ou conhecimento sobre a diabetes). De facto, existe uma grande variedade de fatores que são responsáveis pelo comportamento relativo à saúde da pessoa, sendo esse o principal responsável pelo equilíbrio no controlo e gestão da doença.

Cummings, Becker e Maile (1980) destacam seis fatores como sendo os principais responsáveis pelos comportamentos relativos à saúde: i) Acessibilidade aos serviços de saúde; ii) Atitudes relativas à saúde; iii) Perceções de ameaça da doença; iv) Conhecimentos relativos à doença; v) Características do suporte social; e, vi) Fatores demográficos. Deste conjunto de fatores, a maioria são de ordem cognitiva (ii a iv) e englobam crenças, conceções ou pensamentos que as pessoas desenvolvem sobre a doença.

Gonçalves (1993) e Fontaine (1987) agrupam os modelos cognitivos em duas grandes categorias: os modelos perceptivos e os modelos da autorregulação. Os modelos de autorregulação são importantes na compreensão do comportamento relativo à saúde e referem-se aos processos mentais e psicológicos pelos quais as pessoas desenvolvem conceções em relação a si mesmas, implementam comportamentos, avaliam a sua execução, corrigem o seu comportamento ou alteram o ambiente de modo a atingir os objetivos definidos (Bandura, 1989 e 1992; Gonçalves, 1993).

Apesar de existirem vários modelos no que concerne à gestão e controlo da doença, todos enfatizam a racionalidade do comportamento, sendo o comportamento em saúde e a adesão terapêutica o produto final do processo de tomada de decisão assente no processamento da informação disponível. Nesse sentido, a equipe de saúde, e em particular o enfermeiro, tem como função principal ajudar a pessoa a participar no processo de tomada de decisão autónoma, informada e responsável, proporcionando para isso os recursos necessários para que esta potencie as suas capacidades e as da sua família (Leal et al. 2009, cit. por Moura, 2013).

A família sempre foi considerada o núcleo fundamental da sociedade. Ela representa uma unidade social formada por pessoas que compartilham uma relação de sangue e se esforçam em conjunto para alcançar um objetivo comum. Nesse sentido, numa família cada membro sabe o que pode esperar dos outros e, se uma pessoa necessita de alterar o seu estilo de

vida devido a uma alteração de saúde, o sistema familiar deve acompanhar e apoiar essa alteração.

Tal como acontece em outras situações de saúde, na pessoa com diabetes, a doença também afeta os seus familiares. A alteração das rotinas na pessoa com diabetes introduz também inseguranças e alterações nas rotinas dos seus membros. Os familiares ficam ansiosos face às complicações que podem ocorrer decorrentes da doença. Por outro lado, também eles são elementos facilitadores no processo de gestão da doença, auxiliando a pessoa com diabetes através da adoção de um conjunto de hábitos de vida saudável que promovam o melhor controlo da doença (alimentação e exercício). Os horários das refeições, o tipo de alimentos e o exercício físico, quando partilhado por todos os elementos da família, podem constituir um momento construtivo de reforço positivo que leva ao aumento da segurança e ao melhor controlo dos valores glicémicos. De facto, a participação ativa de todos os membros da família é essencial na gestão satisfatória da diabetes.

1.2 Complicações e Tratamento da Diabetes

Regra geral, o que leva a pessoa a procurar o médico é a hiperglicemia, que se manifesta através de sintomas como a poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, alterações do apetite, fadiga ou visão turva. Com o decorrer dos anos, a pessoa portadora de diabetes pode vir a desenvolver uma série de complicações, que constituem as principais causas de morbilidade e mortalidade: retinopatia, nefropatia, neuropatia, hipertensão arterial, hipoglicemia, hiperglicemia, pé diabético (provocado por arteriopatias e/ou neuropatia), doenças cardiovasculares (acidentes vasculares cerebrais, angina de peito) e infeções diversas e persistentes (boca e gengivas, infeções urinárias, infeções das cicatrizes pós- cirúrgicas).

Os objetivos do tratamento da diabetes são a compensação ou controlo metabólico, prevenção das complicações agudas (hipoglicemia e hiperglicemia) e prevenção ou atraso no desenvolvimento das complicações crónicas. Por esse motivo o diagnóstico precoce, a vigilância periódica e o bom controlo metabólico são as principais “armas” para prevenir ou atrasar o início e a evolução destas complicações (Portal da Saúde, 2014).

Basicamente, o tratamento da diabetes assenta na compensação metabólica e na normalização dos valores glicémicos ao longo do dia. Mas como não existem duas pessoas exatamente iguais, o regime de tratamento terá necessariamente de ser individualizado, todavia, existem algumas regras gerais no tratamento dos diferentes tipos de diabetes (ADA, 2010).

Na diabetes tipo 2, o tratamento requer um cuidadoso equilíbrio entre a alimentação, o exercício físico e a administração de fármacos que atuam no pâncreas estimulando a produção de insulina, assim como, uma frequente automonitorização do nível de glicose no sangue. A estes aspetos, podem ainda associar-se outros autocuidados, como o tratamento da hipertensão arterial e dislipidemia, caso existam (Silva, 2010).

A alimentação deve ser equilibrada e racional, diferindo pouco da que deverá fazer uma pessoa que não tenha diabetes. As recomendações gerais assentam sobre o consumo de alimentos ricos em fibras, carnes magras, peixe e cereais integrais. É fundamental ter em atenção que os alimentos com carboidratos (pão, tostas, laticínios) devem ser consumidos em pequenas quantidades, assim como os alimentos ricos em açúcares. Como os diabéticos têm um risco cardiovascular aumentado, as gorduras devem ser ingeridas em pequena quantidade. As bebidas alcoólicas devem ser consumidas com moderação e, apenas, às principais refeições. O horário das refeições é outro aspeto a ter em consideração. O diabético deve evitar jejuns prolongados, nunca saltando refeições e alimentando-se de três em três horas, o que evita situações de hipoglicemia que se manifesta através de sintomas como ansiedade, tremores, palpitações, entre outros. Se a hipoglicemia for grave podem aparecer vertigens, confusão mental, fraqueza, dor de cabeça, anomalias da visão e convulsões, podendo levar ao coma.

A prática de exercício físico tem-se revelado eficiente no controle glicêmico da diabetes, melhorando a sensibilidade à insulina e a tolerância à glicose, diminuindo o nível de glicose no sangue. Contudo alguns cuidados devem ser tomados em relação à prática da atividade física pela pessoa com diabetes. Antes de iniciar um programa de atividade física, a pessoa deve efetuar uma avaliação cardiovascular de modo a detetar potenciais riscos. Durante a prática de atividade física, deve ainda ser dada atenção ao vestuário. As roupas devem ser leves e confortáveis e durante a caminhada ou corrida recomenda-se a utilização de calçado confortável, com sola macia e boa absorção de impacto. A hidratação também não deve ser esquecida.

A insulinoterapia é utilizada essencialmente no tratamento da diabetes tipo 1, podendo também ser utilizada na diabetes tipo 2 quando os antidiabéticos orais e o regime alimentar não conseguem controlar a situação metabólica. As doses de insulina são ajustadas aos valores da automonitorização glicémica. Os antidiabéticos orais que são usados na diabetes tipo 2 dividem-se em sensibilizadores à insulina com ação primária no fígado (metformina), sensibilizadores à insulina com ação primária nos tecidos periféricos (glitazonas), insulina secretagogos (sulfonilureias e glinidas) e agentes que atrasam a absorção de hidratos de carbono (inibidores de α -glucosidase) (ADA, 2010).

O esquema terapêutico na diabetes assenta, basicamente, na chamada tríade terapêutica, que engloba a alimentação, o exercício físico e a terapêutica medicamentosa. Estes três pilares assumem igual importância e o desequilíbrio de um deles reflete-se diretamente nos outros, impedindo que o tratamento seja eficaz (APDP, 2001; Duarte, 1997b; Figueirola, 1997).

Ter a diabetes bem controlada significa ter níveis de açúcar no sangue dentro de certos limites, o mais próximo possível da normalidade, evitando assim a instalação de complicações tardias. Este é um objetivo que nem sempre é fácil alcançar, pois a diabetes é uma perturbação metabólica permanente e dinâmica e, por isso, sujeita a muitas variações dependentes de uma série de fatores. Deste modo, a pessoa com diabetes tem de estar consciente desses fatores e basear-se na tríada terapêutica (Caldeira e Osório, 2002). Os três elementos desta tríada quando presentes estão interligados e as suas variações refletem-se no equilíbrio da doença. Assim, atendendo a vários fatores (idade, estilo de vida, ou outras doenças) definem-se os valores de referência da glicose em jejum e após as refeições, para cada pessoa.

Para além da automonitorização glicémica, os cuidados e a vigilância dos pés é um importante requisito do autocuidado do diabético. O uso de palmilhas macias, bem como o uso de meias de algodão para manter o pé seco, é importante. A diminuição da sensibilidade pode levar ao aparecimento de lesões nos pés devido a traumatismo. As úlceras do pé são causadas por neuropatia e/ou isquemia.

Como se viu, a maioria dos cuidados que a doença requer são da responsabilidade da própria pessoa. De modo a evitar o aparecimento de complicações da doença, é fundamental alterar alguns comportamentos de risco. Para a maioria das pessoas, cumprir o regime medicamentoso não é complicado, contudo, o mesmo não se verifica para a terapêutica

não farmacológica. Cruz (2005) justifica este facto pela alteração de comportamentos que esta exige, quer a nível da alimentação, quer do exercício físico.

1.3 Educação Terapêutica como Estratégia no Controlo da Diabetes

Perante a rápida extensão da diabetes e atendendo à necessidade de inverter essa tendência e aumentar os ganhos em saúde, tem vindo a ser desenvolvido um conjunto de medidas na área da prevenção da doença e das suas complicações. Em Portugal, o Ministério da Saúde adotou algumas dessas medidas, inseridas na política de saúde da OMS, que visam a congregação de esforços na melhoria da acessibilidade das pessoas portadoras de diabetes aos dispositivos indispensáveis à sua autovigilância.

A Direção Geral de Saúde (DGS), com a colaboração científica da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) e das Associações de Diabéticos, fez a revisão do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD, 2008) onde é criado o Guia do Diabético, que constitui um elemento responsabilizador no alcance dos objetivos terapêuticos da pessoa com diabetes e várias normas de boas práticas profissionais na abordagem da doença, nomeadamente no que se refere ao diagnóstico precoce e tratamento das suas principais complicações.

As estratégias propostas na nova versão do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, assentam na prevenção primária da diabetes, através da redução dos fatores de risco conhecidos e modificáveis; na prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e do seu tratamento adequado; e, na prevenção terciária, através da reabilitação e reinserção social das pessoas com diabetes. O programa evidencia, ainda, nas estratégias, a qualidade da prestação dos cuidados à pessoa desenvolvidas numa sólida infraestrutura de saúde pública que contemple capacidade organizativa, profissionais de saúde com formação necessária para responder às exigências da qualidade dos cuidados a prestar e tecnologias de informação que facilitem o acesso atempado a bases de dados e à informação indispensável à gestão do programa, aspetos considerados chave para o seu êxito.

Como se viu anteriormente, o controlo da diabetes é complexo e exigente, implicando grande responsabilidade por parte da pessoa. O equilíbrio entre a alimentação, a terapêutica e a

atividade física, consiste no aspeto fundamental, no controlo da doença. Contudo, estas modificações afetam a vida diária da pessoa, implicando profundas alterações no seu estilo de vida, sendo então exigido o envolvimento no seu tratamento e a adoção de um papel ativo na gestão da doença. Nesse sentido, as complicações tardias da diabetes podem ser eficazmente evitadas por intervenções ativas dos profissionais de saúde junto das pessoas; utilizando, para isso, as terapêuticas disponíveis e os meios de incentivo adequados, de modo a obter uma maior adesão ao tratamento (Medina, 2008).

A educação terapêutica torna-se, assim, fundamental para as intervenções preventivas no âmbito comunitário, particularmente no que se refere às doenças crónicas. A diabetes tipo 2 exige uma atenção muito grande por parte do governo, dos profissionais de saúde, da comunidade e dos demais setores da sociedade, face à sua alta prevalência e morbidade/mortalidade; bem como, do novo contexto atual de saúde que exige uma atenção integral e integradora no que respeita a todos os determinantes da qualidade de vida das pessoas (Torres et al., 2009). Uma vez que todos os componentes terapêuticos estão relacionados, o conhecimento da doença é particularmente importante para as pessoas portadoras de diabetes.

É de salientar que quanto mais esclarecidas sobre a doença estão as pessoas, mais colaboram e cooperam na adaptação ao processo e no seu tratamento. Como a diabetes *mellitus* é uma doença que implica um envolvimento direto da própria pessoa no tratamento e na alteração dos hábitos de vida, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem construir vínculos com as pessoas que lhes permitam ajudá-las na adesão à terapêutica proposta pelo médico, no incentivo da prática de exercício físico e na adoção de uma alimentação adequada à sua situação (Oviedo e Boemer, 2009). Um dos contributos que se pode dar à pessoa com diabetes é dar-lhe a conhecer o que efetivamente é a “diabetes” e quais as dificuldades que ela pode vir a encontrar, caso não cumpra os conselhos e recomendações.

A primeira abordagem que o enfermeiro estabelece com o diabético é fundamental, na medida em que pode criar laços de segurança e de confiança, podendo levar a pessoa a aceitar a sua doença mais tranquilamente, sem medos ou receios. O enfermeiro funciona como um “livro” para o diabético, como uma mão amiga naqueles momentos de maior aflição, é alguém em quem a pessoa pode confiar. De uma maneira geral, toda a pessoa com diabetes, em algum momento da sua vida, se confronta com medos e angústias com as quais vai aprendendo a lidar até conseguir a gestão adequada da doença. Compreender os aspetos emocionais dos quais se reveste a diabetes é um pilar basilar para a compreensão da doença no seu todo.

O conceito de adesão dá grande ênfase ao papel da pessoa na tomada de decisão e implementação do tratamento. Leventhal (1993) afirma que esta mudança conceptual se traduz num passo importante para a alteração de uma atitude de obediência para um modelo centrado na independência da atividade autorreguladora da pessoa. Neste sentido, o conceito de adesão procura dar “*poder*” à pessoa, fornecendo-lhe várias alternativas para poder lidar com a doença. É de salientar que para conseguir esse objetivo, é necessário fornecer a informação e as estratégias que permitem decidir entre as alternativas terapêuticas, de modo consciente e informado.

A educação terapêutica configura-se, assim, como uma mediação para a aprendizagem, tornando as pessoas capazes de viver a vida nas suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas pela doença, considerando as interações entre as dimensões políticas, económicas, sociais e culturais. Essa abordagem garante a efetividade do cuidado, a adesão ao tratamento e a autonomia da pessoa com ênfase no seu empoderamento; objetivo das intervenções educativas na diabetes *mellitus* propostas pelos Ministérios da Saúde (Portugal, 2008). Em consonância com essas propostas, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (2008) divulgou as estratégias de intervenção educativa pautadas na formação contínua, na motivação, na aprendizagem com base na resolução de problemas e na avaliação do ensino e da aprendizagem.

Para se implementarem estas estratégias, os profissionais de saúde devem ser sensibilizados para a flexibilização dos saberes e das práticas, para atuar com criatividade, juízo crítico e competência nas ações educativas referentes ao autocuidado na diabetes. Nesse sentido, o enfermeiro não pode criar uma cultura de delegação de poder para a pessoa com diabetes. A informação acerca dos autocuidados, inserida numa estrutura de rotinas e pensamentos previamente preparados, denota uma cultura de tomada de decisão centrada no profissional e não na pessoa. As decisões devem ser tomadas pelo próprio (pessoa com diabetes) tendo por base as informações fornecidas pelos profissionais. À própria pessoa cabe participar e responsabilizar-se pelas decisões que toma em relação à sua saúde.

Os modelos de educação terapêutica centrados na autogestão da diabetes ajudam a pessoa a tomar decisões de modo a adotar autocuidados que lhe permitem controlar e otimizar os valores metabólicos, prevenir e gerir as complicações e maximizar a qualidade de vida (Mulcahy et al., 2003). Assim, ao planear intervenções educativas da diabetes é fundamental

utilizar abordagens que tenham como foco a alteração de comportamentos de autocuidado. Nesse sentido, entre enfermeiro e cliente deve existir uma cultura participativa baseada em quatro pilares principais:

- Poder – delegar autoridade e responsabilidade, que significa dar importância e confiar na pessoa, dar-lhe liberdade e autonomia de ação;
- Motivação – incentivar continuamente, que significa reconhecer o bom desempenho, salientar os resultados e elogiar o alcance das metas;
- Desenvolvimento – fornecer recursos em termos de capacitação e desenvolvimento pessoal, que significa treinar continuamente, facultar informações, conhecimentos e novas técnicas;
- Liderança – proporcionar orientação, que significa definir objetivos e metas, abrir novos horizontes, avaliar o desempenho e proporcionar retroação.

Definir objetivos e metas a alcançar, fornecer informação acerca dos recursos disponíveis orientar sobre estratégias a utilizar, apoiar decisões e reforçar comportamentos e desempenho adquirido, aumenta a confiança da pessoa nas suas próprias habilidades de mudança e, também, reforça a credibilidade do enfermeiro. Para isso é necessário:

- Compartilhar informações – a informação é fundamental para a correta tomada de decisão. Esta deve circular, de maneira clara, transparente e adaptada à condição e necessidade de cada um;
- Respeitar a autonomia – dar à pessoa não só as informações, mas o apoio e a liberdade necessária para decidir e agir. É preciso confiar e incentivar a liderar o processo em que está envolvida e sob a qual assumiu responsabilidades. Uma cultura punitiva impede a autonomia; os erros devem ser corrigidos, não punidos. A autonomia deve guiar-se pelos seus objetivos e metas (Mulcahy et al., 2003).

2. AUTOGESTÃO DA DIABETES

A diabetes exige, quer da parte da pessoa quer dos próprios profissionais de saúde, atenção constante, uma vez que a forma como cuidam de si e gerem os sintomas da doença é determinante na qualidade de vida futura. A necessidade de cuidados permanentes na diabetes exige da pessoa capacidade para gerir a doença e do enfermeiro capacidade para acompanhar a pessoa com diabetes nessa gestão. Nesse sentido, o enfermeiro tem como intervenção a capacitação da pessoa, facto que exige mais do que simples competências técnicas, requerendo também competências comunicacionais e relacionais. O enfermeiro como é o profissional de saúde que se encontra numa posição mais favorecida para lidar com a pessoa, cabe-lhe dotá-la com conhecimento, aceitação e capacidade para o autocuidado, apoiando-a e liderando o processo de adoção de um modelo de cuidados potenciador da gestão da doença.

A autogestão da diabetes assume-se, assim, como uma parte integrante e essencial dos cuidados de saúde de qualidade com repercussão positiva nos resultados e consequente diminuição dos custos na saúde. Para Wilde e Garvins (2007) a autogestão é definida como uma competência e um processo que a pessoa utiliza numa tentativa consciente de alcançar o controlo da sua doença (*cit. por Galvão e Janeiro, 2013*). Os mesmos autores acrescentam que a autogestão pode também estar associada à capacidade da pessoa, em conjunto com a sua família, comunidade e profissionais de saúde, para gerir os sintomas físicos e psicossociais, os tratamentos, as potenciais mudanças no estilo de vida, assim como, as consequências culturais e espirituais provenientes da doença crónica.

A responsabilidade da autogestão da diabetes envolve a própria pessoa com diabetes e a sua família, sendo que, quando bem efetuada leva à redução do número de hospitalizações e de recorrências aos serviços de saúde, reduzindo assim, os custos associados aos cuidados de saúde.

No início do processo de doença, a pessoa carece de aptidões de autocuidado para gerir os problemas relativos à sua nova situação de saúde em casa. O plano de tratamento deve

englobar cuidados pró-ativos, integrados, planeados, antecipatórios das necessidades, de modo a que qualquer alteração possa ser rapidamente identificada antes de evoluir para uma situação aguda (Jack et al., 2004; ICN, 2010).

O autocuidado, enquanto função humana reguladora é diferente de outros tipos de regulação do funcionamento e desenvolvimento humano, sendo que, parte dos cuidados realizados “pela pessoa” ou “para a pessoa” visam controlar fatores humanos ou ambientais que afetam o seu funcionamento e desenvolvimento (Söderhamn, 2000). As estratégias usadas pelo enfermeiro para dar resposta a este problema centram-se numa abordagem colaborativa, visando uma maior consciencialização e o incentivo a escolhas saudáveis, realistas e economicamente acessíveis à pessoa. Estas intervenções são essenciais e o enfermeiro tem de liderar o processo de consciencialização da pessoa e a promoção do seu autocuidado na doença crónica (ICN, 2010).

De acordo com a CIPE versão de 2011, o autocuidado é o tipo de ação realizada pelo próprio que se caracteriza por “...tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diárias” (ICN, 2014, p.38). Segundo Carpenito-Moyet (2012, p.537) o autocuidado engloba as “...atividades essenciais para a satisfação das necessidades diárias, conhecidas comumente como atividades de vida diária, que são aprendidas ao longo do tempo e se tornam hábitos de vida”, no qual o enfermeiro tem um papel fundamental, quer na avaliação, quer na identificação do nível de participação da pessoa.

Como se viu, o autocuidado implica a execução de ações dirigidas pela e para a própria pessoa ou dirigidas ao ambiente, com a finalidade de satisfazer as próprias necessidades, de forma a contribuir para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Söderhamn, 2000). O autocuidado tem sido compreendido à luz do referencial teórico de Orem que tem como premissa a crença de que a pessoa possui habilidades próprias que lhe permitem promover o “cuidar de si” e que pode beneficiar com os cuidados de enfermagem, quando apresentar incapacidade de se autocuidar. O autocuidado pode, então, ser definido como a prática de atividades que uma pessoa inicia e realiza por sua própria vontade com o objetivo de manter a sua vida, a sua saúde e o seu bem-estar. É uma conduta aprendida em função do resultado de experiências cognitivas culturais e sociais anteriores e exige o desenvolvimento de habilidades que são influenciadas por um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos à pessoa, de que são exemplos a idade, o sexo, o sistema familiar, o padrão de vida, os fatores

ambientais e o acesso, a adequação e a disponibilidade de recursos de saúde (Söderhamn, 2000).

O desenvolvimento da competência para o autocuidado é particularmente importante em idosos com diabetes, uma vez que as suas necessidades de saúde sofrem contínuas modificações, especialmente ao longo do processo de envelhecimento. Jack et al. (2004) alertam para a frequência com que se “rouba” ao idoso com diabetes a capacidade de autocuidado, em nome da eficiência e proteção. Os profissionais de saúde, e mesmo os idosos, questionam muitas vezes a competência para o autocuidado devido a concepções equivocadas e estereotipadas que relacionam velhice com a perda de capacidades.

Sousa e Zauszniewski (2005) nos seus estudos desenvolveram um modelo de gestão do autocuidado na diabetes que lhes permitiu identificar as relações entre as disposições, as concepções e as variáveis que influenciam a tomada de decisão e o consequente comportamento em pessoas portadoras de diabetes *mellitus*. Os resultados revelaram que os conhecimentos sobre a doença são fundamentais para o fortalecimento da capacidade de autocuidado e da confiança, contribuindo para uma melhor gestão da diabetes. Os investigadores acrescentam ainda, que a promoção de apoio social parece reforçar o autocuidado e a gestão da diabetes.

São os valores adquiridos ao longo da vida e a própria história de vida que influenciam as decisões das pessoas no que diz respeito ao seu próprio cuidado. Para que exista o desenvolvimento efetivo da pessoa nas práticas de autocuidado tem de existir a participação ativa, responsável e eficaz da pessoa e o envolvimento de terceiros.

Sempre que possível, os autocuidados devem ser geridos pelo próprio, mantendo assim a sua autonomia e a melhor integração no seu ambiente, havendo, contudo, um conjunto de fatores que emergem da estrutura social, cultural ou de vida e que moldam o autocuidado. A experiência da doença é um conhecimento único da pessoa que não pode ser desconsiderado pelo enfermeiro, já que é essencial para um suporte efetivo à gestão do autocuidado (Jack et al., 2004). A relação entre o profissional e a pessoa terá de ser de reciprocidade, em que a experiência de vida constituirá o eixo sobre o qual assenta o processo de cuidar. Wood (2009) defende o planeamento personalizado e integrado de cuidados, num trabalho de parceria colaborativa entre a pessoa com diabetes e o enfermeiro. Esta parceria permite clarificar as metas a alcançar e definir objetivos realistas a seguir.

2.1 Adesão Terapêutica na Diabetes

A adesão da pessoa às condições impostas por uma doença e ao seu tratamento tem sido um tema crescente em termos de investigação nos últimos anos. É frequentemente referido e reconhecido que existe uma baixa adesão aos regimes terapêuticos, quer nas doenças agudas quer nas crónicas, que se reflete no insucesso do tratamento prescrito (Almeida, 2003).

Já em 1984, Epstein e Cluss nos seus estudos sobre o cumprimento do regime terapêutico referiam que o conhecimento acerca da doença e do seu tratamento e a existência de consultas marcadas, eram fatores que conduziam a maiores índices de cumprimento do regime terapêutico.

Segundo a CIPE, a adesão é:

“...uma ação auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento” (ICN, 2014, p.35).

O termo adesão, do inglês *adherence*, coloca em evidência o papel da própria pessoa na tomada de decisão acerca do que fazer ou não fazer face à sua doença. Este conceito reconhece na pessoa o seu papel ativo e colaborativo, o qual permite expressar o seu desejo ou motivação para seguir as orientações fornecidas pelo profissional de saúde e, com ele, planear o tratamento a seguir e as estratégias necessárias para o fazer.

Leventhal (2013) afirma que este novo conceito reflete uma atitude que afirma a independência ou atividade autorregulada da pessoa. Nesse sentido, esta abordagem procura dar poder à pessoa, fornecendo-lhe um leque amplo de alternativas que lhe permite lidar com a doença. Mas, para conseguir esse objetivo é necessário munir a pessoa de informação e estratégias para que possa decidir, de entre as alternativas terapêuticas, a que melhor se adapta à sua condição de saúde e estilo de vida, de modo informado e consciente (Myers e Midence, 1998).

Silva (2012) refere que uma adesão terapêutica inadequada compromete a eficiência do sistema de cuidados de saúde e a conseqüente diminuição de ganhos em saúde para a população e, acrescenta, que uma das formas de melhorar a adesão é a educação na autogestão, no sentido de capacitar a pessoa para o seu próprio autocuidado.

Como se tem vindo a referir o tratamento da diabetes exige, geralmente, mudanças complexas no comportamento da pessoa que engloba para além da terapêutica medicamentosa um conjunto de novos hábitos (alimentares e de exercício físico). A maioria dos estudos, sobre a adesão terapêutica na diabetes, indica a existência de uma fraca adesão. Sousa (2003) no seu trabalho refere os resultados de Kurtz (1990) e Polonsky (1993) dizendo que 80% dos diabéticos não administram regularmente a sua insulina, 35 a 75% não seguem corretamente a dieta aconselhada e 43% não monitorizam regularmente a glicose na urina, o que revela uma grande taxa de não adesão.

Alguns estudos apontam, ainda, nas suas conclusões para a existência de diferenças na adesão face ao facto de se tratar de diabetes tipo 1 ou tipo 2, sendo que, o incumprimento do regime dietético é um aspeto central nos dois tipos de diabetes. Outros, salientam que alguns dos aspetos do tratamento da diabetes, nomeadamente os relacionados com as alterações nos hábitos de alimentação e de exercício físico, são mais difíceis de alterar do que outros, de que é exemplo o regime medicamentoso (Bishop, 1994; Cameron, 1996; Chan e Molassiotis, 1999; Glasgow *et al.*, 1997; Gonder-Frederik, Cox e Ritterband, 2002).

Sousa (2003) no seu estudo sobre a relação entre os fatores psicossociais e a adesão terapêutica concluiu que o conhecimento sobre a diabetes é um preditor da adesão à automonitorização glicémica, a depressão é um preditor da adesão ao regime de exercício físico e ao regime medicamentoso e, o controlo pessoal, a coerência de doença e a duração (aguda/crónica) são preditores da adesão ao regime alimentar. A autora concluiu, ainda, que o sexo e a idade influenciam a adesão, já que as mulheres evidenciaram mais desconhecimento sobre a diabetes, apresentaram maiores níveis de ansiedade e depressão e percecionaram piores conseqüências da diabetes, associando-lhe uma carga emocional negativa, ao passo que os diabéticos mais idosos parecem aderir melhor ao regime alimentar.

Da revisão da literatura conclui-se que existem fatores associados à adesão terapêutica na diabetes, dos quais se destacam as características individuais, as características da doença, os fatores interpessoais e o contexto social.

Figueiras (1999) salienta que as crenças de saúde, a severidade da doença, as consequências da doença, a vulnerabilidade, o benefício do tratamento e a autoeficácia percebida são aspetos que estão relacionados com a adesão. Acrescenta ainda, que a duração da doença também influencia a adesão.

Atendendo a que existem pessoas que se esquecem das recomendações sugeridas pelos profissionais de saúde, a adesão ao tratamento é também influenciada por fatores cognitivos e emocionais. Llor e colaboradores (1995) chamam a atenção para autocontrolo (expectativa da pessoa sobre o controlo pessoal da situação) e a sua influência na adesão ao tratamento, concretamente através da melhoria da informação.

Na literatura não se encontram resultados consistentes que evidenciem a associação entre a adesão e os fatores sociodemográficos como a idade, sexo, estado civil e classe social. Contudo, no que concerne à diabetes, a adesão ao tratamento parece aumentar nas pessoas mais idosas, nomeadamente porque apresentam maior motivação extrínseca para o tratamento (Neves, 2014).

O estado emocional também influencia a adesão ao tratamento. Segundo Bennett (2000) cerca de metade das pessoas que desistiram de programas de exercício físico tiveram como preditor perturbações de ordem emocional. Sherbourne e colegas (1992) acrescentam que o estilo de *coping* de evitamento está relacionado com menor nível de adesão ao tratamento e justificam dizendo que talvez as pessoas não acreditem na eficácia das recomendações, ou rejeitem a responsabilidade no seu próprio tratamento (*cit.* por Brannon e Feist, 1997).

Algumas características da doença estão também associadas à adesão, sendo a gravidade da doença e a visibilidade dos sintomas os fatores mais determinantes. Pessoas com doenças crónicas assintomáticas apresentam frequentemente níveis mais baixos de adesão ao tratamento (Miller, 1997, *cit.* por Marks et al., 2000). De igual forma, a duração, a complexidade e os efeitos secundários desagradáveis do tratamento também são aspetos a considerar, já que quanto mais complicado é o tratamento e maiores são os seus efeitos secundários menor é a probabilidade de adesão por parte da pessoa (Bennett, 2002; Bishop, 1994; Brannon e Feist, 1997).

A relação interpessoal conseguida entre profissional e diabético nomeadamente no que concerne à proximidade alcançada e à qualidade da informação, bem como a sua adequação em relação ao estilo cognitivo, crenças de saúde e nível cultural são de extrema importância (Trindade e Teixeira, 2000). Muitas pessoas deixam os serviços de saúde sem

compreenderem o tratamento que lhes foi aconselhado ou esquecem as instruções fornecidas. Por outro lado, a interação que se estabelece entre ambos pode afetar significativamente os comportamentos de adesão.

O apoio social parece também ser um dos fatores que tem influência na adesão. De um modo geral, um menor apoio social e um maior isolamento, associam-se a menores níveis de adesão. Salienta-se aqui a importância da família não se limitando unicamente à situação das crianças. A literatura sugere que as pessoas que possuem uma vasta rede de relações interpessoais demonstram maiores níveis de envolvimento nos seus regimes terapêuticos.

2.2 Motivação e Ambiente Terapêutico – Teoria da Autodeterminação

Na diabetes, a falta de motivação pode ser uma das causas da não adesão ao tratamento proposto. A motivação é um impulso que faz com que a pessoa aja de forma a poder atingir os seus objetivos. Ela envolve fenómenos emocionais, biológicos e sociais que lhe permitem iniciar, direcionar e manter comportamentos relacionados com o cumprimento de objetivos.

A motivação pode acontecer através de uma força interior, ou seja, cada pessoa tem a capacidade de se motivar ou desmotivar, também chamada de automotivação ou motivação intrínseca. Existe também a motivação extrínseca, que é aquela gerada pelo ambiente em que a pessoa vive, nesse sentido, tudo o que ocorre na sua vida influencia a sua motivação.

Ryan e Deci (2000) definem motivação como um conjunto de forças percebidas que levam a pessoa a agir, influenciada pelas suas experiências e outros fatores externos. A teoria da autodeterminação (TAD) proposta Ryan e Deci e seus colaboradores em 1985, valoriza a autonomia ou autodeterminação como um aspeto fundamental no desenvolvimento e bem-estar da pessoa. Segundo os autores, as pessoas necessitam de se sentir competentes e autodeterminadas para estarem intrinsecamente motivadas. Contestam as ideias de outras teorias segundo as quais todo o comportamento acontece em função da satisfação de necessidades fisiológicas e, propõem, o conceito de “necessidades psicológicas básicas”, apontadas como determinantes do comportamento intrinsecamente motivado.

De facto, a motivação é um constructo central na TAD. Segundo Ryan e Deci (2000a) a pessoa está motivada quando se sente ativa e com energia para atingir um fim, ou seja, para

realizar a ação. Para os autores, a motivação é como um estado energético interno que dirige o comportamento ou a ação e que se relaciona com a direção e a persistência (Deci e Ryan, 2000; Ryan e Deci, 2007). Assim, a energia é fundamentalmente uma questão de necessidades (inatas e as que se adquirem nas interações com o meio) enquanto que a direção abrange os processos e as estruturas que dão significado aos estímulos internos e externos, direcionando a ação para a satisfação das necessidades.

No estudo da motivação, Deci e Ryan (1985) fazem a distinção entre a motivação intrínseca e a extrínseca. Na motivação intrínseca, a pessoa realiza algo ou envolve-se numa tarefa porque esta é agradável ou interessante, o que corresponde a um desejo genuíno, uma tendência inata do ser humano para explorar o mundo. Pelo contrário, na motivação extrínseca a pessoa realiza algo para alcançar determinado resultado independentemente da ação em si, o que quer dizer que a ação ocorre como resposta de pressões externas ou porque é útil para atingir determinado objetivo.

Para além da distinção mais tradicional entre motivação intrínseca e motivação extrínseca, a TAD avança com a distinção fundamental entre a motivação autónoma (agir por escolha e vontade própria) e a motivação controlada (agir em resposta a uma pressão externa).

Por oposição à motivação, Deci e Ryan (2008), referem a amotivação como sendo a falta de intenção para a ação. Isto acontece quando a pessoa não valoriza o comportamento ou resultado da ação, ou ainda, quando não se sente competente para a realizar, traduzindo-se num vazio motivacional. Por seu lado, a motivação é um conceito dinâmico que varia ao longo de um contínuo (amotivação, motivação controlada e motivação autónoma) em que o comportamento pode assumir diferentes níveis de autonomia ou autodeterminação, persistência e envolvimento.

A TAD permite compreender as razões que levam as pessoas a adotarem e manterem determinados comportamentos segundo uma visão positiva do ser humano (Ryan e Deci, 2002). A TAD assume que o ser humano é por natureza ativo, automotivado, curioso e interessado, mas também reconhece que as pessoas podem ser passivas e desinteressadas (Ryan e Deci, 2008). Estas diferenças exprimem-se no tipo de motivação, o qual resulta da interação entre a tendência natural da pessoa para a atividade e o ambiente social que apoia ou desapoia esta natureza (Ryan e Deci, 2008).

A TAD é uma teoria sobre a motivação e a personalidade que integra quatro mini teorias que se completam, originando um todo coerente: a teoria da avaliação cognitiva, a teoria da

integração organísmica, a teoria das orientações causais e a teoria das necessidades básicas. A teoria da avaliação cognitiva estuda a associação entre os fatores contextuais ou sociais e os diferentes tipos de motivação. A teoria da integração organísmica analisa o conceito de internalização, principalmente ao nível do desenvolvimento da motivação extrínseca. A teoria das orientações causais centra-se nas diferenças individuais e relativamente estáveis na orientação motivacional em relação ao ambiente social, realçando os aspetos da personalidade que podem estar relacionados com a regulação do comportamento. Por último, a teoria das necessidades básicas relaciona o conceito de necessidades básicas com a saúde psicológica e bem-estar da pessoa (Deci e Ryan, 2002).

O ser humano raramente atua com base num único motivo, sendo o seu comportamento afetado por motivações intrínsecas e extrínsecas. A motivação intrínseca tem origem em fatores internos ao indivíduo, e está relacionada com a sua forma de ser, os seus interesses e os seus gostos. Neste tipo de motivação, não há necessidade de existir recompensas, visto que a tarefa em si própria representa um interesse para a pessoa e, por isso, depende unicamente do sujeito. A motivação extrínseca tem origem em fatores externos à pessoa, que tem em vista um objetivo claro, uma recompensa (Deci e Ryan, 2000). A pessoa faz a tarefa para ser recompensada ou para não ser castigada. Nesse sentido, a punição ou a recompensa é o “motor” que faz mobilizar a pessoa e, é claro, que quando retirada vai deixar de estar motivada. A pessoa não gosta da tarefa em si, apenas gosta da recompensa que esta lhe pode trazer, o que implica necessariamente pouca satisfação e prazer na sua execução.

Para Deci e Ryan (2002) os conceitos de intencionalidade e autonomia revestem-se de especificidades distintas. Intencionalidade refere-se a um propósito, ao querer atingir um determinado objetivo. Por seu lado, a autonomia implica uma sensação de liberdade e flexibilidade, interesse espontâneo e vitalidade, sendo as ações autónomas a expressão do próprio *self*. Contudo, uma ação pode ser intencional, mas não autónoma (Ryan, Deci e Grolnick, 1995).

Esta teoria faz também a distinção entre a regulação do comportamento autónomo e controlado. Os comportamentos são autónomos na medida em que as pessoas experimentam um verdadeiro sentido da vontade, da escolha e do agir por causa da importância pessoal do comportamento. Os comportamentos são controlados na medida em que as pessoas ao executá-los se sentem pressionadas por forças externas ou intrapsíquicas (Deci e Ryan, 2000).

De acordo com a teoria da autodeterminação, o contexto social e os recursos internos adquiridos pelas diversas experiências de interação da pessoa com o seu ambiente influenciam a motivação. O desenvolvimento da autonomia torna-se mais facilitado se o contexto familiar e social em que a pessoa está inserida lhe disponibiliza atenção, mostrando interesse pelas suas ações e incentivando a exploração e a autoiniciativa.

2.3 Suporte Social

Florence Nightingale (1820-1910) demonstrou a importância da aplicação do conhecimento na gestão da doença, visando a melhoria do atendimento de saúde à pessoa doente. Assim, e de forma inovadora, mostrou que as atividades destinadas à gestão do ambiente onde a pessoa se encontrava, baseadas no princípio da higiene e conforto, eram fundamentais no processo de recuperação da pessoa doente. Segundo Santos et al. (2006) o ambiente tem como finalidade contribuir para que as forças da natureza atuem, aumentando o potencial de reação humana face às diversas situações provocadas pela doença.

De facto, o ambiente em que a pessoa está inserida influencia o seu comportamento e bem-estar e compreende aspetos internos e externos à pessoa. A consciencialização cada vez maior da pessoa a respeito dos seus direitos e a participação no seu tratamento tem contribuído para implementar mudanças nas normas disciplinares em função da obtenção de melhores níveis de adesão.

No que respeita aos profissionais de saúde, a maioria dos estudos revela que o suporte social facultado pelos profissionais é de grande importância nas práticas de gestão do autocuidado na diabetes (Tanqueiro, 2013). Segundo Cunha, Chibante e André (2004) os cuidadores formais ensinam, orientam, confirmam, aconselham, modificam e monitorizam as pessoas com diabetes acerca da gestão dos autocuidados, adequando as estratégias sempre que necessário de forma a desenvolverem habilidades e regimes de autogestão.

Correia (2007), citado por Ribeiro (2010), afirma que a disponibilidade de apoio social facultado por familiares e amigos pode ser uma mais-valia no controlo da diabetes. Deste modo, o apoio social tem um papel importante na adaptação à doença, nomeadamente no

que se refere à doença crónica, na medida em que esta impõe elevadas exigências adaptativas.

Sarason et al. (1983, p.127) definem suporte social como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós”. Cobb (1976) define-o como informação pertencente a uma de três classes: informação que conduz a pessoa a acreditar que é amada e que as outras se preocupam com ela; informação que leva a pessoa a acreditar que é apreciada e que tem valor; informação que conduz a pessoa a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas. Dunst e Trivette (1990) defendem que o suporte social se refere aos recursos em termos de unidades sociais disponíveis (tais como a família) em resposta ao pedido de ajuda ou assistência. Para Pina (2010) ele é definido como assistência, conforto e informação que a pessoa recebe através de relações formais e informais, individuais e coletivas.

Alguns autores fazem a distinção entre os diversos tipos de suporte social. Por exemplo, suporte social psicológico *versus* não-psicológico (Cohen e McKay, 1984), suporte social percebido *versus* recebido (Cramer, Henderson e Scott, 1997) ou mesmo suporte social descrito *versus* avaliado (Cramer, Henderson e Scott, 1997).

Segundo Dunst e Trivette (1990) é possível distinguir duas fontes de suporte social: informal e formal. A primeira inclui, simultaneamente, os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, entre outros) e os grupos sociais (clubes, igreja, entre outros) que são passíveis de fornecer apoio nas atividades do dia-a-dia em resposta a acontecimentos de vida normativos e não-normativos. A formal abrange tanto as organizações sociais formais (hospitais, centros de saúde, entre outros) como os profissionais (médicos, enfermeiros, entre outros) que estão organizados de forma a fornecer assistência ou ajuda às necessidades das pessoas.

Dunst e Trivette (1990) sugerem, ainda, a existência de cinco componentes de suporte social interligados: componente constitucional (inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente); componente relacional (estatuto familiar, estatuto profissional, tamanho da rede social e participação em organizações sociais); componente funcional (suporte disponível, tipo de suporte tais como emocional, informacional, instrumental, material, qualidade de suporte tal como o desejo de apoiar e a quantidade de suporte); componente estrutural (proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência); e, componente satisfação (utilidade e ajuda fornecida).

A importância do apoio social na gestão da doença crónica foi estudada por inúmeros autores, sendo apontado como um fator capaz de proteger e promover a saúde (Sequeira, 2008), melhorar a qualidade de vida e aumentar a longevidade, uma vez que proporciona atitudes positivas e motivação para superar as dificuldades levando, por consequência, à redução de comportamentos de risco e ao reforço de comportamentos protetores de saúde (Teixeira e Correia, 2002).

O suporte social é consolidado pelos laços sociais entre as pessoas, especialmente entre membros da família, melhorando o uso de estratégias para enfrentar a situação de doença e também a componente emocional (Rossi, 2005). Segundo Bierlemann (*cit.* por Ribeiro, 2010), quanto maior é a participação familiar no tratamento da diabetes, mais facilmente a pessoa aceita a doença.

Nunes (2005) mostra-nos os benefícios físicos e psicológicos do apoio social demonstrando que pessoas com melhor apoio social se ajustam psicologicamente melhor a acontecimentos geradores de *stress*, recuperam mais rapidamente da doença diagnosticada e apresentam risco reduzido de mortalidade. O mesmo autor considera o suporte social como um preditor estatisticamente significativo na adesão ao tratamento e à qualidade de vida da pessoa com diabetes.

Segundo a OMS (2004), a ausência de apoio social é um dos fatores que dificulta a adesão ao regime terapêutico. Neste âmbito, quando as pessoas adoecem, o apoio dos amigos e dos familiares é muito importante durante o período de hospitalização. Contudo, este apoio torna-se também essencial após a alta. O apoio recebido pela pessoa com diabetes, sobretudo quando provém do cônjuge, é importante para a sua recuperação facilitando, assim, o retorno às suas atividades (Pina, 2011).

CAPÍTULO II

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

3. METODOLOGIA

A investigação científica é um instrumento que nos permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo no qual vivemos. Por conseguinte, a investigação permite descrever, explicar e prever factos, acontecimentos e fenómenos. Ela está estritamente ligada à teoria, contribuindo assim para o seu desenvolvimento, seja no sentido de produzir ou de verificar hipóteses (Fortin, 1996). A investigação é assim, um método de aquisição de novos conhecimentos.

Fortin (1996, p.17) citando Burns e Grove (1993), define a investigação científica como *“um processo sistemático, efetuado com o objetivo de validar conhecimentos já estabelecidos, de produzir outros novos que vão de forma direta ou indireta influenciar a prática”*.

Neste capítulo, que se reporta à fase metodológica, descrevemos, refletimos e também clarificamos o processo utilizado na investigação, no sentido de obter a resposta à questão de partida.

3.1 Questão de Investigação

Qualquer investigação tem o seu início com a escolha de um domínio particular de interesse para o investigador que, posteriormente se transpõe para questões de investigação suscetíveis de serem estudadas (Fortin, 2009).

Uma questão de investigação *“é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”* (Fortin, 1996, p.101).

Assim, a escolha da temática para a realização deste estudo prendeu-se com as inquietações surgidas enquanto profissional, cuja experiência na área da consulta da diabetes é já de longa data e, também, pela importância da diabetes em Portugal e do seu tratamento, nomeadamente no que concerne à autogestão efetuada pela pessoa com diabetes e ao papel do enfermeiro na promoção da sua autonomia. Tendo em conta as consequências da diabetes para a vida da pessoa, pareceu-nos pertinente o desenvolvimento de estudos que permitam um melhor conhecimento sobre o fenómeno e que possibilitem encontrar estratégias que visem melhorar os cuidados à pessoa, traduzindo-se em ganhos em saúde. Nesse sentido, desenvolver um estudo que permita conhecer como é que a pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2 faz a autogestão da sua doença, pareceu-nos de interesse, quer para a área da saúde em geral, quer para a enfermagem, em particular.

Da reflexão sobre esta problemática surgiu-nos a seguinte questão de partida:

- Como é realizada a autogestão da doença em pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2?

3.2 Objetivos e Finalidade do Estudo

Os objetivos de um estudo sugerem o porquê da investigação, sendo considerados como enunciados declarativos que especificam a orientação da investigação, ou seja, esclarecem o que o investigador tem intenção de fazer no percurso da mesma (Fortin, 2009).

Esta investigação tem como objetivo geral caracterizar o processo de autogestão da doença e do regime terapêutico na pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2, e como objetivos específicos:

- Avaliar a autorregulação da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2, face à gestão do regime terapêutico;
- Avaliar a competência percebida da pessoa com a diabetes *mellitus* tipo 2, relativamente à gestão do regime terapêutico.
- Avaliar a perceção sobre o ambiente terapêutico da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2, face à gestão do regime terapêutico;

- Avaliar a adesão da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2 ao regime terapêutico;
- Caracterizar o suporte social da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2;
- Avaliar o papel preditivo das variáveis sociodemográficas e clínicas da pessoa com diabetes na autorregulação da doença, no ambiente terapêutico, na adesão e na percepção do suporte social.

A realização desta investigação tem por finalidade produzir conhecimento científico em enfermagem que permita encontrar estratégias promotoras da autonomia da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2, de modo a melhorar a sua gestão da doença.

Este estudo pretende ser um contributo para os enfermeiros, no sentido de os ajudar a orientar a sua prática, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e da qualidade de vida da pessoa com doença crónica, no caso da diabetes *mellitus* tipo 2.

3.3 Tipo de Estudo

De forma a dar resposta ao problema de investigação é fundamental escolher um método que conduza o investigador na sua pesquisa. Para Fortin (1999, pp.22-23) são *“a ou as questões de investigação que ditam o método apropriado ao estudo”*. A autora acrescenta que a escolha do tipo de estudo surge no trajeto da formulação do problema.

A escolha do tipo de estudo é, assim, determinada pelo nível de conhecimentos do domínio em estudo. A escolha rigorosa do método adequado é que confere ao estudo qualidade, confiabilidade e adequabilidade dos resultados (Fortin, 1996).

Considerando os objetivos que orientam o estudo e a sua finalidade, pareceu-nos adequado optar por um estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal.

Os estudos de carácter quantitativo dão importância ao raciocínio dedutivo, às regras que assentam na lógica, aos atributos mensuráveis da experiência humana, que assentam no paradigma positivista e que se caracterizam *“pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos”*

(Fortin, 2009, p.27). Assim, neste estudo optámos por uma metodologia quantitativa, por ser a indicada para “avaliar” o *status* do fenómeno, utilizando para o efeito um instrumento composto por quatro questionários que nos permitem perceber como é feita a autogestão da doença na pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2 e sua adesão ao regime medicamentoso. Fortin (2009, p.30) refere que no método quantitativo “o investigador define as variáveis de forma operacional, recolhe metodicamente dados verificáveis junto dos participantes e analisa-os com ajuda de técnicas estatísticas”.

Os estudos exploratórios visam explorar um fenómeno. A nossa opção centrou-se neste tipo de estudo uma vez que “tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias” sendo “desenvolvidos com o objetivo de proporcionar uma visão geral do tipo aproximativo, acerca de um determinado facto” (Gil, 2008, p.27).

Os estudos descritivos visam descrever factos e fenómenos vivenciados na experiência dos indivíduos. Para Fortin (2009, pp.163 e 171) o estudo descritivo “serve para identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população”. Segundo Gil (2008, p.28), este tipo de estudo procura “levantar opiniões, atitudes crenças, de uma população”. Nessa perspetiva seleccionámos também essa opção metodológica.

O nosso estudo é, ainda, transversal uma vez que o investigador recolheu dados que lhe permitiram obter uma “imagem” do que se passa no fenómeno, num determinado momento e numa determinada população (Fortin, 2009).

3.4 População / Amostra do Estudo

Nesta fase propomo-nos descrever o método de seleção da amostra e quais as suas principais características. A descrição da amostra passa pela análise dos atributos sociodemográficos e também pelos dados clínicos e de tratamento.

Para Fortin (2009) a população alvo, objeto do estudo, é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações. Como raramente se tem possibilidade de estudar a população alvo na sua totalidade, examina-se apenas a população acessível (Fortin, 2009).

No nosso estudo a população alvo era constituída pelas pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 e a população acessível foi composta pelas pessoas com diabetes *mellitus* tipo2 seguidas na consulta de endocrinologia de um hospital no Porto.

Assim, tendo em conta as características desta população, foi necessário definir critérios de exclusão/inclusão de modo a selecionar as que integrariam o estudo. Segundo Fortin (2009) a obtenção de uma amostra relativamente homogénea, obtém-se com a ajuda de critérios, que correspondem a características que se pretendem encontrar nos elementos da amostra. Os critérios de exclusão servem para identificar os indivíduos que não farão parte da amostra.

Neste estudo definimos como critérios de inclusão, o participante ter idade superior a 18 anos, saber ler e escrever em Português, e aceitar participar no estudo.

Como critérios de exclusão consideramos apenas os indivíduos que não apresentassem nível cognitivo ou clareza mental que possibilite o preenchimento do questionário.

Nos estudos quantitativos é, ainda, possível selecionar uma amostra. Tendo em conta a população acessível e os critérios de inclusão e exclusão definidos para este estudo, optámos por uma amostra não probabilística de conveniência.

Com este tipo de amostragem, os participantes são selecionados com alguma conveniência do investigador, como exemplo a acessibilidade a um determinado local. Segundo Fortin (2009), esta técnica é útil em estudos exploratórios e não tanto para aqueles que pressupõem generalizações, sendo a amostragem um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população é escolhida de maneira a representar a população alvo.

A técnica de amostragem de conveniência (ou acidental) foi selecionada, a qual, segundo Burns e Grove (2003), *“devido às suas características, pode substituir, o conjunto da população alvo e deve ser representativa no que respeita às variáveis estudadas”* (Fortin, 2009, p.313).

A recolha de dados decorreu entre julho e setembro de 2014, nas instalações da consulta externa de endocrinologia de um hospital no Porto.

A amostra foi constituída por 144 sujeitos, com idades compreendidas entre os 21 anos e os 84 anos, que aceitaram de livre vontade participar no estudo e que obedeciam aos critérios de inclusão/exclusão definidos.

Um dos nossos objetivos era obter uma amostra superior a 100 participantes, uma vez que grandes amostras conduzem a melhores aproximações às características da população. Para Fortin (2009) uma amostra assim é suficientemente confortável para se poderem detetar diferenças estatísticas.

3.4.1 Caracterização da amostra

Caracterização sociodemográfica:

De seguida descrevemos as características sociodemográficas da amostra em estudo. Para a melhor compreensão dos resultados optamos por os apresentar, na maior parte dos casos, sob a forma de tabelas e gráficos. Após cada tabela ou gráfico é apresentado um resumo das suas principais características.

Tabela 1 – Distribuição da amostra, segundo o sexo e o estado civil

Variável	N=144	%
Sexo		
Masculino	70	48,6
Feminino	74	51,4
Estado Civil		
Solteiro	22	15,3
Divorciado/Separado	12	8,3
Viúvo	13	9,0
Casado/União de facto	97	67,4

Pela análise da tabela 1 verificamos que das 144 pessoas com diabetes que participaram no estudo, cerca de 51% (n=74) eram do sexo feminino e 49% (n=70) eram do sexo masculino.

De acordo com a distribuição da amostra apresentada na tabela acima, apuramos que a maioria das pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 (67,4%) são casadas ou vivem em união de

facto, sendo que as pessoas divorciadas e/ou separadas representam um menor número na amostra (n=12).

Tabela 2 – Distribuição da amostra, segundo a idade e os anos de escolaridade

Variável	M	Med	Mo	DP	Min-Máx	Percentil		
						25	50	75
Idade (N=144)	53,56	55	42	14,61	21-84	45	55	64,75
Anos de escolaridade (N=136)	8,13	6	4	4,66	3-20	4	6	12

A idade média dos sujeitos da amostra é de 54 anos, sendo o valor da mediana de 55 anos. As idades dos sujeitos do estudo variam entre os 21 anos e os 84 anos, tendo-se registado uma grande dispersão nas idades (DP = 14,61).

No que respeita aos anos de escolaridade, 136 dos 144 participantes referiram ter estudado, sendo a média de escolaridade de 8 anos.

Analisando a variável relativa aos anos de escolaridade, verificamos que 50% dos participantes tinha até seis anos de escolaridade e que 75% da amostra possuem 12 anos de escolaridade. Das respostas obtidas constatámos que no mínimo, os participantes tinham três anos de escolaridade e no máximo 20 anos. Estes dados permitem-nos concluir que a escolaridade dos participantes no estudo era, no geral, baixa.

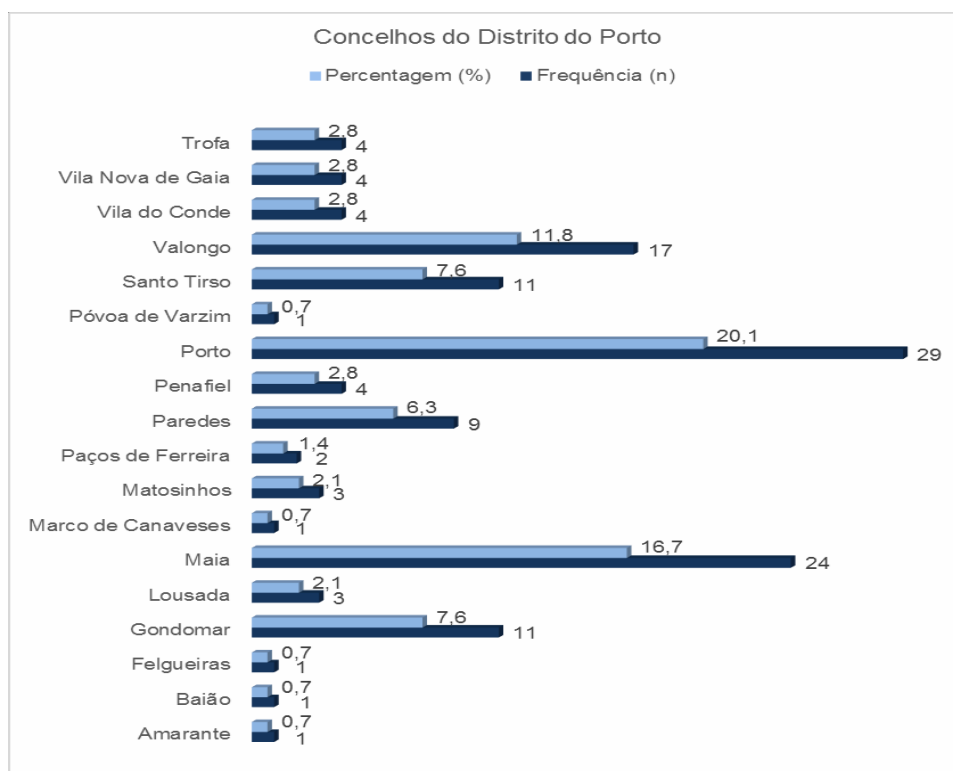
Tabela 3 – Distribuição da amostra, segundo o distrito de residência

Distrito de residência	N=144	%
Aveiro	4	2,8
Braga	6	4,2
Porto	130	90,3
Viana do Castelo	1	0,7
Vila Real	2	1,4
Viseu	1	0,7

Pela análise da tabela 3, constatamos que 130 pessoas habitavam no distrito do Porto representando uma percentagem de 90%, enquanto os distritos de Viana do Castelo e Viseu apresentam apenas 0,7%, com apenas um indivíduo em cada um dos distritos.

Estes dados permitem-nos concluir que o distrito do Porto foi aquele que teve maior representatividade na nossa amostra, facto que não nos causou grande surpresa uma vez que é o distrito onde o hospital está localizado.

Gráfico 1 – Distribuição da amostra, segundo o concelho em que habita no distrito do Porto



Da análise do gráfico 1, é possível verificar que das 130 pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 que habitam no Distrito do Porto, n= 29 (20,1%) são também do concelho do Porto. Segue-se o concelho da Maia com n=24 (16,7%), e em seguida, no terceiro lugar, o concelho de Valongo com n=17 (11,8%). Todos os outros concelhos do Porto têm uma representação minoritária na amostra.

Tabela 4 – Distribuição da amostra, quanto ao número de filhos

Nº de filhos	N=144	%
0	31	21,5
1	37	25,7
2	52	36,1
3	12	8,3
4	8	5,6
5	2	1,4
6	2	1,4

Pela análise da tabela 4 constatamos que das 144 pessoas com diabetes que participaram no estudo, cerca de 36% (n=52) possuíam dois filhos, 26% (n=37) um filho e 22% (n=31) não

possuíam filhos. Pessoas com cinco e seis filhos representam uma percentagem menor da amostra, com 1% (n=2) em cada um dos casos.

Do exposto, podemos concluir que a maioria das pessoas com diabetes que integraram a amostra vive em coabitação com uma a três pessoas (77,8%), nomeadamente a esposa, o marido e os filhos.

Tabela 5 – Distribuição da amostra, segundo a profissão

Profissões	N=136	%
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas	11	8,1
Especialistas das profissões Intelectuais e científicas	8	5,9
Técnicos e profissionais de nível intermédio	13	9,6
Pessoal administrativo e similares	13	9,6
Pessoal dos serviços e vendedores	25	18,4
Operários, artífices e trabalhadores similares	37	27,2
Operadores das instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	10	7,4
Domésticas, reformados e estudantes	19	14,0

Para a análise da distribuição da amostra segundo a profissão, recorreremos à Classificação Nacional das Profissões do Instituto Nacional de Estatística.

O grupo profissional que mais se destacou entre os participantes do estudo foi o dos operários, artífices e trabalhadores similares (n=37) com uma percentagem de cerca de 27% e o grupo que obteve menor percentagem com cerca de 6% (n=8) foi o dos especialistas das profissões intelectuais e científicas, o que quer dizer que a amostra obtida possui características que não são representativas de alguns grupos profissionais, não sendo, por isso, representativa da população em geral.

Pela análise da tabela 5, também se destaca que cerca de metade da amostra (52%) pertence às profissões de quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas, especialistas das profissões Intelectuais e científicas, técnicos e profissionais de nível intermédio, pessoal administrativo e similares e pessoal dos serviços e vendedores; o que leva a concluir que se trata de uma amostra com um nível de literacia bastante razoável.

Tabela 6 – Distribuição da amostra, segundo a situação no emprego

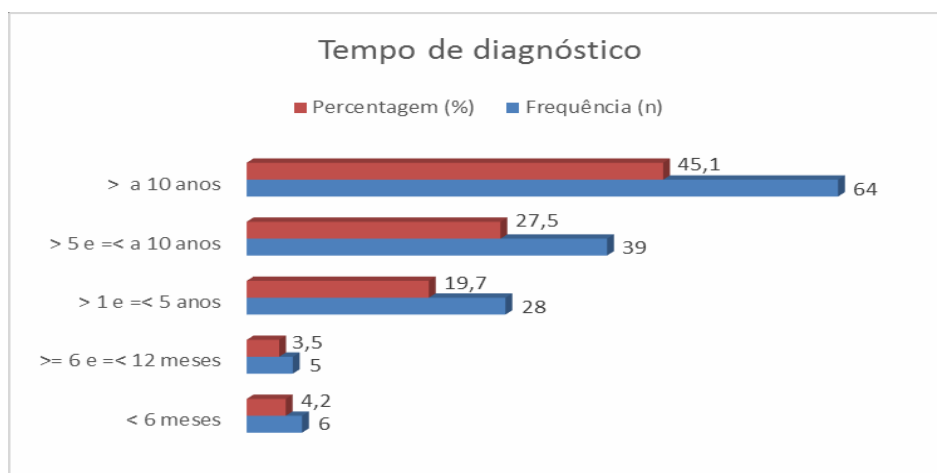
Variável	N= 140	%
Situação no emprego		
Empregado	54	37,5
Desempregado	15	10,4
Reformado	65	45,1
Estudante	6	4,2
Situação de emprego		
Ativo	42	29,2
Baixa	12	8,3

No que se refere à situação no emprego, e de acordo com a tabela anterior, podemos perceber que a amostra em estudo contém um número significativo de pessoas em situação de reforma (cerca de 45%). No entanto, existe ainda um grupo significativo de pessoas com diabetes *mellitus* que se mantém empregada (cerca de 38%), dos quais 42 pessoas (29%) ainda se mantém em situação profissional ativa.

Características clínicas e de tratamento:

De seguida descrevemos as características clínicas e de tratamento da amostra em estudo.

Gráfico 2 – Distribuição da amostra, quanto ao tempo de diagnóstico (número de anos – N=142)



Da análise do gráfico 2, verificamos que das 142 respostas obtidas, uma grande parte das pessoas com diabetes (45,1%) referiu que a sua doença foi diagnosticada há mais de 10 anos. Existe também um grande número de pessoas (27,5%) que refere ter a doença diagnosticada há mais de cinco anos e há 10 ou menos anos. Contudo, 4,2% das pessoas referem ter a doença diagnosticada há menos de seis meses (n=6). Do total da amostra do estudo (N=144) só dois participantes não responderam a esta questão, o que nos leva a concluir que a

maioria das pessoas com diabetes sabe há quanto tempo foi realizado o diagnóstico da sua doença.

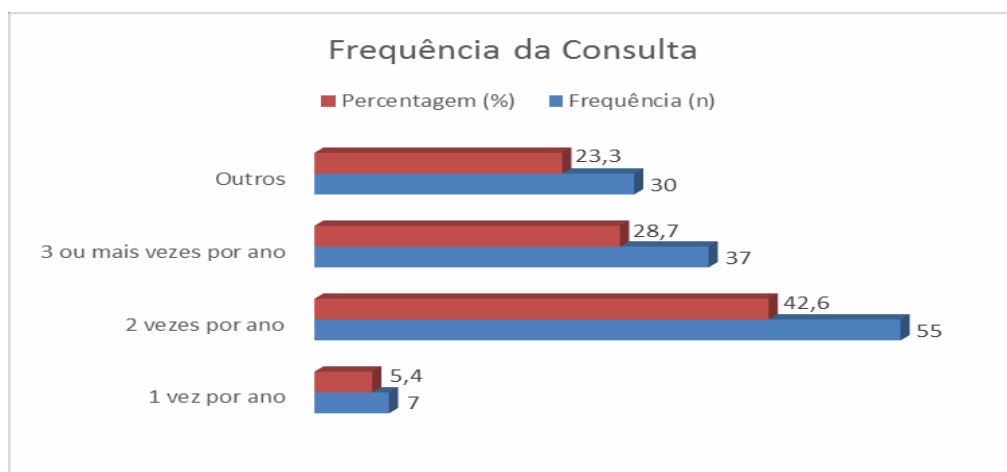
Tabela 7 – Distribuição amostra, segundo a consulta de acompanhamento e o tratamento para a depressão

Variável	N	%
Acompanhamento hospitalar (n=138)		
Consulta de endocrinologia	101	73,2
Outra consulta	37	26,8
Tratamento para a depressão (n=141)		
Sim	21	14,9
Não	115	81,6
Não sei	5	3,5

Segundo os dados apresentados na tabela 7, a maioria das pessoas com diabetes (73,2%) refere estar a ser seguida na consulta de endocrinologia da instituição onde se realizou a recolha de dados, enquanto 26,8 % refere ser seguida noutra consulta do hospital.

Relativamente ao facto de estarem a efetuar tratamento para a depressão, a maioria das pessoas com diabetes da presente amostra (81,6%) disse não se encontrar no momento a realizar tratamento, enquanto 14,9% afirmou que fazia medicação para o efeito, e apenas 3,5% responderam que não sabiam se faziam ou não medicação para a depressão.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra de acordo com a frequência das consultas de enfermagem (N=129)



Da análise do gráfico 3, verificamos que das 129 respostas obtidas, grande parte das pessoas com diabetes (42,6%, n=55) refere frequentar a consulta de enfermagem duas vezes por ano, enquanto 5,4% (n=7) vai à consulta apenas uma vez por ano.

Dos participantes, cerca de 23% (n=30) referem ir à consulta de acordo com a marcação efetuada pela especialidade e/ou quando convocados para a mesma.

Tabela 8 – Distribuição da amostra, segundo TA sistólica, TA diastólica e FC (frequência cardíaca)

Variável	M	Med	Mo	DP	Máx-Mín
TA sistólica (N=144)	135,17	133	131(*)	22,10	223-81
TA diastólica (N=144)	72,06	72	68(*)	11,85	115-41
Frequência cardíaca (n=142)	80,58	81	89	14,63	121-50

(*) Existência de múltiplos de moda. O valor apresentado é o mais baixo.

Analisando a variável TA sistólica, verificamos que o seu valor máximo foi de 223mmHg e o mínimo é de 81mmHg e na variável TA diastólica, o valor máximo é de 115mmHg e o mínimo é de 41mmHg.

Relativamente às médias da TA, a média da TA sistólica dos participantes é de 135,17mmHg e a média da TA diastólica é de 72,06mmHg.

Estes valores indicam que alguns participantes da amostra apresentavam valores de TA preocupantes (valores máximos), e que poderiam ou não estar já diagnosticados e a ser acompanhados pelo clínico.

No que respeita à frequência cardíaca (FC), 142 dos 144 participantes apresentam um máximo de FC de 121p/m e um mínimo de FC de 50p/m. A média da FC dos participantes é de 80,6p/m (n=142), sendo o valor da moda de 89p/m.

Tabela 9 – Distribuição da amostra, segundo peso (kg), altura (m) e índice de massa corporal (IMC) (N=144)

Variável	M	Med	Mo	DP	Máx-Min
Peso (kg)	75,32	75,25	68,0	13,04	111,4-44,9
Altura (m)	1,641	1,640	1,60(*)	0,885	1,84 -1,47
I.M.C.	28,07	27,85	25,6(*)	5,28	48,2 – 18,0

(*) Existência de múltiplos de moda. O valor apresentado é mais baixo.

Da análise da tabela 9, é possível concluir que o peso corporal (kg) varia entre os 111,4kg de valor máximo e os 44,9kg de valor mínimo. Quanto ao valor de peso que mais se repetiu foi de 68kg.

No que respeita à variável altura (m), esta varia entre 1,84m de altura de valor máximo e 1,47 (m) de valor mínimo. O valor mais repetido quanto à variável altura foi de 1,60m.

Quanto à variável de IMC o valor máximo foi de 48 e o mínimo de 18. Esta variável apresenta uma moda de 25,6, sendo este valor o mais repetido dos 144 participantes no estudo.

Estes resultados indicam que a amostra apresenta, na globalidade, peso superior ao normal, o que se reflete também no IMC. Estes valores, que podem ser já anteriores ao aparecimento da doença, ainda se mantêm à data da colheita de dados.

Tabela 10 – Distribuição da amostra, segundo o valor da glicemia capilar e hemoglobina glicada

Variável	M	Med	Mo	DP	Máx-Min
Glicemia Capilar (mg/dl) (n=137)	173,12	159,0	127	64,19	500-58
Hg glicada (mg/dl) (n=68)	7,47	7,15	6,4	1,79	15,3-54

Na tabela 10 podemos verificar que o valor máximo da glicemia capilar é de 500 mg/dl e o mínimo é de 58mg/dl referentes a n=137 dos participantes, uma vez que dos 144 participantes da amostra em estudo, sete recusaram avaliar a glicemia capilar.

Isto significa que a nossa amostra (n=137) apresenta na sua globalidade glicemias capilares elevadas (173,12), facto que se reflete nos valores médios apresentados para a hemoglobina glicada (7,47).

Quanto à variável Hg glicada¹, só foi possível obter uma amostra de 68 pessoas, uma vez que este tipo de exame requer prescrição médica, sendo apenas realizado segundo indicação do clínico.

Considerando a questão que foi colocada relativamente às pessoas com quem poderiam contar no apoio à gestão do seu regime terapêutico, a análise das respostas indica-nos que é a esposa ou o marido, os filhos, ou outros familiares, as pessoas a quem a globalidade dos participantes na amostra recorre quando necessita de apoio para a gestão da sua doença e do regime terapêutico associado.

A amostra apresentava ainda, em associação com a diabetes *mellitus* tipo 2, um conjunto alargado de comorbilidades que iam desde as doenças cardiovasculares (n=12; 8,3%), as doenças endócrinas (n=10; 6,9%) ou as doenças gastroenterológicas (n=8; 5,6%), entre outras.

De forma resumida podemos dizer que a amostra é constituída, na sua maioria, por mulheres casadas ou em união de facto, com uma média de 54 anos de idade e que, na sua maioria, tinham até dois filhos. Dos 144 participantes no estudo, 90% habitam ao distrito do Porto, sendo que cerca de 27% pertencem ao grupo profissional dos operários, artífices e trabalhadores similares, e dos quais cerca de 29% ainda se mantem em situação profissional ativa.

Salienta-se, ainda, que 45% das pessoas portadoras de diabetes que constituem a presente amostra sabe que a sua doença foi diagnosticada há mais de 10 anos e 43% frequenta as consultas de enfermagem, duas vezes ano. Estas pessoas apresentam um peso médio de 75kg, uma altura média 1,64m e um IMC médio de 28,07. O valor da glicemia capilar que mais se repete na amostra é de 127mg/dl e o da Hg glicada é de 6,4 mg/dl, o que nos leva a concluir que os valores de glicemia capilar e Hg glicada presentes na amostra em estudo estão dentro

¹ O exame de hemoglobina glicada consegue mostrar uma média das concentrações de hemoglobina no nosso sangue durante aproximadamente 60 dias. Assim, a hemoglobina glicada serve para monitorizar o controlo da diabetes de uma forma mais contínua, devendo a pessoa portadora de diabetes fazer uma análise trimestralmente, pois esta vai permitir analisar a glicemia num período de 60 a 90 dias. O valor da hemoglobina glicada indicado deve estar abaixo dos 6,5%, no entanto este valor não deve ser conseguido à custa de hipoglicemias. É importante referir que, dependendo de cada caso, os objetivos no valor da hemoglobina glicada podem ser superiores a 6,5%, por isso deve-se sempre conversar com o médico sobre esta questão. O doente portador da diabetes deve fazer uma avaliação da hemoglobina glicada semestralmente ou trimestralmente, dependendo dos casos. Esta medição é vantajosa porque fornece ao médico informação sobre a glicemia nos três últimos meses, tendo também como vantagem o facto de a colheita não precisar de ser feita em jejum, uma vez que esta pode ser realizada em qualquer altura do dia.

dos parâmetros considerados normais para a pessoa com diabetes. Grande número de participantes apresenta um conjunto de comorbilidades associadas à diabetes *mellitus* tipo 2.

A maioria das pessoas com diabetes refere ser seguida em consulta na instituição em que foram recolhidos os dados (73%) e cerca de 82% refere não fazer qualquer tipo de medicação para a depressão.

Apesar dos valores médios de TA sistólica e diastólica, frequência cardíaca, IMC, glicemia capilar e Hg glicada serem normais, é perceptível que a amostra inclui pessoas com valores muito elevados nestas variáveis de saúde.

3.5 Instrumentos de Recolha de Dados

A seleção adequada de um instrumento de recolha de dados é um processo fundamental que envolve um período de reflexão por parte do investigador. Cabe a este determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém para responder aos objetivos do estudo e às questões de investigação enunciadas (Fortin, 2009).

As características psicométricas de um instrumento de medida que forneça dados quantitativos, nomeadamente de validade e fidelidade, constitui o principal critério que permite ao investigador avaliar a qualidade desse instrumento (Sousa, 2005). A validade corresponde ao *“grau de precisão com o qual o conceito é representado por enunciados particulares num instrumento de medida”* (Fortin, 2009, p.354). A fidelidade refere-se à *“precisão e à constância das medidas obtidas com ajuda de um instrumento de medida”* (Fortin, 2009, p.348).

A fidelidade de um instrumento pode ser avaliada de várias formas, sendo uma delas a consistência interna (Fortin, 2009). Segundo este autor, a consistência interna designa *“a concordância existente entre todos os enunciados individuais que constituem o instrumento de medida; refere-se à homogeneidade de um conjunto de enunciados que servem para medir diferentes aspetos de um mesmo conceito”* (pp.225-227).

A técnica mais utilizada para apreciar o grau de consistência interna de um instrumento de medida é o valor do coeficiente alfa de *Cronbach*. Este coeficiente é utilizado quando existem várias possibilidades de escolha no estabelecimento dos scores, como na escala de *likert*. Os valores de alfa variam entre 0 e 1 e quanto mais próximos de 1 forem, maior consistência interna tem o instrumento de medida (Fortin, 2009).

Para este estudo, foi utilizado um questionário por nós construído e intitulado de “Autogestão na pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2”, composto por seis instrumentos: questionário sociodemográficos, clínico e de tratamento, que nos permitiu caracterizar a amostra em estudo já anteriormente apresentada, questionário de autorregulação, questionário de percepção sobre o ambiente terapêutico, escala de competência percebida, escala de adesão aos medicamentos e escala do suporte social. Com estes instrumentos pretendemos aceder aos constructos principais da Teoria da Autodeterminação proposta por Deci e Ryan (2000), uma vez que esta está associada à motivação para a adesão a comportamentos relacionados com a saúde (Anexo 1).

3.5.1 Questionário de Autorregulação

O Questionário de Autorregulação (QAR) é uma versão traduzida e adaptada para o efeito, do questionário original *Treatment Self-Regulation Questionnaire* (TSRQ) de Ryan e Deci (2000), o qual integra um conjunto de questões que procuram entender os motivos que levam as pessoas a adotar e manter um determinado tipo de comportamento, tais como: iniciar, seguir um regime terapêutico e manter um programa de tratamento; e, iniciar e/ou alterar um comportamento e manter um comportamento saudável.

O TSRQ foi inicialmente desenvolvido por Ryan e Connell (1989) e mais tarde adaptado em diversos estudos para diferentes tipos de comportamentos, como por exemplo: programas de tratamento de alcoolismo (Ryan et al., 1995); adesão terapêutica em pessoas com diabetes (Garrett, 2008; Williams et al., 1998; Williams et al., 2004); participação em programas de perda de peso (Silva, 2010; Williams et al., 1996); programas de tratamento com metadona (Silva, 2010; Williams et al., 1996); e comportamentos de saúde (Levesque et al., 2007).

O questionário utilizado no estudo é composto por 15 itens que avaliam os motivos que levam a pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2 a aderir ao tratamento. No QAR distinguem-se três subescalas que avaliam a regulação autónoma, a regulação controlada e a amotivação. O grau de regulação autónoma refere-se ao modo mais ou menos autodeterminado de motivação, sendo a regulação mais autónoma frequentemente relacionada com a manutenção de comportamentos que conduzem a resultados positivos. Por outro lado, o grau de regulação controlada avalia em que medida o indivíduo é regulado pelo controlo externo e, por último, a amotivação avalia o grau de desmotivação.

No QAR é utilizada uma escala de *likert* com sete itens. Esta escala permite-nos avaliar o nível de veracidade de cada uma das afirmações para a pessoa, variando ente 1 “afirmação nada verdadeira” e 7 “afirmação totalmente verdadeira”, passando por um ponto central 4 “em parte verdadeira”, de modo que a pessoa possa selecionar essa opção em caso de indecisão ou neutralidade.

Esta escala permite-nos medir as atitudes e conhecer o grau de conformidade da pessoa com cada uma das afirmações propostas, sendo totalmente útil para situações em que precisamos que o participante expresse com detalhes a sua opinião. Neste sentido, as categorias de resposta servem para capturar a intensidade da perceção dos respondentes.

É de realçar que os itens, 1, 3, 6, 8, 11, e 13 pertencem à subescala de regulação autónoma no tratamento da diabetes e os itens 2, 4, 7, 9, 12 e 14 fazem parte da subescala de regulação controlada no tratamento da diabetes. Os itens 5, 10 e 15 integram a subescala da amotivação no tratamento da diabetes.

No que concerne à cotação do questionário, foi calculada a média dos itens referentes a cada subescala. Assim, obtivemos três valores que refletem a motivação autónoma, a motivação controlada e a amotivação para o tratamento da diabetes. Quanto mais elevado o valor obtido, maior é o nível de cada tipo de regulação.

Todos estes estudos (Silva, 2010; Garrett, 2008; Levesque et *al.*, 2007; Williams et *al.*, 2009, 2005, 2004, 1999 e 1998; Ryan et *al.*, 1995; Ryan e Connell, 1989) confirmaram as qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados, com valores de alfa de Cronbach a variar entre 0,55 e 0,82, o que significa que apresentam uma medida de consistência interna e confiabilidade considerada aceitável (Maroco e Garcia-Marques, 2006).

No presente estudo, os valores de alfa de Cronbach calculados para as diferentes subescalas foram os seguintes: regulação autónoma 0,91; regulação controlada 0,75; e, amotivação: 0,68.

3.5.2 Escala de Competência Percebida

A Escala de Competência Percebida (ECP) é a versão portuguesa da *Perceived Competence Scale* (PCS), que procura avaliar o grau de confiança da pessoa para adotar determinado comportamento. Assim, tal como o questionário de autorregulação, pode ser adaptada para diferentes tipos de comportamentos, como por exemplo: aderir a um regime terapêutico ou alterar um comportamento menos saudável, iniciar ou manter um comportamento de saúde ou participar num programa de tratamento. Este instrumento tem sido utilizado em diversos estudos que comprovam a sua estabilidade métrica, por exemplo, na adesão terapêutica em pessoas com diabetes (Garrett, 2008; Williams et al., 1998; Williams et al. 2005; Williams et al., 2004), na adoção de uma alimentação saudável (Mestre, 2010), na cessação tabágica (Guerra et al., 2003; Levesque et al., 2007; Williams et al., 2002; Williams et al., 2006; Williams, Niemiec, Patrick e Deci, 2009). Todos os estudos referidos utilizaram escalas de quatro itens, com valores de alfa de *Cronbach* a variar entre 0,83 e 0,93, os quais traduzem a existência de uma boa consistência interna (DeVellis, 2003; Pallant, 2010; Ribeiro, 1999).

A ECP é composta por quatro afirmações que procuram apurar até que ponto a pessoa se sente capaz de aderir ao tratamento da diabetes. Neste sentido, cada pessoa posiciona-se face à afirmação segundo uma escala de *likert*, que tal como no QAR, varia de 1 “nada verdadeira” a 7 “totalmente verdadeira”, passando por um ponto central 4 “em parte verdadeira”. O resultado da escala é dado pela média obtida nas quatro afirmações. Assim, quanto mais elevado o valor da média, mais competente a pessoa se sente para seguir o comportamento designado.

O valor do alfa de *Cronbach* referente à competência percebida no presente estudo foi de 0,89, o que traduz a existência de uma boa consistência interna/confiabilidade da escala (Maroco e Garcia-Marques, 2006).

3.5.3 Questionário de Percepção sobre o Ambiente Terapêutico

O Questionário de Percepção sobre o Ambiente Terapêutico é uma versão adaptada a partir do instrumento desenvolvido por Ryan e Deci (2000). O questionário original *Health Care Climate Questionnaire* (HCCQ) contém 15 itens que pretendem aceder à percepção da pessoa sobre o modo como o seu cuidador (médico, enfermeiro ou terapeuta) funciona, ou seja, se tem uma orientação com predisposição incentivadora da autonomia ou, se pelo contrário, apresenta uma posição mais controladora. Neste estudo optámos pela versão reduzida da escala (HCCQ), constituída apenas por seis itens.

O valor de alfa de *Cronbach* obtido para os seis itens nesta escala, neste estudo, foi de 0,93, o que segundo os autores, indica uma boa consistência interna (Maroco e Garcia-Marques, 2006). A escala de resposta a este questionário é análoga à dos questionários anteriormente e baseando-se no nível de concordância com cada uma das afirmações apresentadas. Cada pessoa tem de se posicionar entre 1 “discordo plenamente” e 7 “concordo plenamente”, passando por um ponto central 4 “não concordo nem discordo”, para os casos de indecisão ou neutralidade. O resultado obtém-se somando as respostas obtidas nos seis itens e calculando o seu valor médio.

3.5.4 Escala de Adesão aos Medicamentos

A Escala de Adesão à Medicação de Pereira e Silva (1998) é a versão portuguesa da *Reported Adherence to Medication Scale* (RAMS) desenvolvida por Horne, Weinman e Hankins (1997) que tem como objetivo medir os níveis de adesão da pessoa à medicação, incluindo a frequência com que esta altera ou ajusta a dosagem prescrita pelo médico.

Esta escala foi adaptada à população em estudo por Pereira, Pedras e Machado (2012), tendo obtido as qualidades psicométricas necessárias para o seu uso com segurança (valor de alfa de Cronbach de 0,74). No presente estudo foi utilizada a versão desenvolvida por Pereira e Silva (1999) que apresentou também boas propriedades psicométricas (valor de alfa de Cronbach de 0,71).

Para avaliar a adesão aos medicamentos na pessoa com diabetes utilizaram quatro itens de resposta, sendo dois relativos ao cumprimento do regime medicamentoso e outros dois relacionados com a frequência com que cada pessoa altera as doses prescritas pelo médico, segundo uma escala de *likert* de cinco itens.

O cumprimento do regime medicamentoso é avaliado após a inversão dos itens: 1 “concordo totalmente”, 2 “concordo”, 3 “não tenho a certeza”, 4 “discordo” e 5 “discordo totalmente”.

Na frequência com que cada pessoa altera as doses de medicação prescrita e após a inversão dos itens, é avaliada da seguinte forma: 5 “nunca”, 4 “raramente”, 3 “às vezes”, 2 “muitas vezes” e 1 “quase sempre”.

O score total de adesão obtém-se somando as respostas dos quatro itens e calculando a sua média, sendo que scores mais elevados indicam maiores níveis de adesão.

O valor de alfa de Cronbach obtido neste estudo para esta escala foi de 0,67 o que traduz a existência de uma consistência interna/confiabilidade aceitável (Maroco e Garcia-Marques, 2006).

3.5.5 Questões Abertas

Para melhor esclarecer o cumprimento do regime terapêutico, foram adicionadas três questões abertas relativas às indicações específicas fornecidas pelo enfermeiro face aos autocuidados a ter em casa. A primeira questão avalia frequência sobre o cumprimento de três itens fundamentais no tratamento da diabetes: da alimentação, do exercício físico e das autovigilâncias (controlo glicemia capilar e cuidados com os pés). A segunda questão refere-se à identificação das razões que levam à dificuldade no seu cumprimento e a terceira questão à possível existência de alguém que auxilie ou substitua a pessoa no cumprimento do tratamento.

3.5.6 Escala de Suporte Social

A Escala de Avaliação do Suporte Social desenvolvida por Guerra (1995) é a versão portuguesa do *Instrumental-Expressive Social Support Scale* (IESSS) de Lin, Dean e Ensel (1986). É composta por 20 afirmações avaliadas segundo uma escala de *likert* com 5 itens em que é questionado à pessoa com que frequência tem sido afetada, nos últimos seis meses, pelos problemas apresentados. Assim, o item 1 corresponde a “sempre ou quase sempre”; o 2 a “muitas vezes”; o 3 a “algumas vezes”; o 4 a “raramente” e o 5 a “nunca”.

Esta escala foi submetida a um processo de validação desenvolvido pelo grupo de investigação “Autogestão na doença crónica” da Unidade Científico Pedagógica (UCP) de Autocuidado da ESEP, estando agora dividida em três subescalas que permitem avaliar: o suporte familiar e socio-afetivo, que engloba as afirmações 2, 3, 5, 6, 13, 14, 15, 19 e 20; a falta de controlo, que engloba as afirmações 10, 16, 17 e 18; e, o suporte financeiro, que engloba as afirmações 1, 7 e 11. No referido processo de validação, foram retirados quatro itens, nomeadamente os itens 4, 8, 9 e 12 (Lima, L. et al., 2017).

Na primeira subescala referente ao suporte familiar e sócio afetivo, o valor do alfa de *Cronbach* obtido no presente estudo foi de 0,89. Na segunda subescala referente à falta de controlo, o valor do alfa de *Cronbach* obtido foi de 0,77 e, por fim, na terceira subescala referente ao suporte financeiro o valor de alfa de *Cronbach* foi de 0,85. A Escala de Suporte Social Global apresentou um valor de alfa de *Cronbach* de 0,94.

Perante os valores de alfa de *Cronbach* obtidos nas três subescalas e escala total podemos concluir que os resultados são de grande consistência interna/confiabilidade, sendo que uma cotação elevada traduz uma melhor percepção de suporte social e ausência dos problemas apresentados.

3.6 Procedimentos de Recolha de Dados

Fortin (1999), refere que para um estudo de carácter exploratório-descritivo onde o investigador “*visa acumular a maior quantidade de informações possíveis, para abarcar os*

diversos aspetos do fenómeno” (p.240), pelo que devem ser escolhidos instrumentos de recolha de dados adequados, de que é exemplo o questionário.

Após ter sido concedida a autorização, pelo órgão competente do hospital para a recolha de dados, seguiu-se a sua recolha durante o período compreendido entre o mês de julho e setembro de 2014.

O recrutamento dos participantes foi efetuado presencialmente pela investigadora sendo explicado o tema, a finalidade e os objetivos do mesmo e solicitada a sua participação no estudo. Para o autopreenchimento do questionário foi disponibilizado um local onde cada pessoa podia responder com calma e privacidade durante o período que mediava entre a consulta de enfermagem e a consulta de diabetologia.

Dado não ser possível à investigadora estar presente em todos os momentos, foi também solicitada à equipa de enfermagem a sua colaboração na recolha de dados. Para isso, a investigadora forneceu formação à equipa de enfermagem da consulta de endocrinologia, no que respeita aos objetivos do estudo e ao preenchimento do questionário, no sentido de poder ajudar, ou clarificar qualquer dúvida que as pessoas apresentassem no momento do preenchimento do mesmo.

De forma a garantir a privacidade do respondente e a confidencialidade dos dados, optamos por manter o consentimento informado separado do questionário, de forma que não houvesse a possibilidade de identificar os participantes. Foi ainda realçado o facto de o investigador não pertencer à equipa multidisciplinar do serviço, não existindo partilha de informação com os restantes profissionais de saúde do serviço (exceto os enfermeiros colaboradores), nem a possibilidade de estes terem acesso aos dados.

Aos participantes foi dada liberdade para decidir se queriam ou não participar no estudo. Também foi dito que em qualquer momento poderiam recusar continuar a participar, não existindo qualquer tipo de consequências decorrentes dessa decisão. O preenchimento dos questionários foi feito apenas após o preenchimento do consentimento informado.

3.7 Análise e Tratamento de Dados

O tratamento de dados emerge no decorrer do processo de investigação, sendo uma fase integrada do mesmo. A estatística ajuda o investigador a organizar, a reduzir, a avaliar, a resumir, a interpretar e a comunicar a informação numérica compilada e selecionada num trabalho (Polit e Hungler, 1995). Segundo os mesmos autores, “*sem ajuda estatística, os dados quantitativos reunidos num projeto de pesquisa constituiriam pouco mais do que uma massa caótica de números*” (p.227).

Numa primeira etapa, todos os dados contidos nos questionários deste estudo foram codificados, e processados numa base de dados. O tratamento e análise destes dados foi efetuada com recurso ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.

Os resultados são informações numéricas que resultam dos dados recolhidos junto dos participantes com a ajuda de instrumentos de medida (Fortin, 2009). Após a recolha de dados realizamos a análise estatística descritiva e inferencial dos resultados, sendo posteriormente transcritos para tabelas, permitindo assim uma consulta fácil, rápida e global dos resultados obtidos.

A análise da normalidade da distribuição das variáveis foi realizada através do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, concluindo-se que, em algumas variáveis, a distribuição não era normal ($\text{sig} < 0,05$). No entanto, considerando o tamanho da amostra ($N > 100$) e considerando ainda que os testes paramétricos são considerados como mais robustos e sensíveis (Hicks, 2006), optámos pela sua utilização nesta análise. No mesmo sentido, Bryman e Cramer (2003) referem que a operação de somar itens para a obtenção de uma medida global converte, implicitamente, dados com baixo nível (ordinal) em dados com um nível superior de mensuração (intervalar).

A análise descritiva permite “*descrever as características da amostra e responder às questões de investigação*” (Fortin, 2009, p.410), de forma a que sejam entendidas, tanto pelo investigador, como pelo leitor. As estatísticas descritivas utilizadas incluem as distribuições de frequências (absolutas e relativas), as medidas de tendência central (média, mediana e moda) e as medidas de dispersão (desvio-padrão).

Para a análise da distribuição dos valores das médias obtidas nas diferentes escalas/subescalas, calculámos também o score médio (média/n.º itens) uma vez que este nos permite uma melhor comparação dos resultados.

A análise inferencial vai além da análise descritiva, baseada nas leis da probabilidade, “*interessa-se pelos resultados provenientes de uma amostra e por inferência, prevê o comportamento ou as características da população total*” (Fortin, 2009, p.440) e pretende, assim, determinar em que medida a informação proveniente de uma amostra reflete com exatidão o que se passa na população.

Para efeitos da análise inferencial de dados, utilizamos testes paramétricos adequados às características das variáveis em análise e dos objetivos a responder, nomeadamente o teste *t de Student* para amostras não emparelhadas e a correlação bivariada *r de Pearson*.

Após leitura flutuante e análise das respostas às questões abertas colocadas no questionário, relativas ao cumprimento das indicações terapêuticas executadas pelos enfermeiros, as respostas foram organizadas de acordo com as seguintes categorias:

1. Nas questões ligadas com a alimentação, o exercício físico e a autovigilância foi utilizada uma escala de tipo *likert* com cinco pontos, em que 1 corresponde a “*sempre ou quase sempre*”; 2 a “*muitas vezes*”; 3 a “*algumas vezes*”; 4 a “*raramente*” e 5 a “*nunca*”.
2. Na questão que se refere à dificuldade em cumprir as indicações terapêuticas foi utilizada uma escala de tipo *likert* com cinco pontos, em que 1 corresponde a “*sim*”; 2 a “*não*”; 3 a “*às vezes*”; 4 a “*muitas vezes*” e 5 a “*quase sempre*”.
3. Na questão que se refere à existência (ou não) de pessoas que apoiem no cumprimento da gestão terapêutica, foi utilizada uma escala de tipo *likert* com cinco pontos, em que 1 corresponde a “*sim*”; 2 a “*não*”. Aos que responderam positivamente, foi-lhes questionado o grau de parentesco que detinham com essas pessoas, tendo sido indicados diferentes familiares (como a esposa, o marido, os filhos ou os amigos).

3.8 Considerações Éticas

Qualquer que seja o tipo de investigação cujo objeto de estudo seja o ser humano levanta questões éticas. A ética busca fundamentar o modo de viver de cada pessoa pelo pensamento humano. Assim, ser ético é agir dentro dos padrões convencionais, é proceder bem, não prejudicar o próximo e cumprir os valores estabelecidos pela sociedade em que se vive.

Segundo Fortin (2009), é muito importante ter as questões éticas na base de todos os estudos de investigação científica, nomeadamente o recurso ao consentimento livre e esclarecido, ao respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações, restringir ao mínimo o recurso a grupos vulneráveis, ponderar o equilíbrio entre as vantagens e inconvenientes, reduzir ao máximo os inconvenientes relativos à investigação e otimizar ao máximo as vantagens associadas à investigação.

Neste sentido, Polit e Hungler (2001) afirmam que nos trabalhos científicos são três os princípios éticos mais importantes integrados na maioria das normas: a beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça.

Com base nestes pressupostos e tendo em conta a fragilidade emocional que as pessoas com diabetes podem vivenciar, foram tidos em conta todos os aspetos considerados relevantes para assegurar o respeito pelos seus direitos da decisão livre e autónoma. Assim sendo, este trabalho de investigação assegurou todos os princípios éticos de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo, procurando assegurar os direitos dos indivíduos envolvidos, ao longo de todas as fases do estudo.

Assim, foram definidos determinados pontos orientadores:

- Obtenção de autorização para a colheita de dados pela Comissão de Ética Hospitalar e Direção da Instituição onde se realizou a recolha de dados (Anexo II);
- Obtenção da autorização do diretor de serviço para a colheita de dados (Anexo III);

- Obtenção da autorização da enfermeira chefe de serviço para a colheita de dados (Anexo IV);
- Obtenção de autorização dos autores dos instrumentos de medida utilizados (Anexo V);
- Respeito pela decisão livre e esclarecida acerca da participação no estudo;
- Obtenção do consentimento informado (Anexo VI) de todos os participantes no estudo;
- Manutenção da confidencialidade dos indivíduos ao longo de todo o processo de investigação;
- Isenção e veracidade na análise e tratamento dos dados, bem como na apresentação das conclusões.

CAPÍTULO III

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Apesar de conceitualmente distintos, os processos de análise e interpretação estão estritamente relacionados. A análise tem por objetivo ordenar e resumir os dados, de forma a responder aos objetivos propostos para o presente estudo. A interpretação procura num sentido mais alargado dar respostas, o que é conseguido mediante a sua relação com outros conhecimentos anteriormente obtidos (Gil, 2008).

As respostas ao questionário do autorregulação (QAR) foram analisadas tendo em conta três subescalas: a subescala da regulação autónoma, a subescala da regulação controlada e a subescala da amotivação para o tratamento na diabetes tipo 2. Analisamos ainda os valores obtidos nas escalas de Competência Percebida e Ambiente Terapêutico.

Tabela 11 – Questionários da autorregulação (QAR), competência percebida e ambiente terapêutico

	N	Score Médio	DP	Mín	Máx
Autorregulação					
Regulação Autónoma (QAR)	134	6,02	1,12	1,00	7,00
Regulação Controlada (QAR)	132	4,49	1,35	1,00	7,00
Amotivação (QAR)	128	3,26	1,66	1,00	7,00
Competência Percebida	141	5,74	1,33	1,00	7,00
Ambiente Terapêutico	138	5,72	1,25	1,00	7,00

Nota: Escala de medida 1-7

Como se pode observar na Tabela 11, o valor da média da subescala de regulação autónoma foi o mais elevado (6,02), quando comparado com os valores das outras variáveis em estudo. Tendo em conta o valor máximo da escala (7), é de referir que o score médio obtido na regulação autónoma é elevado.

No que se refere à regulação controlada, o score médio situa-se entre as duas subescalas anteriormente descritas (4,49), demonstrando que a amostra também apresenta alguma regulação do seu comportamento de autogestão de tipo controlado.

No que diz respeito à subescala de amotivação, o score médio obtido representa o valor mais baixo, quando comparado com os valores das outras variáveis em estudo. Os valores desta subescala encontram-se mais dispersos (1,66), mas tendo em conta que o valor máximo da escala é 7 podemos afirmar que os participantes, ainda assim, se sentem motivados.

Tais resultados demonstram que o grupo de pessoas que integram a amostra apresentam uma regulação predominantemente autónoma, face à gestão da sua doença. No entanto, e considerando que a motivação é um *continuum*, é natural que exista um estilo de regulação de comportamento misto (autónomo e controlado), cujo funcionamento se baseia não apenas em decisões próprias, mas também em pressões externas dos técnicos de saúde, familiares e outros.

Na escala de competência percebida, o score médio das respostas obtidas é bom (5,74), o que nos leva a concluir que os participantes sentem força de vontade, capacidade e confiança nas suas capacidades para lidar com a diabetes e para cumprir as indicações terapêuticas. Este grupo sente, assim, que tem competências que lhes permitem gerir o tratamento, conseguindo dar resposta ao que os profissionais de saúde lhes propõem.

No que concerne à perceção do ambiente terapêutico, inferimos que os participantes estão satisfeitos com os enfermeiros que os acompanham (5,72). Este grupo sente que os enfermeiros: os compreendem no modo como encaram os problemas associados à diabetes e na atitude que tomam face ao tratamento, demonstram confiança na sua capacidade para seguir o tratamento, estão atentos à forma como gostariam de gerir o tratamento, os encorajam a fazerem perguntas sobre o tratamento da sua doença, os ajudam a gerir a mesma apesar das dificuldades, e lhes proporcionam escolhas e opções sobre como resolver os problemas associados à doença.

Tabela 12 – Escala de Adesão aos medicamentos

	N	Score Médio	DP	Mín	Máx
Adesão aos Medicamentos	140	3,91	0,83	1,50	5,00

Nota: Escala de medida 1-5

Quanto à escala de adesão aos medicamentos, os resultados sugerem que os participantes do estudo aderem ao esquema proposto pelo médico, esquecendo-se poucas vezes de tomar a medicação ou alterando as doses prescritas (uma vez que o ponto médio da escala é 3).

Tabela 13 – Escala de Suporte Social (ESS)

Escala de Suporte Social (ESS)	N	Score Médio	DP	Mín.	Máx.
Suporte Familiar e Socio-afetivo	130	3,81	0,87	1,00	5,00
Falta de Controlo	137	3,93	0,91	1,00	5,00
Suporte Financeiro	138	3,34	1,04	1,00	5,00
Suporte Social Global	129	3,74	0,81	1,06	5,00

Nota: Escala de medida 1-5

As respostas da amostra à Escala de Suporte Social (ESS) foram, também, analisadas tendo em conta as três subescalas: suporte familiar e socio-afetivo, falta de controlo e suporte financeiro.

No que diz respeito à subescala de suporte familiar e socio-afetivo, os participantes demonstraram possuir um bom suporte, percecionando ter alguns amigos verdadeiros, pessoas em quem podem confiar, pessoas a quem se sintam próximas e que se preocupam com os seus problemas. Sentem-se ainda satisfeitos com o seu cônjuge ou companheiro, sentido a presença de alguém que os ame. Tendo em conta o valor máximo da escala (5), é de referir que o score médio obtido nesta subescala pode ser considerado elevado.

Quanto à subescala falta de controlo, podemos concluir que os nossos participantes se sentem pouco controlados pelos outros, estão pouco dependentes dos outros e as outras pessoas não interferem com o que eles querem fazer.

Relativamente à subescala suporte financeiro, e sendo este o valor mais baixo (3,34) podemos inferir que os participantes sentem moderadas dificuldades na gestão do dinheiro, necessário para seu governo e gestão económica do dia a dia, pois o resultado encontra-se muito perto do ponto médio da escala (3).

Globalmente, poderemos dizer que os participantes na amostra se encontram satisfeitos com o suporte social que detêm, sendo menor a satisfação na sua componente financeira.

Neste questionário, foram ainda colocadas algumas questões abertas relativas à frequência com que os participantes cumpriam as indicações que lhes eram dadas pelo enfermeiro relativamente à alimentação, ao exercício físico e à autovigilância, assim como, se pretendiam identificar as dificuldades em cumprir as indicações terapêuticas e, por último, identificarem se existia alguém que os ajudasse ou os substituísse no cumprimento do tratamento da sua doença.

Da análise efetuada às questões, o que mais se destacou quanto à frequência com que referiram cumprir as indicações que lhes foram dadas pelo enfermeiro no que concerne à alimentação, a maioria da amostra (56%) referiu que cumpria *“sempre ou quase sempre”* as indicações, e cerca de 25% da amostra cumpria *“algumas vezes”*. Apenas 2% da amostra (n=3) assumiu que *“nunca”* cumpria essas indicações terapêuticas.

No que se refere à prática de exercício físico, cerca de 29% dos participantes afirmaram praticar *“algumas vezes”* e, com valores aproximados (27,1%), afirmaram praticar exercício físico *“sempre ou quase sempre”*. No entanto, cerca de 16% das pessoas com diabetes assumiram *“nunca”* praticar qualquer tipo de exercício físico.

No que se refere à autovigilância, percebemos que 62% dos participantes cumpriam *“sempre ou quase sempre”* as indicações fornecidas pelos profissionais e cerca de 23% cumpriam apenas *“algumas vezes”*. Apenas 2,1% (n=3) *“nunca”* o faziam.

Podemos, assim, concluir que apesar de possuírem dificuldades a vários níveis para gerirem a sua doença, as orientações terapêuticas relativas à alimentação e à autovigilância foram sendo cumpridas. O mesmo não aconteceu com o exercício físico, área em que se percebe uma menor adesão às orientações dos profissionais de saúde.

No que se refere à questão relativa às dificuldades em cumprir as indicações terapêuticas do enfermeiro, a expressão mais referida foi que *“não”* sentiam dificuldades, em 36% dos casos, sendo que apenas 13% dos participantes (n=18) assumiram ter *“muitas vezes”* dificuldades no cumprimento das orientações.

Por último, na questão colocada relativa à possível existência de pessoas que apoiem na adesão ao regime terapêutico, a expressão mais referida foi o *“Não”* em 34% da amostra. Dos que referiram usufruir desse suporte, a *“esposa”* foi o elemento indicado em 21% (n=30) dos casos.

Relação entre as variáveis em estudo e as variáveis sociodemográficas da amostra:

Na tentativa de perceber a existência de possíveis relações entre as características sociodemográficas, clínicas e de tratamento da pessoa com diabetes e as variáveis da autorregulação (QAR), competência percebida, percepção de ambiente terapêutico, adesão ao regime terapêutico e suporte social (ESS), utilizámos os testes estatísticos adequados à natureza das variáveis em estudo.

Percebemos a existência de algumas diferenças com significância estatística entre algumas das variáveis em análise e as variáveis sociodemográficas da amostra, mas não na sua relação com as variáveis clínicas ou de tratamento.

A seguir apresentamos uma tabela com a informação relativa apenas aos resultados encontrados com significância estatística.

Tabela 14 – Comparação de médias entre as subescalas QAR, competência percebida, percepção de ambiente terapêutico e ESS e a variável sexo

	n	M	DP	t (gl)	p
Regulação Controlada (QAR)					
Sexo feminino	69	4,80	1,35	2,89 (130)	0,004
Sexo masculino	63	4,14	1,28		
Suporte Familiar e Socio-Afetivo (ESS)					
Sexo feminino	63	3,58	0,94	-2,89 (128)	0,004
Sexo masculino	67	4,02	0,76		
Suporte Social Global (ESS)					
Sexo feminino	62	3,56	0,90	-2,46 (127)	0,01
Sexo masculino	67	3,90	0,68		

No que se refere à regulação controlada, as participantes do sexo feminino sentiam-se mais controladas externamente do que os do sexo masculino. Pensamos que tal circunstância poderá estar relacionada com o facto de as mulheres, por norma, se sentirem mais culpadas e até com vergonha delas próprias se não seguirem o tratamento conforme indicação dos profissionais de saúde, enquanto que os homens não ficam tão preocupados com a situação.

Quanto ao suporte familiar e socio-afetivo, a diferença de médias entre os dois sexos é significativa, sendo que, os participantes do sexo masculino possuíam uma percepção de maior suporte familiar e socio-afetivo em relação aos do sexo feminino, o que poderá dever-se ao facto dos homens, por norma, se sentirem mais protegidos quer pelas esposas, quer pelos amigos, contrariamente ao que acontece com as mulheres. Este facto é também sustentado pelas respostas às questões abertas, nomeadamente quando os participantes referem que as pessoas que mais os ajudam a cumprir regime terapêutico “são as esposas”.

Mais se acrescenta, que a maioria das pessoas com diabetes da amostra coabitam com uma a três pessoas (77,8%), nomeadamente a esposa/marido e filhos.

No que se refere ao suporte social global, a média existente entre os dois sexos é também significativa, sendo as mulheres as que reportam uma menor perceção de suporte social no global, o que poderá ser explicado pela ainda atual visibilidade do peso da herança cultural, em que o homem representa o pilar da família e a esposa o elemento dependente.

Tabela 15 – Análise da correlação entre as subescalas QAR, competência percebida, perceção de ambiente terapêutico e ESS com as variáveis idade e anos de escolaridade

Correlação de <i>Pearson</i>	Idade	Anos de escolaridade
Regulação autónoma (QAR)	ns	0,23**
Regulação controlada (QAR)	0,19*	-0,24**
Amotivação (QAR)	0,45**	-0,40**
Competência percebida (ECP)	ns	0,20*
Suporte familiar e socio-afetivo (ESS)	-0,30**	0,30**
Falta de controlo	ns	0,21*
Suporte financeiro (ESS) Suporte Social global (ESS)	ns	0,34**
	-0,26**	0,32**

ns- não significativo; *p<0,05; **p<0,01

Ao analisar a tabela anterior percebemos que, no que se refere à variável idade, quanto maior era a idade dos participantes, maior a sua regulação controlada e a amotivação, uma vez que habitualmente pessoas com idade superior se sentem mais controladas pelos outros, determinando o seu comportamento e dando-lhe pouco espaço à manifestação da sua vontade. Este sentimento poderá desenvolver um processo de desmotivação associado a um sentimento de falta de vontade de lutar.

Quanto ao suporte familiar e socio-afetivo e ao suporte social global, verifica-se que quanto maior é a idade menor é a perceção de apoio, uma vez que pessoas com mais idade poderão ter menos amigos em quem possam confiar, crescendo o facto de uma percentagem significativa (45%) de pessoas se encontrar em situação de reforma. Estes dados parecem- nos ser reveladores de que essas pessoas poderão sentir falta de alguém que lhes demonstre um pouco de amor e afeição.

Também ao analisarmos a tabela 15, identificamos que relativamente à variável anos de escolaridade, quanto maior era a escolaridade dos participantes, maior era a sua perceção

de regulação autónoma e menor a de regulação controlada e, no mesmo sentido, menor também era a sua amotivação. Estes resultados indicam que o nível de escolaridade é uma variável determinante que influencia o percurso da sua doença, mostrando a capacidade de decidir sobre ela, estar motivado para fazer face às indicações terapêuticas, sem se sentir controlado pelos outros. De facto, apesar da amostra ser maioritariamente inativa face à situação no emprego a profissão que exerceu ou exerce insere-se nas profissões de quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas, especialistas das profissões Intelectuais e científicas, técnicos e profissionais de nível intermédio, pessoal administrativo e similares e pessoal dos serviços e vendedores; o que nos leva a pensar que se trata de uma amostra com um nível de literacia bastante razoável. Este achado é também sustentado pelo facto da amostra na sua maioria (75%) apresentar 12 anos de escolaridade.

No mesmo sentido, também as pessoas mais escolarizadas que integraram a amostra demonstraram uma perceção de melhor competência para gerir a sua doença e responder às orientações terapêuticas ministradas pelos técnicos de saúde, situação que é justificada pelo não só pela maior competência em ler ou escrever, mas também pela competência para interpretar aquilo que está escrito ou lido, típico de pessoas com nível de literacia mais elevada.

No que diz respeito à perceção de suporte social, quanto mais anos de escolaridade os participantes tinham maior era a sua perceção de suporte social global, bem como nas suas componentes de suporte familiar e socio-afetivo e de suporte financeiro.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, passamos à sua discussão e apreciação crítica, tendo como referência o marco teórico desenvolvido no início deste trabalho. Serão tecidas também algumas considerações que derivam da nossa experiência profissional.

Por questões de organização e facilidade de leitura, os resultados serão discutidos de acordo com os objetivos propostos para o estudo.

Este estudo procura explorar o processo de autogestão na pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2 à luz da motivação, mais concretamente, no âmbito da Teoria da Autodeterminação (TAD) descrita por Ryan e Deci (Ryan e Deci, 2000). De acordo com esta teoria, a manutenção de cuidados de saúde relaciona-se estreitamente com a autonomia ou autodeterminação dos indivíduos. Assim, a análise do grau de regulação autónoma versus controlada da pessoa neste domínio poderá contribuir para compreender o nível de adesão ao regime terapêutico. A motivação autónoma tem sido sistematicamente associada a resultados positivos na área dos cuidados de saúde.

Para além da autonomia, a competência percebida para realizar um determinado tipo de comportamento é, também, considerada na teoria, como um fator que aumenta a probabilidade de empenho e de resultados positivos nesse domínio.

A amostra deste estudo inclui, na sua generalidade, pessoas do sexo feminino. Este facto surpreendeu-nos uma vez que segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2015), em Portugal no ano 2014 verificava-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da diabetes entre os homens e mulheres, sendo esta mais frequente no sexo masculino.

Relativamente aos restantes dados da amostra os participantes pertenciam ao grupo profissional dos operários, artífices e trabalhadores similares, tinham um grau de escolaridade que variava entre os 3 e os 20 anos e, maioritariamente, encontravam-se em situação de reforma.

Avaliar o grau de autorregulação da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2, face à gestão do regime terapêutico

Na procura dos motivos que levam as pessoas a adotar e manter um determinado tipo de comportamento, a TAD aponta como conceito central a autonomia, na medida em que as pessoas podem regular o seu comportamento de uma forma mais autónoma (por exemplo, cumprir a medicação por decisão própria, porque valoriza a sua saúde e acredita no tratamento) ou mais controlada (por exemplo, por se sentir pressionada pelos profissionais de saúde ou familiares). Há estudos que demonstram a associação entre maior regulação autónoma e melhores resultados no tratamento da diabetes (Garrett, 2008).

Da análise dos nossos resultados salienta-se que as pessoas com diabetes apresentam um elevado grau de autonomia face à gestão do regime terapêutico, manifestada por um valor de score médio de 6,02 para a regulação autónoma, enquanto o valor da regulação controlada foi de 4,49 e o valor da amotivação foi de 3,26. Estes valores assemelham-se aos resultados obtidos por Garrett (2008) numa população de adolescentes portadores de diabetes.

Alguns autores vão ao encontro dos nossos resultados, salientando a autonomia como sendo um fator fundamental na adesão ao regime terapêutico, verificado quer pela maior adesão ao exercício físico (Halvari et al., 2016), quer na obtenção de um melhor controlo glicémico (Williams et al., 2009, 2005, 2004 e 1998; Ferrand, Perrin e Nasarre, 2008). Estes autores acrescentam que a motivação é fundamental para a obtenção de melhores níveis de autonomia.

Neves (2014), no seu estudo sobre “Adesão ao regime terapêutico em pessoas com Diabetes *Mellitus* tipo 2: importância dos conhecimentos e da motivação” verificou que os participantes mostram possuir conhecimentos aceitáveis sobre a diabetes e níveis elevados de motivação para o tratamento, sendo que os valores médios da motivação intrínseca mostraram ser superiores aos da motivação extrínseca. Para a autora estes resultados evidenciam a necessidade de se continuar a estudar estratégias que abranjam o envolvimento da pessoa com diabetes e de entes significativos para que se possa obter ganhos em saúde.

Mulcahy et al. (2003) salientam a importância do papel do enfermeiro no respeito pela autonomia no sentido que se deve dar à pessoa não só as informações, mas o apoio e a liberdade necessária para ela decidir e agir em consciência. Para os autores é necessário confiar e incentivar a liderar o processo em que se está envolvida e sob o qual assumiu responsabilidades. Uma cultura punitiva impede a autonomia; os erros devem ser corrigidos, não punidos. A autonomia deve guiar-se pelos seus objetivos e metas (Mulcahy et al., 2003).

Marques et al. (2013) afirmam que a amotivação é considerada um dos maiores problemas na não adesão ao tratamento nas doenças crónicas, explicando que a não motivação da pessoa dificulta a execução dos cuidados relacionados com o tratamento levando ao aparecimento de complicações relacionadas às patologias crónicas.

No seu estudo, Marques et al. (2012, p.419), salientam ainda, que: *“...a construção da motivação intrínseca de um paciente reflete-se na importância percebida da aderência e reforça a construção de habilidades...”* Isto sugere que a desmotivação é considerada um dos maiores problemas para a não adesão ao tratamento nas doenças crónicas, uma vez que a falta de motivação da pessoa para executar os cuidados relacionados com o tratamento, dificulta a sua autoeficácia.

Baade e Bueno (2015) no seu estudo sobre “Construção da autonomia do cuidado da pessoa com diabetes”, corrobora com os nossos resultados, salientando alguns aspetos que podem explicar estas diferenças. Para os autores, as dificuldades na gestão da diabetes relacionam-se essencialmente com as rotinas impostas pela doença, pelo medo que esta acarreta para a pessoa e pela falta de comunicação entre profissionais. Salientam a adoção de estratégias de abordagem centradas na pessoa como fundamentais na sua abordagem, salientando que estas devem ser individuais e adaptadas a cada situação. O modelo orientador de cuidados adotado deve variar ao longo do tempo, ser flexível e definir metas a atingir, respeitando e valorizando a autonomia de cada um. Acrescentam que o sucesso terapêutico envolve a satisfação pessoal, a valorização de resultados, a motivação e a perceção de segurança. De acordo com Miller e Rollnick (2001), Rollnick e Miller (1985) e Miller (1985), a entrevista motivacional é um estilo de aconselhamento diretivo, centrado no cliente, que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando as pessoas a explorar e resolver a autogestão da sua doença. Os pressupostos da entrevista motivacional assentam na terapia centrada no cliente, desenvolvida por Carl Rogers (1977) e nos pressupostos de autoeficácia de Bandura (1977).

Avaliar a competência percebida da pessoa com a diabetes *mellitus* tipo 2, relativamente à gestão do regime terapêutico

A análise dos dados revelou que os participantes no estudo sentem força de vontade, capacidade e confiança para cumprir a medicação e os cuidados necessários para lidar com a diabetes, apresentando um score médio das respostas de 5,74. Estes resultados levam-nos a concluir que os participantes da amostra, embora sintam que têm necessidade de suporte por parte dos profissionais de saúde para se sentirem motivados e adotarem comportamentos que lhes permitam atingir os seus objetivos, sentem-se com competência e autoeficácia para iniciar e manter os comportamentos necessários à boa gestão do seu regime terapêutico.

Williams et al. (2009, 2005, 2004 e 1998) nos estudos que realizaram sobre a influência da TAD no controlo glicémico e satisfação da pessoa com diabetes concluíram que as pessoas que mostravam níveis elevados de autonomia, de perceção sobre o ambiente terapêutico, de competência percebida e de suporte social apresentavam melhor controle glicémico, menor sintomatologia depressiva e melhores níveis de satisfação. Raaijmakers et al. (2015) e Williams et al. (2009, 2005, 2004 e 1998) nos seus estudos reforçam essa ideia, acrescentando a estes aspetos a melhor adesão ao regime alimentar e ao exercício físico, condições essenciais para um melhor controlo geral da diabetes. Bishop (1994), Cameron (1996), Chan e Molassiotis (1999), Glasgow et al. (1997) e Gonder-Frederik, Cox e Ritterband (2002) evidenciam que as alterações nos hábitos de alimentação e de exercício físico, são mais difíceis de alterar do a adesão ao regime medicamentoso.

Os resultados do estudo de Viana (2010) efetuado a pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, mostraram que os participantes da amostra consideram que têm oportunidade e capacidade para participar ativamente no processo de decisão, sentindo-se competentes para tal. Contudo, Viana apurou que essa capacidade estava associada a uma maior/menor satisfação com os serviços, salientando que por vezes os profissionais de saúde não lhes proporcionam a educação e o suporte suficientes. A autora refere que a menor perceção de competência pode estar associada à baixa escolaridade da população estudada, ocorrência que pode inibir a correta interpretação do material escrito e/ou fornecido, assim como, das explicações por meio de esquemas ou diagramas. Salienta que a literacia em saúde se apresenta como um elemento essencial na abordagem à pessoa e que a falta de competências por parte dos clientes para compreender e usar a informação que lhes é fornecida, exige dos enfermeiros um ajuste das estratégias utilizadas na Educação dos doentes.

Marques et *al.* (2013), num estudo que realizaram sobre diabetes concluíram que os idosos apresentavam deficit de motivação para o autocuidado, ao qual a autora associou à existência de doença crónica. Para Marques et *al.* as doenças crónicas, que são inicialmente virtuais, sem sintomas, justificam a percepção da pessoa como não doente, tornando-se difícil motiva-la para os aspetos preventivos, uma vez que não sente necessidade, pois os sintomas (ou a ausência deles) não estão relacionados a nenhum fenómeno entendido como doença. As autoras acrescentam que a construção da motivação intrínseca de uma pessoa reflete-se na competência percebida e reforça a construção de habilidades de autocuidado. Estes são os alvos do tratamento que devem ser somados, simultaneamente, ao tratamento farmacológico. Acreditam, ainda, que a relevância da avaliação da competência para o autocuidado na diabetes poderá minimizar as manifestações de eventos críticos, melhorando os cuidados à saúde e a qualidade de vida das pessoas com diabetes *mellitus*.

Avaliar a percepção sobre o ambiente terapêutico da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2, face à gestão do regime terapêutico

Relativamente à gestão do ambiente terapêutico, inferimos que os participantes no presente estudo tinham uma percepção positiva no que se refere à relação de cuidados, com um score médio das respostas de 5,72.

Para os participantes, os enfermeiros apresentam-se como sendo pessoas que os compreendem no modo como encaram os problemas associados à doença e na atitude que tomam face ao tratamento, demonstrando confiança na sua capacidade para seguir o tratamento. Para eles os enfermeiros são pessoas que estão atentas à forma como eles gostariam de gerir o tratamento, encorajam-nos a expor as dúvidas sobre o regime terapêutico e ajudam-nos na gestão da doença, ultrapassando as dificuldades e proporcionando escolhas e opções sobre a melhor forma de as resolver. Estes resultados levam-nos a concluir que os enfermeiros que os acompanham na consulta da diabetes utilizam estratégias de parceria, centradas na definição de um plano de ação que visa a autonomia da pessoa face ao controlo da sua doença, tal como nos é indicado por Baade e Bueno (2015) e por Williams et *al.* (2009, 2005, 2004 e 1998).

Garret (2008) no seu estudo com adolescentes diabéticos, concluiu que o ambiente terapêutico por eles percebido constituiu um estimulador da sua autonomia, contribuiu para um bom nível de motivação autónoma e de competência percebida podendo, através desta última, conduzir à adesão a cuidados positivos de saúde.

Baade e Bueno (2015), Marques et al. (2013), Viana (2010), Williams et al. (2009, 2005, 2004 e 1998) e Mulcahy et al. (2003) salientam que é importante que a pessoa com diabetes aprenda a lidar com as suas dificuldades em relação à doença com a qual necessita de conviver. Referem que ainda hoje é visível a adoção do modelo biomédico pelos profissionais de saúde, sendo necessário uma mudança urgente.

Na abordagem à pessoa com diabetes, os enfermeiros podem adotar vários modelos de cuidados. O modelo biomédico está relacionado com um estilo relativamente controlador, em que o enfermeiro estabelece com os seus clientes formas específicas de comportamentos, oferecendo incentivos extrínsecos e consequências para que eles se aproximem do padrão esperado. Neste modelo, o controlo é a principal característica. Contrariamente, o modelo do *empowerment* adota um estilo motivacional, em que o enfermeiro se configura como uma importante fonte de influência para o desenvolvimento de emoções e fortalecimento da motivação da pessoa com diabetes. Este modelo traz vantagens significativas para a autogestão da doença e gestão do regime terapêutico. Tal como nos apresenta Guimarães (2004), a motivação tem resultados positivos no desenvolvimento do processo educativo, promotoras do desenvolvimento da motivação intrínseca. A adoção de um modelo de cuidados que adote um estilo motivacional é importante na construção da autonomia e confiança quer da pessoa com diabetes, quer dos profissionais de saúde.

Avaliar a adesão da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2 ao regime terapêutico

Os resultados do estudo demonstraram que as pessoas portadoras de diabetes *mellitus* tipo 2 aderem ao esquema medicamentoso proposto pelo médico, demonstrando possuírem capacidades e autonomia suficientes para gerir a sua doença. Contudo, consideramos que tal facto pode, ainda, ser melhorado uma vez que em algumas situações se esquecem de tomar a medicação ou alteram as doses prescritas.

Sousa (2003) no seu trabalho refere os resultados de Kurtz (1990) e Polonsky (1993) dizendo que 80% dos diabéticos não administram regularmente a sua insulina, 35 a 75% não seguem

corretamente a dieta aconselhada e 43% não monitorizam regularmente a glicose na urina, o que revela uma grande taxa de não adesão.

Martins (2014) no seu estudo sobre a “Adesão à Terapêutica Medicamentosa em doentes com Diabetes *Mellitus* Tipo 2” conclui que o esquecimento, o preço da medicação, o número elevado de medicamentos para tomar de uma vez só, não perceber bem o que deve tomar e como e o adormecer antes da toma, foram os fatores de não adesão à terapêutica medicamentosa relatados com maior frequência, encontrando relações significativas entre o nível de adesão e o esquecimento.

Segundo Araújo *et al.* (2011) e OMS (2003) no controle do diabetes *mellitus*, a falta de adesão ao tratamento é um desafio frequentemente enfrentado na prática clínica pelos profissionais das instituições de saúde. Assim, impõe-se procurar estratégias de intervenção que visem aumentar os níveis de adesão ao regime terapêutico nas pessoas com diabetes. O que nos leva a concluir que apesar de todos os esforços efetuados pela equipe multidisciplinar, ainda é necessário investir na educação das pessoas, de modo a aumentar os níveis de perceção sobre o ambiente terapêutico e a competência percebida.

As indicações terapêuticas relativas à alimentação e à autovigilância foram aspetos que foram sendo cumpridos pelas pessoas com diabetes que integraram a amostra, apesar de serem evidentes algumas dificuldades, a vários níveis, relacionadas com a gestão da doença; facto que pode ser explicado pela importância atribuída pela população aos níveis de glicose no sangue (“açúcar no sangue”).

O IMC elevado (28), evidencia a existência de um peso corporal superior ao normal que poderá estar associado aos hábitos alimentares deficitários e/ou à falta de adesão ao exercício físico. Estes factos revelam dificuldades associadas às mudanças comportamentais secundárias ao diagnóstico da diabetes, também visível pelo conjunto alargado de comorbilidades que que apresentavam: doenças cardiovasculares (8,3%), doenças endócrinas (6,9%) e doenças gastroenterológicas (5,6%), entre outras. Estes achados são sustentados pelos resultados do estudo de Silva (2010) que revela existir uma associação entre a diabetes e a hipertensão arterial ou dislipidemia.

Carmona *et al.* (2003) refere-se às recomendações de consenso emanadas pela *American Diabetes Association* referindo que o exercício físico é fundamental para o controle de peso e, conseqüente autogestão da doença. Refere ainda, um conjunto de medidas que devem ser tomadas de modo a reduzir a sintomatologia apresentada pela associação da diabetes

mellitus com a hipertensão arterial, fazendo alusão ao controlo de peso, ao exercício físico regular, à redução da ingestão de álcool, à cessação tabágica e à redução da ingestão de sal, que permitem reduzir a TA e a resistência à insulina. A adoção destes comportamentos contribui para melhorar o perfil global da adesão terapêutica (Carmona et al., 2003).

Medina (2008) acrescenta que as complicações tardias da diabetes podem ser eficazmente evitadas por intervenções ativas dos profissionais de saúde junto das pessoas; utilizando, para isso, as terapêuticas disponíveis e os meios de incentivo adequados, de modo a obter uma maior adesão ao tratamento.

Sousa (2003) no seu trabalho refere os resultados de Kurtz (1990) e Polonsky (1993) dizendo que 35 a 75% das pessoas com diabetes não seguem corretamente a dieta aconselhada. Outros investigadores (Bishop, 1994; Cameron, 1996; Chan e Molassiotis, 1999; Glasgow et al., 1997; Gonder-Frederik, Cox e Ritterband, 2002), salientam que alguns dos aspetos do tratamento da diabetes, nomeadamente os relacionados com as alterações nos hábitos de alimentação e de exercício físico, são mais difíceis de alterar do que outros, de que é exemplo o regime medicamentoso.

No que se refere ao exercício físico, os participantes apontam vários obstáculos que justificam o não cumprimento do que se lhes é sugerido, sendo que o que mais se evidencia é a falta de tempo e/ou vontade, ao que se associam os problemas osteoarticulares inerentes à faixa etária.

Apesar das dificuldades referidas pelos participantes em cumprir as indicações fornecidas pelos profissionais, podemos concluir que estas pessoas tentam colmatar as suas lacunas com apoio dos enfermeiros na consulta da diabetes, e que fazem um esforço por serem o mais autónomas possível quanto à gestão da sua doença, e quando não conseguem, procuram a ajuda do cônjuge ou de outro familiar próximo.

A adesão é um importante fator de avaliação da eficácia dos serviços de saúde, pelo que os profissionais de saúde devem envolver-se em novos desafios, baseando a sua atividade numa abordagem multidisciplinar e centrada na pessoa, fator fundamental para a adesão ao regime terapêutico (Viana, 2010; Machado, 2009; Medina, 2008; Sousa, 2003; Bishop, 1994; Cameron, 1996; Chan e Molassiotis, 1999; Glasgow et al., 1997; Gonder-Frederik, Cox e Ritterband, 2002).

Neste estudo, a adesão ao regime terapêutico nas pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 não se mostrou totalmente eficaz. Uma vez que a amostra apresenta capacidades e autonomia

suficientes para gerir a sua doença, adere ao regime medicamentoso prescrito, adere à autovigilância, mas apresenta falhas na adesão ao regime alimentar e ao de exercício físico; julgamos que elas poderiam beneficiar de uma intervenção individual centrada em fatores promotores de motivação externa, de modo a sentirem-se mais responsáveis e envolvidos no tratamento, transformando-a numa motivação para a mudança mais interna. Nesse sentido, a entrevista motivacional parece-nos ser uma ferramenta importante que pode ser utilizada pelo enfermeiro na abordagem à pessoa com diabetes, cujo objetivo será alcançar a mudança comportamental da pessoa, baseada na tomada de decisão e no compromisso com a mudança (Miller e Rollnick, 2001).

Para Castro e Passos (2005) as pessoas que apresentam maior autoeficácia, também possuem maior capacidade de enfrentar os problemas relacionados com a sua doença. Miller e Rollnick (2001), Rollnick e Miller (1985) e Miller (1985) referem que a autoeficácia pode ser considerada como um elemento-chave na motivação para mudança e um bom indicador dos resultados no tratamento. A entrevista motivacional consiste em ajudar a pessoa a compreender o que é a diabetes e a consciencializar-se das consequências do seu não adequado controlo, dando ênfase aos seus recursos pessoais e capacidades intrínsecas, de forma a reformular os seus projetos de vida. Para isso é necessário que a pessoa compreenda a importância das alterações a implementar nos hábitos de vida e as incorpore, de forma consciente, na sua vida diária.

Caracterizar o suporte social da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2

De modo a perceber como era a perceção de suporte social da amostra, foram analisados os dados obtidos tendo em conta as três subescalas que a compõem: suporte familiar e socio-afetivo, falta de controlo e suporte financeiro; bem como o suporte social global.

Relativamente ao suporte familiar e socio-afetivo, os participantes demonstraram possuir um bom suporte, percecionado pela presença de amigos verdadeiros, de alguém em quem pudessem confiar, de pessoas a quem se sentissem próximas e que se preocupassem com os seus problemas. Sentiam-se ainda satisfeitos com o seu estado civil, com o cônjuge ou companheiro ou, mesmo, sentindo a presença de alguém que os ame. Wiebe et al. (2016), referem que o envolvimento de familiares e amigos está associado com a obtenção de melhores níveis de autogestão da diabetes, facto também comprovado pelos estudos de Lieke et al. (2015) e Williams et al. (2009, 2005, 2004 e 1998).

No que concerne à falta de controlo percebemos que os participantes se sentem pouco controlados pelos outros, estão pouco dependentes dos outros e que as outras pessoas não interferem com o que eles querem fazer.

No que diz respeito ao suporte financeiro, os participantes manifestaram sentir moderadas dificuldades na gestão do dinheiro necessário para seu governo e gestão económica do seu dia-a-dia. Este resultado pode estar associado ao facto de grande parte da amostra ser reformada, podendo apresentar dificuldades na gestão dos seus recursos económicos.

Tal como referido por Appel-Silva, Wendt e Argimon (2016, p.364), que nos diz que “*a vulnerabilidade social foi um fator que pôde ser prejudicial a uma motivação satisfatória para a busca de autorrealização*”, podemos depreender que o nível de suporte social pode interferir na adesão ao regime terapêutico.

No estudo desenvolvido por Wilson (2011), os participantes manifestaram sentir da parte dos profissionais de saúde a compreensão do seu problema, contudo referiram não lhes terem sido apresentadas soluções alternativas. Segundo Wilson, a alteração económica da população estudada afetou a sua capacidade de resposta às consultas, quer pelo aumento dos custos das viagens, quer pela redução do tempo disponível para o trabalho. Para o autor as alterações económicas fizeram aumentar os níveis de stresse e o esforço para gerir a diabetes num contexto de mudança condicionando, assim, o desempenho do autocuidado.

Clarke (2009) no seu estudo conclui que defende que apesar das mulheres sentirem que têm menor apoio social percebido do que os homens, têm melhores comportamentos de adesão à medicação e autogestão da dieta. Segundo o autor, o sexo influencia a forma como as pessoas com diabetes gerem o seu autocuidado. As mulheres têm uma atitude mais negativa em relação à diabetes quando comparadas com os homens.

Noutro estudo, Göz et al. (2007) alertam para o suporte social obtido por uma “*persona especial*”, que foi menor nos homens do que nas mulheres. No entanto, o suporte que os homens obtêm de familiares e amigos é maior do que as mulheres, o que sugere que o sexo masculino apresenta uma atividade social superior à do sexo feminino.

Ribeiro (1994), num estudo com jovens em que cruza várias medidas que lhe permite avaliar diferentes dimensões do apoio social, assegura que para a população portuguesa a fonte de apoio social mais importante é a família. Para Hauser et al. (1990) a maioria dos estudos dirige a sua atenção para a família uma vez que esta representa, de uma maneira geral, uma fonte

de apoio básica para a pessoa com diabetes, salientando que ter uma família coesa e apoiante está associado a um melhor controlo metabólico e da doença, em geral.

O apoio social de membros da família tem sido, ainda, identificado como um recurso importante para as pessoas com diabetes que lidam com o stress da doença. No grupo dos adolescentes, a literatura mostra que os pais representam a maior fonte de apoio social, seguida do grupo de pares. Contudo, à medida que os mesmos vão crescendo, o grupo de pares atinge proeminência como fonte de apoio social (La Greca et al., 1995).

Consideramos que para além da família, amigos e colegas, também os profissionais de saúde desempenham um papel importante como fontes de apoio social. É inegável o relevo que o grupo de pares assume no ajustamento à doença, sob a forma de adesão ao tratamento ou como evolução clínica da diabetes.

Avaliar o papel preditivo das variáveis sociodemográficas e clínicas da pessoa com diabetes na autorregulação da doença, no ambiente terapêutico, na adesão e na perceção do suporte social

No que se refere à autorregulação verificamos que as pessoas do sexo feminino se sentem mais controladas do que as do sexo masculino, o que nos leva a pensar que os participantes do sexo feminino sentem mais vergonha e culpa se não seguirem o tratamento, mostrando maior preocupação com a situação.

Acrescentamos que a idade e escolaridade também influenciaram as variáveis em estudo. Inferimos que o aumento da idade dos participantes favorece uma regulação da sua doença controlada externamente, aumenta a sua desmotivação para a adesão às indicações terapêuticas e diminui a perceção de satisfação com o suporte social. Em contrapartida, o nível de escolaridade favorece a perceção de regulação autónoma, melhorando a autogestão da sua doença, percecionando pouco controle externo da mesma e estando mais motivado internamente para as mudanças impostas pela doença. O nível de escolaridade mais elevado influencia também o suporte social.

Segundo Sousa (2003) o sexo e a idade são variáveis que influenciam a adesão à terapêutica. O seu estudo revela que as mulheres evidenciam mais desconhecimento sobre a diabetes, apresentam maiores níveis de ansiedade e depressão e percecionam piores consequências da diabetes, associando-lhe uma carga emocional negativa, ao passo que os diabéticos mais idosos parecem aderir melhor ao regime alimentar. Já para Neves (2014) a adesão ao

tratamento parece aumentar nas pessoas mais idosas, nomeadamente porque apresentam maior motivação extrínseca para o tratamento.

Pina (2011) acrescenta que o apoio recebido pela pessoa com diabetes, sobretudo quando provém do cônjuge é importante para a sua recuperação facilitando, assim, o retorno às suas atividades.

Os resultados do estudo indicaram, ainda, que o nível de escolaridade era determinante para a perceção de competência percebida para gerir a sua doença. É de salientar, que os dados encontrados por Marques, Silva, Coutinho e Lopes (2012) num estudo realizado no Brasil, sobre a “Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado”, vêm ao encontro destes resultados, na medida em que quanto menos anos de escolaridade as pessoas que integravam essa amostra possuíam, menor era a competência percebida para gerir a sua doença. Estes autores, alertam para a importância do desenvolvimento de ações de promoção de saúde especialmente direcionadas para os idosos, onde é fundamental o estímulo da prática de autocuidado, bem como a avaliação das competências para a sua execução.

Marques et *al.* (2012,) referem, ainda, que a escolaridade é uma variável importante na gestão do regime terapêutico. Salientam que a escolaridade mais elevada facilita o conhecimento, a prevenção e o respetivo tratamento da doença, interferindo assim na competência para o autocuidado. Nesse sentido, sugerem que o profissional de saúde deve desenvolver estratégias que respeitem as potencialidades e as limitações das pessoas com diabetes. O uso de linguagem adequada e de meios que facilitem a compreensão de orientações e ações de educação em saúde, são algumas das suas sugestões (Marques et *al.*, 2012).

Quanto ao suporte familiar e socio-afetivo verificamos ainda que o sexo masculino possui uma maior perceção de suporte familiar e socio-afetivo relativamente ao sexo feminino, que quanto mais anos de escolaridade os participantes tinham, maior era a perceção do suporte familiar e socio-afetivo e maior era o suporte financeiro que possuíam, e que quanto maior era a idade, menor era o apoio a nível familiar. Estes resultados levam-nos a pensar que existem características culturais vinculadas nos participantes da amostra deste estudo que se relacionam com o facto do homem, ainda hoje, ser muito protegido pela esposa, assumindo esta o papel de cuidadora, o que justifica a maior perceção do suporte familiar no sexo masculino. Sendo a amostra, na sua grande maioria, composta por pessoas em situação de

reforma, podendo apresentar um conjunto de doenças associadas à idade, nomeadamente relacionadas com problemas osteoarticulares, não nos surpreende que apresentem dificuldade na adoção de estilos de vida saudáveis.

CONCLUSÃO

A diabetes *mellitus*, ou simplesmente diabetes, é uma doença metabólica em que se verificam níveis elevados de glicose no sangue durante um longo intervalo de tempo, quer devido à insuficiente produção de insulina pelo pâncreas, quer pela insuficiente resposta das células do corpo à insulina que é produzida. Os sintomas que acompanham esta doença incluem a necessidade frequente de urinar e o aumento da sede e da fome. Quando não é tratada, a diabetes pode causar várias complicações. As complicações agudas são a cetoacidose e o coma hiperosmolar hiperglicémico; as complicações a longo prazo são as doenças cardiovasculares, os acidentes vasculares cerebrais, a doença renal crónica, as úlceras no pé e a retinopatia diabética (DGS, 2015).

Habitualmente a diabetes *mellitus* tipo 2 tem origem na resistência à insulina, uma condição em que as células do corpo não respondem à insulina de forma adequada. À medida que a doença avança, pode também desenvolver-se insuficiência na produção de insulina. Este tipo de diabetes foi durante muito tempo conhecido como "diabetes não insulino dependente", embora atualmente esta designação esteja já obsoleta. As principais causas da diabetes *mellitus* tipo 2 são o excesso de peso e falta de exercício físico.

Tal como acontece em outras doenças crónicas, quando devidamente tratada e acompanhada, a diabetes *mellitus* tipo 2 não é impeditiva de se poder ter uma vida perfeitamente normal e autónoma, pelo que a promoção de comportamentos de autocuidado é de extrema importância. Contudo, é fundamental que a pessoa com diabetes desenvolva competências que possam ser usadas de forma consciente e que permitam alcançar os objetivos propostos de modo a conseguir o adequado controlo da doença.

Na diabetes, um dos critérios que permite obter um bom resultado nas questões da autogestão, prende-se com o conhecimento sobre a doença e sobre os aspetos relevantes para o seu controlo. Levar às populações informação, promotora de conhecimento a respeito do assunto, com a finalidade de trabalhar na prevenção deste problema é uma das orientações da OMS (2015), uma vez que no seu relatório é visível o aumento do número de diabéticos

e cujas previsões apontam para que este continue a aumentar ainda mais nos próximos anos.

Se a pessoa com diabetes for eficaz no seu papel de autovigilância terá uma vida ausente de inúmeras complicações. O envelhecimento da população e as alterações do estilo de vida são habitualmente apontadas como um dos principais determinantes no aumento da doença nos últimos anos. As alterações no estilo de vida, como a alimentação não saudável e a falta de atividade física regular, associadas ao aumento da esperança de vida, têm sido também referidos como responsáveis pela prevalência crescente da *diabetes mellitus* tipo 2 em Portugal.

Existem evidências que nos mostram que, quanto mais precoces forem as intervenções no que concerne à diabetes, maior é o sucesso no controlo da doença. Por exemplo, segundo Correia (2008), a intervenção alimentar é conhecida como uma das formas terapêuticas clássicas no tratamento da *diabetes mellitus* tipo 2 e, neste sentido, a pessoa é desafiada a integrar melhor os conhecimentos sobre a alimentação e assim gerir com maior eficácia a doença. Contudo, é fundamental que a pessoa com diabetes perceba que a sua alimentação tem como princípios fundamentais o padrão de uma alimentação saudável (Correia, 2008; Arteiro, 2008).

As condições económicas são um fator deveras importante para este tipo de pessoas, pois o rendimento mensal de muitas é baixo ou muito baixo, o que condiciona a aquisição de alimentos essenciais. Contudo, apesar destas dificuldades foi visível que relativamente à alimentação cerca de metade da amostra (56%) cumprem as indicações fornecidas pelos profissionais de saúde, contudo cerca de 25% apenas o faz algumas vezes e 2% não o faz.

A pessoa com diabetes deve possuir um plano individualizado de tratamento adaptado às suas condições de vida relativamente à alimentação, ao exercício físico e à autovigilância. Esse plano deve ser equilibrado, quer qualitativa, quer quantitativamente, em função do peso, sexo e idade (Arteiro, 2008). Todos os planos devem ser geridos por um profissional de saúde em parceria com a pessoa com diabetes, de forma a que esta desenvolva a motivação necessário para o seu cumprimento. Por isso, o plano de tratamento deve englobar cuidados proativos, integrados, planeados, antecipatórios das necessidades, de modo a que qualquer alteração possa ser rapidamente identificada antes de evoluir para uma situação aguda.

A responsabilidade da autogestão da diabetes deve-se essencialmente à própria pessoa e à sua família. Embora uma grande percentagem das pessoas com diabetes tipo 2 da amostra diga

ter tido o apoio da família nuclear, dos amigos e até dos profissionais de saúde para a realização de algumas tarefas no que concerne à alteração do seu estilo de vida, salienta-se aqui o papel do enfermeiro na promoção da autonomia, uma vez que a amostra apresenta um baixo grau de escolaridade e uma atividade profissional dominante da classe de operários, artífices e trabalhadores similares, geralmente com salários reduzidos, fatores que consideramos serem dificultadores e desmotivadores no cumprimento do que lhes é proposto.

Como já referimos anteriormente, segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (DGS, 2015), em Portugal no ano 2014, a prevalência da diabetes é mais frequente no sexo masculino, facto que não se verificou na população deste estudo. Pensamos que esse achado poderá dever-se ao facto das mulheres, por norma, possuírem uma maior preocupação social com a saúde dos seus familiares chegados (marido e filhos), o que provavelmente leva a uma menor preocupação com a sua própria saúde e, conseqüentemente à notificação da existência de mais casos no sexo feminino, com uma maior procura pelos serviços de saúde (Alves e Calixto, 2010; Morais, Soares, Costa e Santos, 2009).

No que concerne à variável idade, a literatura aponta que a diabetes *mellitus* tipo 2 tem a sua maior prevalência em indivíduos com idades iguais ou superiores a 40 anos (Ferreira e Ferreira, 2009; Otero, Zanetti, e Teixeira, 2007), achado que corrobora com o que foi observado na amostra deste estudo.

Quanto ao nível de escolaridade e ocupação dos participantes deste estudo vão também ao encontro dos dados referidos na literatura, visto serem características presentes na população portuguesa (Ferreira e Ferreira, 2009).

Segundo Cardoso, Valões, Almeida e Ferrari (2012) a diabetes é uma “condição crónica” que afeta a qualidade de vida das pessoas, gerando uma perceção negativa na sua qualidade de vida em todos os seus domínios, facto que corrobora com os resultados encontrados neste estudo.

Por todos os motivos aqui referenciados, bem como os discutidos no capítulo anterior, podemos afirmar que as pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 que fizeram parte deste estudo, conseguem fazer uma gestão adequada da sua doença, visível pelo elevado grau de autonomia apresentado face à gestão do regime terapêutico e pela adesão ao esquema medicamentoso e autovigilância da glicemia capilar, contudo existem fatores que interferem nessa autogestão.

Por exemplo o autocuidado, fator preponderante para a autogestão da doença, exige o desenvolvimento de conhecimento e de habilidades que são aprendidas em função do resultado de experiências cognitivas, culturais e sociais anteriores. Estes conhecimentos e habilidades são influenciadas por um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos à pessoa, de que são exemplos a idade, o sexo e o suporte social, a percepção sobre o ambiente terapêutico, a competência percebida e a motivação, nos quais a população estudada apresenta algumas dificuldades.

Na diabetes, a falta de motivação é comumente apontada como sendo uma das causas da não adesão ao tratamento proposto. A motivação envolve fenómenos emocionais, biológicos e sociais e é fundamental na alteração e adoção de comportamentos que permitem à pessoa atingir os seus objetivos. No presente estudo, a população apresentou bons níveis no que se refere à percepção sobre o ambiente terapêutico e à competência percebida. De facto, as pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 sentem que possuem as competências necessárias e são autónomas para conseguirem uma boa gestão da sua doença e do regime terapêutico, mas também sentem que necessitam de maior suporte, quer por parte dos profissionais, quer por parte de familiares e amigos, de modo a adotarem comportamentos de saúde que lhes permitam gerir melhor a sua doença, corroborado pela razoável percepção sobre o suporte familiar, financeiro e socio-efetivo, bem como pela percepção de controlo externo e pela baixa adesão ao exercício físico.

Este estudo permitiu-nos identificar um conjunto de fatores sobre os quais consideramos de fundamental importância intervir, nomeadamente no que concerne às estratégias que podem ser utilizadas pelo enfermeiro. A abordagem colaborativa aumenta a consciencialização e o incentivo de escolhas saudáveis, realistas e economicamente acessíveis à pessoa.

Tal como acontece noutros estudos, este estudo apresenta limitações que se prendem com as opções metodológicas. Face ao instrumento de recolha de informação utilizado (questionário), pensamos que este nos poderá ter orientado mais para uma perspetiva do comportamento esperado do que do adotado, facto que poderia ter sido minimizado pela adoção em simultâneo, de outro tipo de metodologia, como por exemplo a entrevista ou o recurso a narrativas.

Também consideramos que outros estudos poderiam ser realizados para que se pudesse averiguar sobre a possível associação entre o modelo de cuidados adotado na consulta de

enfermagem e o nível de autogestão da diabetes. Será que os enfermeiros que adotam uma abordagem predominantemente centrada no cliente conseguem que as pessoas com diabetes apresentem melhores níveis de autogestão da sua doença? Esta, constitui uma das áreas que, na nossa perspetiva, poderá merecer a atenção de nova investigação, no sentido de avançar para uma enfermagem mais significativa para as pessoas e que permita melhorar a compreensão dos significados e dos processos que acompanham os comportamentos em saúde.

Independentemente das limitações identificadas, pensamos que este estudo pode orientar futuras investigações que procurem dar resposta às questões por nós identificadas e que potenciem o desenvolvimento de programas de intervenção em enfermagem, de modo a contribuir para a obtenção de ganhos em saúde nas pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2.

BIBLIOGRAFIA

ASSOCIAÇÃO PROTETORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL (APDP). *Viver com a diabetes*. Lisboa: Climepsi Editores, 2001.

ALBERTI, M.; ZIMMET, P.; SHAW, J. *International Diabetes Federation: A consensus on type 2 diabetes prevention*. *Diabetic Medicine*, 24, 2007, pp.451-463.

ALMEIDA, J. *Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1*. Braga: Universidade do Minho, Tese de Doutoramento, 2003.

AMARAL, A. *Aspetos Psicológicos do Doente com Diabetes Mellitus*. In RIBEIRO, J. L. (Ed.). *Actas do 2.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de psicologia Aplicada, 1997, pp.1005-118.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). *Standards of Medical Care in Diabetes – 2010*. *Journal of Diabetes Care*, vol.33, Supplement 1, January, 2010, pp.11-61.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). *Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association*. [Em linha]. *Diabetes Care*, 2008, vol. 31, sup. s61-s78. |Consultado em 21 de novembro de 2014|.Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/31/supple>

ANDERSON, R. et al. *Facilitating Self-Care Through Empowerment*. In Frank Snoek & T. Skinner (Ed.). *Psychology in Diabetes Care*. (pp.69-97). England. John Wiley & Sons., Ltd,2000.

APÓSTOLO, J. et al. *Incerteza na Doença e Motivação para o Tratamento em Diabéticos Tipo 2*. [Em linha]. |Consultado em 13 de Março de 2015|. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2007, vol. 15, nº 4. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae.

APPEL-SILVA, M. et al. *A Teoria da autodeterminação e as influências socioculturais sobre a identidade*. *Psicologia em Revista* [Em linha].2010, 16 (2),351-369 |Consultado em 5 de dezembro de 2016|.Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdt/per/v16n2/v16n2908.pdf>

ARAÚJO, M. et al. *Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária*. *Texto Contexto Enfermagem*, 2011, Vol.20, n.º1, pp.135-143.

BAADE, R.; BUENO, E. *Coconstrução da autonomia do cuidado da pessoa com diabetes*. *Interface* [Em linha]. 2016,20(59),941-51 |Consultado em 5 de dezembro de 2016|.DOI:10.1590/1807-57622015.130

BANDURA, A. *Exercise of Personal Agency Through the Self-efficacy Mechanism*. In SCHWARZER, R. (Ed.). *Self-Efficacy: Thought Control of Action*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation, 1992.

BANDURA, A. *Human Agency in Social Cognitive Theory*. *American Psychologist*, 44 (9), 1989, pp.1175-1184.

BANDURA, A. *Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavior change*. *Psychological Review*, 1977, Vol.84, pp.191-215.

BENNETT, P. *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

BIAL. *Diabetes Mellitus*. [Em linha]. [Consultado em 10 de novembro de 2013]. Disponível em: http://www.bial.com/pt/a_sua_saude.10/areas_terapeuticas_bial.13/doencas_cardiovasculares.21/diabetes_mellitus.a158.html

BISHOP, G. *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston: Allyn and Bacon, 1994.

BRAGA, V.; CARVALHAIS. *Inclusão Social da pessoa com deficiência intelectual e múltipla*. Brasília. Federação Nacional das Apaes, setembro, 2011.

BRANNON, L.; FEIST, J. *Adhering to medical advice health psychology: an introduction to behavior and health*. 3th edit. USA: Brooks/Cole Publishing Company, 1996.

BRAWLEY, L.; CULOS-REED, N. *Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations*. *Controll Clinical Trials*, 2000, vol. 21, nº 5, pp.156-163.

BROBECK, E., et al. *Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study*. *BMC Nursing* [online]. 2014, 13, 13. [consult. 14 março 2017]. Disponível em: <http://biomedcentral.com/1472-6955/13/13>

BRYMAN, A.; CRAMER, D. *Análise de dados em Ciências Sociais. Introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. 3.^a edição. Oeiras: Celta Editora, 2003.

BUGALHO, A; CARNEIRO, A. *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2004.

BURNS, N; GROVE, S. *The practice of nursing research: Conduct critique and utilization*, 2^a ed. Philadelphia W. B. S, 1993.

CABRAL, M.; SILVA, P. *Adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante prescrições médicas*. Centro Cultural de Belém. Março, 2010. Disponível em: <https://www.apifarma.pt/salaimprensa/comunicados/Documents>.

CALDEIRA, J. *Educação do diabético* In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3^a ed. Lisboa, Lidel-Edições técnicas Limitada, 2002.

CAMERON, C. *Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens*. Journal of Advanced Nursing, Vol.24, 1996, pp.244-250.

CANDIB, L. *Obesity and Diabetes in Vulnerable Populations: Reflection on Proximal and Distal Causes*. Annals of Family Medicine, vol.5, n.º6, 2007, pp.547-556.

CARPENITO-MOYET, L. *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à prática clínica*. 13ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CASTRO, M.; PASSOS, S. *Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas*. Revista de Psiquiatria Clínica, 32 (6), 2005, pp.330-335.

CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA-POMBAL. *"Diabetes e o seu Impacto"*. |Consultado em 8 de março de 2015|. Acedido através de: <http://www.chleiria.pt/saúde/saúde-em-toda-a-vida/-/diabetes-informações-sobre-a-doença-seus-sintomas-e-factores-de-risco-15/>

CHAN, Y.; MOLASSIOTIS, A. *The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong Kong*. Journal of Advanced Nursing, 30 (2), 1999, pp.431-438.

CHICK, N.; MELEIS, A. *Transitions: a nursing concern*. Boulder: Aspen Publication, 1986.

CLARKE, A. *Effects of routine education on people newly diagnosed with type 2 diabetes*. European Diabetes Nursing, 2009, Vol.6, pp.88-94.

COBB, S. *Social support as a moderator of life stress*. Psychosomatic Medicine, 1976, Vol.38, n.º5, pp.300-314.

COHEN, S.; MCKAY, G. *Social support, stress, and the buffering hypothesis; a theoretical analysis*. In BAUM, A.; TAYLOR, S.; SINGER, J. (Eds.), Handbook of psychology and health. Vol. IV. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers, 1984, pp. 253- -268.

COLLIÉRE, M. *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2003.

CRAMER, D.; HENDERSON, S.; SCOTT, R. *Mental health and desired social support: a four-wave panel study*. Journal of Social and Personal Relationships, 14 (6), 1997, pp.761-775.

CUMMINGS, K.; BECKER, M.; MAILE, M. *Bringing the models together: an empirical approach to combining variables used to explain health actions*. Journal of Behavioural Medicine, 1980, Jun., Vol.3, n.º2, pp.123-145.

CUNHA M, CHIBANTE R; ANDRÉ S. *Suporte Social, empowerment e doença crónica*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2014, Edição Especial nº1, pp.21-26.

DECI, E.; RYAN R. *Self-determination Theory – An Approach to Human Motivation*. (s.d.) |Em linha|. |Consultado em 18 de janeiro de 2016| Disponível em: <http://www.psych.rochester.edu/SDT/theory.html>

DECI, E.; RYAN, R. *Facilitating Optimal Motivation and Psychological Well-Being Across Life's Domains*. Canadian Psychology, 2008, Vol.49, pp.14-23.

DECI, E.; RYAN, R. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum, 1985.

DECI, E.; RYAN, R. The 'What' and 'Why' of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 2000, Vol.11, pp.227-268.

DECI, E.; RYAN, R. *Handbook of self-determination research*. Rochester: University of Rochester Press, 2002.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS). *Circular normativa n.º 09 sobre Actualização dos Critérios de Classificação e Diagnóstico da Diabetes Mellitus*, 4 p., 2002.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS). Departamento da qualidade na saúde. *Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2*, 2014. |Em linha|. |Consultado em 18 de janeiro de 2016| Disponível em: http://spd.pt/images/ond_2014.pdf

DUARTE, R. *Autovigilância e Métodos de Avaliação do Controlo Metabólico do Diabético*. In: Duarte, R. coord. *Diabetologia Clínica*. Porto: Lidel, 1997, pp.71-87.

DUNST, C.; TRIVETTE, C. *Assessment of social support in early intervention programs*. In MEISELS, S.; SHONKOFF, J. (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press, 1990, pp. 326-349.

EPSTEIN, L.; CLUSS, P. *A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1984, Vol.50, n.º2, pp.950-971.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES (FID) *Atlas da Diabetes*, 6ªEd, 2013. |Em linha|. |Consultado em 18 de janeiro de 2016| Disponível em: http://www.idf.org/sites/default/files/www_25610_Diabetes_Atlas_6th_Ed_SP_int_ok_091_4.pdf.

FERRAND, C., PERRIN, C., NASARRE, S. *Motives for regular physical activity in women and men: a qualitative study in French adults with type 2 diabetes, belonging to a patients association. Health and Social Care in the Community* [online]. 2008, Vol.16, n.º5, pp.511- 520. [consult. 14 março 2017]. Disponível em: doi:10.1111/j.1365-2524.2008.00773.x

FERREIRA; FERREIRA. *Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde*. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 2009, Vol. 53, pp.80-86.doi.org/10.1590/s0004-27302009000100012

FIGUEIRAS, M. *Illness representations and recovery from myocardial infraction in Portugal*. London: London University, Tese de Doutoramento, 1999.

FIGUEIROLA, D. *Diabetes*. 3ª ed. Barcelona: Masson, 1997.

FONTAINE, O. *Introdução às Terapias Comportamentais*. Lisboa: Editorial Verbo, 1987.

FORTIN, M. F. *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*, Loures: Lusociência, 5ª ed., 2009. I S B N: 978-972-8383-10-7

FUNG, T. et al. *A prospective study of overall diet quality and risk of type 2 diabetes*, in *Women Diabetes Care*, vol.30, n.º7, 2007, pp.1753-1757.

GALVÃO, M.; JANEIRO, J. *O Autocuidado em Enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados*. |Em linha|. |Consultado em 23 de março de 2015|. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2013, vol.17, n.º1, pp.2. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/593>.

GARRET, S. *Adesão ao tratamento da diabetes em adolescentes: factores motivacionais*. Porto: Universidade do Porto, Dissertação de Mestrado, 2008.

GIBSON, CHERYL H. *A Concept Analysis of Empowerment*. *Journal of Advanced Nursing*, 1991, Vol.16, pp.354-361.

GIL, A.C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*, 6ª ed. São Paulo: Editora Atlas S. A, 2008. I S B N: 978-85-224-142-5

GLASGOW, R. et al. *Personal-model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management*. *Diabetes Care*, 20 (4), 1997, pp.556-561.

GONÇALVES, O. *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. Porto: Edições Afrontamento, 1993.

GONDER-FREDERICK, L; COX, D.; RITTERBAND, L. *Diabetes and Behavioral Medicine: The Second Decade*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002, Vol. 70, n.º3, pp.611- 625.

GÖZ, F. et al. *Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life*. *Journal of Clinical Nursing*, 2007, Vol.16, pp.1353-1360.

GRAÇA, S. *A Diabetes, a Educação e a Comunidade*. *Diabetes - Viver em Equilíbrio*, 2001, julho/setembro, 4-5.

GRAÇA, S. *Diabetes e o Estilo de Vida*. *Diabetes Viver em Equilíbrio*, 2000, n.º16, pp.4-5.

GUERRA, M. *Uma escala de avaliação do suporte social: sua aplicação numa população seropositiva ao vírus HIV*. *Avaliação Psicológica: Formas e contextos*, 1995, Vol.3, pp.25-34.

GUERRA, S. *Adesão ao tratamento da diabetes em adolescentes: factores motivacionais*. Porto: Universidade do Porto, Dissertação de Mestrado, 2008.

GUYTON e HALL. *Tratado de Fisiologia Médica*. 11ª Ed. Elsevier Editora, L^{da}, 2006. |Em linha|. |Consultado em 10 de dezembro de 2016|. Disponível em: <https://www.wook.pt/livro/tratado-de-fisiopatologia-médica-guyton-hall/194291>

HALVARI, H., et al. *Physical activity and motivational predictors of changes in health behavior and health among DM2 and CAD patients*. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* [online]. 2016. [consult. 14 março 2017]. Disponível em: doi:10.1111/sms.12757

HAUSER, S. et al. *Adherence among children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus over a four-year longitudinal follow-up: II. Immediate and long-term linkages with the family milieu.* Journal of Pediatric Psychology, 1990, Vol.15, pp.527-542.

HICKS, C. *Métodos de Investigação para terapeutas clínicos, concepção de projetos de aplicação e análise.* 3.ª edição. Loures. Lusociência, 2006.

HORNE, R. *Compliance, Adherence and Concordance.* In: GARD, P. *Behavioral Approach to Pharmacy Practice.* London: Blackwell, 2000, pp.166-183.

INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). *Diabetes Atlas.* 5ª ed., 2011.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). *CIPE® Versão 2011. Classificação Internacional para a prática de Enfermagem.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Março, 2014.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. [Em linha]. [Consultado em 18 de janeiro de 2016] Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf.

JACK, L. et al. *The psychosocial aspects of diabetes care: using collaborative care to manage older adults with diabetes.* Geriatrics, 2004, Vol.59, n.º 5, pp.26-32.

JOSÉ, L M et al. *Diabetomecum.* Permanyer Portugal, 2008, pp.115-126.

KÉROUAC, S., et al. *El pensamiento enfermero.* Barcelona: Masson, 1996.

LA GRECA, A. et al. *I get by a little help from my family and friends: adolescent's support for diabetes care.* Journal of Pediatric Psychology, 1995, Vol.4, pp.449-476.

LEAL, D. T. et al. *Diabetes na infância e adolescência: o enfrentamento da doença no cotidiano da família.* H U Revista, 2009, vol.35, nº4, pp.228-295.

LEVENTHAL, H. et al. *Illness representations: Theoretical foundations.* In: PETRIE, K.; WEINMAN, J. *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications.* London and New York: Routledge, 2013, pp.19-46.

LIMA, L. et al. *Adaptation and validation of a social support scale in older individuals.* Submetido para publicação na revista International Journal of Older People Nursing.

LLOR, B. et al. *Ciencias Psicosociales Aplicadas à la Salud.* Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1995.

LUCIANE, R. et al. *Psicologia, Saúde e Doenças.* Lisboa: volume 15, dezembro, 2014.

MACHADO, M. *Adesão ao Regime Terapêutico: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros* [em linha]. [Consultado em 27 de março de 2015]. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 2009. Tese de Mestrado: Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/9372>.

MARKS, D. et al. *Health Psychology. Theory, Research and Practice*. London: Sage Publications, 2000.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a Fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?: *Laboratório de Psicologia*, 2006, Vol.4, n.º1, 65-90.

MARQUES, M. et al. *Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado*. Revista da Escola de Enfermagem USP, 2013, Vol. 47, n.º2, pp.415-420.

MARQUES, M.B, et al. *Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado*. Revista Escola de Enfermagem USP |Em linha|, 2003, Vol.47, n.º2, pp.415-20 |Consultado em 5 de dezembro de 2016|. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/20.pdf>

MARTINS, A. *Adesão à Terapêutica Medicamentosa em doentes com Diabetes Mellitus Tipo 2: um estudo no ACES Almada e Seixal*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Dissertação de Mestrado, 2014.

MEDINA, J.L. et al. *Diabetes Mellitus. 25 perguntas frequentes*. Lisboa. Permanyer Portugal, 2010.

MELEIS, A. et al. *Experiencing transitions: an emerging middle range theory*. *Advances in Nursing Science*, 2000, vol. 23, nº 1, pp. 12-28.

MELEIS, A. *Theoretical nursing: development and progress*. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott William e Wilkins, 2007.

MILLER, W. *Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism*. *Psychological Bulletin*, 1985, Vol.98, pp.84-107.

MILLER, W., ROLLNICK, S. *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

MOURA, M A. *Impacto do Diabetes Mellitus e sua Repercussão diante da Família e do Portador*. |Em linha|. | Consultado a 18 de março de 2015|. Webartigos, publicado em 20 de junho de 2013. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/o-impacto-do-diabetes-mellitus-e-sua-repercussão-diante-da-familia>.

MULCAHY, K. et al. *Diabetes self-management education core outcomes measures*. *Diabetes Educator*, 29, 2003, pp.768-787.

MYERS, L.; MIDENCE, K. *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. London: Harwood Academic Publishers, 1998.

NEVES, M. *Adesão ao regime terapêutico em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2: importância dos conhecimentos e da motivação*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Dissertação de Mestrado, 2014.

NUNES, M. *Apoio Social na Diabetes*. Millennium. Revista do Instituto Politécnico de Viseu, 2005, vol.9, nº31, pp.135-149.

OFTEDAL, B., KARLSEN, B., BRU, E. *Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes*. Journal of Clinical Nursing [online]. 2010, 19, 2548-2556. [consult. 14 março 2017]. Disponível em: doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03243.x

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em pessoa em situação crítica*, 2011. |Em linha|. | Consultado em 7 de dezembro de 2016|. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/colégios/Documentos/PQCEE_PessoaSituaçãoCrítica.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *O desafio das doenças crónicas*. Secção regional dos Açores. (CIPE), 2010. |Em linha|. |Consultado em 17 de novembro de 2014|. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/sites/açores/artigospublicadoimpressalocal/pàginas/o_desafio_das_doenças_crónicas.aspx

OREM, D. *Modelo de Orem – Conceptos de enfermaria en la práctica*. Barcelona: Masson – Salvat Enfermaria, 1993. 0-8016-6064-5.

OREM, D. *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill Book, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Adesão aos tratamentos a longo prazo*. Provas para a ação, 2004. |Em linha|. |Consultado em 31 de janeiro de 2015|. Disponível em: <http://www.intro/chronic-conditions.com>.

OTERO et al. *Características Sociodemográficas e Clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica á saúde*. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2007, 15,768-773. Doi: org/10.1590/s0104-11692007000700009.

OVIEDO, A D, BOEMER, M R. *A pessoa com diabete: do enfoque terapêutico ao existencial*. Rev. Esc Enferm USP, 2009, Vol.43, nº4, pp.744-51.

PAONE, D. *Self-efficacy/self-healt care among adults: a literature review*. Minnesota: National Chronic Care Consortium for Minnesota Senior Healt Options, 1999.

PATRÃO, M. *“Autoeficácia em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 insulino tratadas”*. |Em linha|. |Consultado em 18 de outubro de 2014|. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, 2011. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20397/1/Tese%20mestrado%20s%20p%20-%20Maria%20Célia%20Patrão.pdf>

PAÚL, C.; FONSECA, A. *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi, 2001.

PEREIRA, M.; PEDRAS, S.; MACHADO, J. *Adaptação do questionário de adesão à medicação numa amostra de pacientes portugueses com diabetes tipo 2*. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 2012, Vol. 15, n.º 2, Ju/Dez, pp.148-166.

PETRONILHO, F. *Produção de indicadores de qualidade. A Enfermagem que queremos evidenciar*. Revista Sinais Vitais, 2009, nº 82, pp. 35-43.

PINA, S. M. M. *Suporte Social e Adesão Terapêutica no Doente com Síndrome Coronária Aguda*. |Em linha|. |Consultado em 28 de janeiro de 2015|. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu, 2011. Tese de Mestrado. Disponível em: <http://handle.net/10400.19/1578>.

POLIT,D.; HUNGLER,B. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

PORTAL DA SAÚDE. *Diabetes*. |Em linha|. |Consultado a 8 de março de 2014|.Disponível em: <http://www.portal.da.saude.pt/portal/conteúdos/...da.../diabetes>

PORTAL DA SAÚDE. *Diabetes. A Saúde em Portugal*. |Em linha|. |Consultado a 7 de março de 2014|. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/endocrinologia/diabetes>

PORTUGAL. Ministério da Saúde *Saúde um Compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*. Lisboa: Ministério da Saúde, 1999.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. *Diabetes: factos e números: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes em Portugal* |Em linha|. 2015. |Consultado em 20 de novembro de 2014|. Disponível em: www.dgs.pt/documentos-e-publicações/relatório-anual-do-observatório-nacional-da-diabetes-2012.aspx

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2011-2016: “*Prevenção da diabetes e a promoção da saúde*”. |Em linha|. |Consultado em 25 de novembro de 2014|. Disponível em: <https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=plano+nacional+de+saúde+2011+a+2016:+preven%c3%>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde, 2008.

RAAIJMAKERS, L.G., et al. *Correlates of perceived self-care activities and diabetes control among Dutch type 1 and type 2 diabetics*. Journal of Behavioral Medicine [online]. 2015, 38, 450-459. [consult. 14 março 2017]. Disponível em: doi: 10.1007/s10865-014-9609-y

RIBEIRO, J. *Psicologia da saúde, saúde e doença*. In *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras*. Braga: Associação de Psicólogos Portugueses, 1994, pp.33-55.

RIBEIRO, J. *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto, 2005.

RIBEIRO, J. *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1998.

RIBEIRO, M. *Suporte social e adesão ao tratamento em indivíduos com diabetes tipo 2*. |Em linha|. |Consultado em 21 de fevereiro de 2015|. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1450/2/DM>.

RODRIGUES, A.; GUERRA, M.; MACIEL, M. *Impacto do stress e hostilidade na doença coronária*. Rev. SBPH, 2010, Vol.13, n.º1, Jun.

RODRIGUES, V. *Satisfação com o suporte social em indivíduos com perturbação psiquiátrica: estudo exploratório*. Universidade de Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto, 2008. Monografia para obtenção de grau de licenciada em Psicologia. Disponível em: <http://handle.net/10284/1004>

ROGERS et al., C. *Psicoterapia das relações humanas*. [S.l.]: Interlivros, 1977.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. *What is motivational interviewing?* Behavior and Cognitive Psychotherapy, 1985, Vol.23, pp.325-334.

ROSSI, V. *Suporte Social Familiar de Pessoas Adultas com Diabetes tipo 2*. [Em linha]. [Consultado em 30 de janeiro de 2015]. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005. Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Disponível em: <http://www.universia.com>.

RYAN, R., DECI, E.; GROLNICK, W. *Autonomy, Relatedness and the Self: Their Relation to Development and Psychopathology*. In D. Cicchetti and D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology – Theory and Methods*, Vol.1. United States of America: John Wiley and Sons, Inc, 1995, pp.618-649.

RYAN, R.; DECI, E. A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*, 2008; Vol.49, pp.186-193.

RYAN, R.; DECI, E. Active Human Nature. Self-Determination Theory and the Promotion and Maintenance of Sport, Exercise, and Health. In M. Hagger & N. L. Chatzisarantis (Eds.), *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport* (pp.1-19). United States of America: Human Kinetics. 2007.

RYAN, R.; DECI, E. *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*. *American Psychologist*, 2000, Vol.55, n. 91, Jan, pp.68-78.

RYAN, R.; DECI, E. Overview of self-determination theory: An organismic-dialectical perspective. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (pp. 3-33). Rochester, NY USA: University of Rochester Press. 2002.

SANTOS, I., Oliveira, S. ; Castro, C. *Gerência do processo de trabalho em enfermagem: liderança da enfermeira em unidades hospitalares*. *Texto Contexto Enferm*, 2006, vol.15, nº3, pp.393-400.

SARASON, I. et al. *Assessing social support: the social support questionnaire*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1983, Vol.44, n.91, pp.127-139.

SEQUEIRA, C. *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, 2010.

SHUMACHER; MELEIS, A. *Transitions: a central concept in nursing*. *Journal of Nursing Scholarship*, 1994, vol. 26, nº2, pp.119-127.

SILVA, I. *Psicologia da Diabetes*. 2.ª Ed. Lisboa: Placebo Editora Lda., 2010.

SILVA. *Gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com diabetes e doenças cardiovasculares*. Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde. Projetos, 2012. |Em linha|. |Consultado em 31 de março de 2015|. Disponível em: <http://www.essaude.ipsantarém.pt/umis/umis/-page/Gest%C3%A3%20dos%20regim>

SIQUERA, M. *Construção e validação da escala de percepção de suporte social*. Psicologia em estudo de Maringá, 2008, vol. 13, nº2, pp.381-388.

SÖDERHAMN, O. *Self-care activity as structure: a phenomenological approach*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2000, Vol.7, n.º4, pp.183-189.

SOUSA, M. *Estudo dos Conhecimentos e Representações de Doença Associados à Adesão Terapêutica nos Diabéticos tipo 2*. |Em linha|. |Consultado em 10 de fevereiro de 2015|. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia de Braga, 2003. Dissertação ao Mestrado de Educação na área de especialização de Educação para a saúde. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/668>.

SOUSA, V.; ZAUSZNIIEWSKI, J. *Toward a theory of diabetes self-care management*. The Journal of Theory Construction e Testing, 9 (2), 2005, pp.61-67.

TANQUEIRO, M. *A Gestão do autocuidado nos idosos com diabetes*. Revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência, 2013, 3ª série, nº9, pp. 151-160.

TEIXEIRA, J.; CORREIA, A. *Fragilidade social e psicologia da saúde*. Um exemplo de influências do contexto sobre a saúde. Análise Psicológica, 2002, vol.3, nº20, pp.359-365.

TORRES, H. et al. *Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em Diabetes*. |Em linha|. |Consultado em 16 de maio de 2015|. Rev. Saúde Pública, 2009, vol.43, nº2, pp.2-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/05.pdf>

TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J. *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Limepsi Editores, 2000.

VERMEIRE, E., et al. *Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review*. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 2001, vol. 26, nº 5, pp.331-342.

VIANA, M. *Empowerment, qualidade de serviço e satisfação na consulta de diabetes*. Aveiro: Universidade de Aveiro, Dissertação de Mestrado, 2010.

VIDEIRA, J. *Diabetes Mellitus, complicações e o nível socioeconómico e cultural*. Dissertação de mestrado em Saúde Pública. Coimbra: Universidade de Coimbra. 2011.

WIEBE, D.; HELGESON, V.; BERG, C. *The social context of managing diabetes across the life span*. American Psychologist. 2016, 71(7), 526-538.

WILLIAMS, G. et al. *Testing a Self-Determination Theory Process Model for promoting glycemic control through diabetes self-management*. Health Psychology, 2004, Vol.23, n.º1, pp.58-66.

WILLIAMS, G. et al. *Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians*. *Patient Education and Counseling* [online]. 2005, Vol.57, pp.39-45. [consult. 14 março 2017]. Disponível em: doi:10.1016/j.pec.2004.04.001

WILLIAMS, G.; FREEDMAN, Z.; DECI, E. *Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control*. *Diabetes Care*, 1998, Vol.21, n.º10, pp.1644-1651.

WILLIAMS, G.; MCGREGOR, H.; KING, D. *Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: Relationship to autonomy support from physicians*. *Patient Education and Counseling*, 2005, Vol.57, pp.39-45.

WILLIAMS, G.; PATRICK, H.; NIEMIEC, C. *Reducing the health risks of diabetes*. *The Diabetes Educator*, 2009, Vol.35; n.º3, pp.484-492.

WILSON, V. *Economic change: A barrier to diabetes self-management?* *Primary Health Care*. 2011, Vol.21, pp.27–30.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Adherence to long term therapies: evidence for action* [Em linha]. [Consultado em 15 de janeiro de 2015], Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/chronic-conditions/adherence-report/en/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Cuidados inovadores para doenças crónicas: Componentes estruturais da acção*. [Em linha]. [Consultado em 5 de novembro de 2014]. Disponível em: <http://www.diabete.com.br/em.glicemiapos-prandial>

WORLD HEALTH ORGANIZATION *Noncommunicable diseases country profiles 2011*. [Em linha]. [Consultado em 15 de janeiro de 2015]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-report.pdf.ISBN_9789241502283.

ANEXOS

Anexo I

Questionário: Autogestão no doente diabético

Autogestão no doente diabético
O papel do enfermeiro na promoção da autonomia

A investigadora:
Virgínia Regufe

Porto
2014

NOTA INTRODUTÓRIA

Este questionário insere-se num trabalho de investigação sobre a autogestão da doença no doente diabético e tem como finalidade identificar o papel do enfermeiro na promoção da autonomia do doente.

Uma vez que a sua colaboração é importante para conhecermos a realidade sobre as implicações do tratamento para si, solicitamos a sua colaboração no preenchimento do questionário. Salientamos que a sua participação é voluntária e que pode desistir em qualquer momento. Os dados são confidenciais e serão usados apenas para esta investigação.

Grata pela colaboração,

A investigadora

NOTA: Se pretender informações acerca dos resultados do estudo, estes estarão disponíveis a partir de Outubro, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto (Email: esep@esenf.pt). Ou poderá contactar o investigador através do telefone 965385344 ou Email ep4320@esenf.pt.

Parte I

Dados pessoais, sociais e de saúde

1. Sexo: Feminino Masculino 2. Idade: _____ anos.
3. Anos de escolaridade: _____ anos.
4. Qual a sua profissão (que exerce ou exerceu)? _____
5. Qual a sua situação no emprego?
- Empregado Desempregado Reformado Estudante
- Se está empregado: Ativo Com Baixa
6. Estado civil:
- Solteiro/a Divorciado/a ou Separado/a Viúvo/a Casado/a ou Junto/a
7. Número de filhos: _____ 8. Quantas pessoas vivem consigo? _____
9. Local de Residência: Concelho _____ Distrito _____
10. É seguido nesta instituição noutra consulta?
- _____
11. Quais as pessoas com quem pode contar (que lhe prestam mais apoio), nesta fase da sua vida? Incluindo familiares diretos ou outros (exemplo: amigos, vizinhos, grupos ou associações, etc.).
- _____
12. Com que frequência vem às consultas de Enfermagem? _____
13. Avaliação:
- TA: _____/_____ mmHg FC: _____ ppm Hg Glicada: _____ mg/dl
- IMC: _____ Peso: _____ kg; Alt: _____ cm Glicemia Capilar: _____ mg/dl
14. Há quanto tempo foi diagnosticada? _____
15. Antecedentes pessoais (patologias e internamentos):
- _____
- _____
- _____
16. Está a fazer medicação para a depressão? Sim Não Não sei

Parte II

Questionário

1. Questionário de Autorregulação:

As afirmações que se seguem referem-se à adesão ao tratamento, nomeadamente às razões que o levaram a aderir ao mesmo. Tendo como base a seguinte escala, assinale com uma cruz (x) quão verdadeira é cada afirmação para si:

1	2	3	4	5	6	7
Nada verdadeira			Em parte verdadeira			Totalmente verdadeira

Afirmações:	1	2	3	4	5	6	7
1. Por que sinto que quero ser responsável pela minha própria saúde.							
2. Porque me sentiria culpado/a ou com vergonha de mim próprio/a se não seguisse o tratamento.							
3. Porque pessoalmente acredito que é o melhor para a minha saúde.							
4. Porque os outros ficariam aborrecidos comigo se não seguisse o tratamento.							
5. Realmente não penso muito nisso.							
6. Porque pensei cuidadosamente e acho que isso é muito importante para vários aspetos da minha vida.							
7. Porque me sentiria mal comigo próprio/a se não seguisse o tratamento.							
8. Porque para mim é uma decisão importante.							
9. Porque sinto pressão de outras pessoas para seguir o tratamento.							
10. Porque é mais fácil fazer o que me dizem do que pensar muito sobre o assunto.							
11. Porque está de acordo com os meus objetivos de vida.							
12. Porque quero ter a aprovação dos outros.							
13. Porque é muito importante para ser saudável.							
14. Porque quero mostrar aos outros que sou capaz de o fazer.							
15. Realmente não sei bem porquê.							

2. Escala de competência percebida:

Por favor, indique o quão verdadeira é cada afirmação para si, assumindo que pretende seguir o tratamento da diabetes (razões que o/a levam a seguir o tratamento), com base na seguinte escala, assinalando uma cruz (x) à frente de cada afirmação:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Nada verdadeira

Em parte verdadeira

Totalmente verdadeira

Afirmações:	1	2	3	4	5	6	7
1. Sinto confiança na minha força de vontade para cumprir a medicação.							
2. Presentemente, sinto-me capaz de ter os cuidados necessários com a diabetes.							
3. Sinto que sou capaz de não falhar nos cuidados a ter com a diabetes.							
4. Consigo fazer o que é necessário para seguir o tratamento proposto.							

3. Questionário de percepção do doente sobre o ambiente terapêutico:

As afirmações seguintes relacionam-se com o que sente em relação ao(s) enfermeiro(s) que o/a têm acompanhado ao longo do seu tratamento. Indique o quão verdadeira é cada afirmação para si, assinalando uma cruz (x) à frente de cada uma e tendo como base a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Discordo
plenamente

Não concordo
nem discordo

Concordo
plenamente

Afirmações:	1	2	3	4	5	6	7
1. Sinto que os enfermeiros me proporcionam escolhas e opções sobre como resolver os problemas associados à diabetes.							
2. Sinto que os enfermeiros compreendem o modo como eu encaro os problemas associados à diabetes.							
3. Os enfermeiros demonstram confiança na minha capacidade de seguir o tratamento.							
4. Os enfermeiros têm em atenção o modo como eu gostaria de gerir o meu tratamento.							
5. Os enfermeiros encorajam-me a fazer perguntas sobre o tratamento da diabetes.							
6. Os enfermeiros tentam compreender qual a minha atitude antes de sugerirem qualquer mudança no tratamento.							

4. Escala de adesão aos medicamentos:

As afirmações seguintes relacionam-se com o cumprimento do regime medicamentoso. Indique colocando uma cruz (x) no local respetivo face à veracidade (Sim) ou falsidade (Não) de cada afirmação.

Afirmações:	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Algumas pessoas esquecem-se de tomar os medicamentos. Com que frequência isso lhe acontece a si?					
2. Algumas pessoas dizem que se esquecem de uma dose da sua medicação ou ajustam-na para satisfazer as suas próprias necessidades. Com que frequência você faz isto?					

Com que frequência cumpre as indicações que lhe foram dadas pelo enfermeiro relativas a:

1. Alimentação (alimentação saudável, com restrição de açúcar)

2. Exercício físico (p. ex: caminhar)

3. Autovigilância (vigiar a glicemia capilar, vigiar estado dospés, etc.)

Se sentiu dificuldade em cumprir alguma destas indicações, refira as principais razões:

Existe alguém que o ajude ou substitua a cumprir o tratamento da sua doença (diabetes)?

5. Escala de suporte social:

Segue-se uma lista de problemas que as pessoas frequentemente têm. Gostaríamos que assinalasse (X) com que frequência foi incomodada por esses problemas nos últimos 6 meses.

Afirmações	Sempre ou quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1. Tenho problemas na gestão do dinheiro.					
2. Tenho falta de um/a amigo/a.					
3. Tenho poucas pessoas em que possa confiar.					
4. Tenho uma vida sexual pouco satisfatória.					
5. Tenho poucas pessoas de quem me sinto próximo/a.					
6. Tenho falta de alguém que se preocupe com os meus problemas.					
7. Tenho falta de dinheiro suficiente para fazer as coisas que quero.					
8. Tenho problemas com as crianças.					
9. Exerço uma atividade profissional pouco satisfatória.					
10. Senti-me demasiado controlado/a por outros.					
11. Tenho falta de dinheiro para me governar.					
12. Sinto-me insatisfeito/a com o meu estado civil (casado, solteiro, etc.).					
13. Tenho poucos amigos.					
14. Tenho problemas com o cônjuge ou ex-cônjuge (companheiro/a).					
15. Tenho falta de alguém que me demonstre amor e afeição.					
16. Sinto-me demasiado dependente dos outros.					
17. Sinto que as outras pessoas interferem com aquilo que eu quero fazer.					
18. Tenho problemas com familiares do meu cônjuge, companheiro/a ou parentes.					
19. Tenho falta de alguém que compreenda os meus problemas.					
20. Tenho problemas com as pessoas que me são próximas.					

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo II

Autorização pela Comissão de Ética Hospitalar

A CA
C/ p... Com. d. DC
A
7.11



Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de S. João - EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal:

Virgínia Maria Gonçalves Regufe

Título do projecto de investigação:

Autogestão na doença crónica no doente diabético - "o papel do enfermeiro na promoção da autonomia"

Pretendo realizar no(s) Serviço(s) de Endocrinologia/ Consultas do Centro Hospitalar de S. João - EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 3 /Abril / 2014

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Virgínia Regufe

Virgínia Regufe

Comissão de Ética para a Saúde do Centro HSJ
Parecer

Projeto de Investigação: "Autogestão na doença crónica no doente diabético – o papel do enfermeiro na promoção da autonomia".

Investigador: Enf.^a Virginia Maria Gonçalves Regufe.

A investigadora delineou os seguintes **objetivos**:

- Avaliar a perceção do doente com diabetes Mellitus tipo II em relação ao ambiente terapêutico;
- Avaliar o grau de autonomia e a competência percebida do doente com diabetes Mellitus tipo II, face à gestão do regime terapêutico;
- Caracterizar o suporte social do doente com diabetes Mellitus tipo II;
- Avaliar a adesão do doente com diabetes Mellitus tipo II ao regime terapêutico

Conceção e pertinência do estudo:

O estudo é realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação da Prof.^a Doutora Cristina Pinto e Coorientação da Prof.^a Doutora Célia Santos. (Declarações anexas).

É um estudo de tipo exploratório/ descritivo, de natureza quantitativa e transversal cuja população alvo é constituída por doentes com diabetes tipo II que frequentem a Consulta do diabético do Centro Hospitalar de São João – EPE.

A amostra será constituída por 100 doentes adultos com idade > 40 anos, serão excluídos os doentes que apresentem níveis cognitivos que impossibilitem o preenchimento do questionário.

O estudo vai ser desenvolvido no Serviço de Endocrinologia – Consulta do diabético do Centro Hospitalar de São João – EPE, para o qual dispõe de autorização do Exmo. Diretor de Serviço Prof. Doutor Davide Maurício da Costa carvalho, bem como a concordância da Sr.^a Enf.^a Chefe Clementina Moreira (declarações anexas).

O elo de ligação será o Enf.^o Carlos Maia.

Prevê para a colheita de dados a utilização de um questionário, dividido em duas partes (anexo):

Parte I - Dados pessoais, sociais e de saúde;

Parte II:

- Questionário de Autorregulação
- Escala de competência percebida;
- Questionário de perceção do doente sobre o ambiente terapêutico;
- Escala de adesão aos medicamentos;
- Escala de suporte social

Os procedimentos éticos inerentes ao tipo de estudo estão acautelados, estando o estudo delineado em concordância com os objetivos do mesmo.

Benefício / Risco:

Para os participantes não existem benefícios imediatos nem apresenta qualquer risco, apenas o incómodo relacionado com o tempo para responder ao questionário.

Respeito pela liberdade e autonomia:

Está salvaguardada pelo Modelo de Consentimento Informado da CES.

Confidencialidade dos dados:

A proposta apresentada pela investigadora garante a confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes.

Indemnização por danos

Não aplicável

Continuação do tratamento

Não aplicável.

Propriedade dos dados:

Não aplicável.

Conclusão:

De acordo com a análise efetuada, propõe-se à CES do Centro Hospitalar do São João, um parecer favorável à realização do estudo.

Porto, 16 de Maio de 2014

O relator,


Teresa Guerreiro

7. SEGURO

5. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO

NÃO APLICÁVEL

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Virgínia Maria Gonçalves Regufe, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 03/04/2014 29/04/14

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

Virgínia Regufe

Virgínia Regufe

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

Considerado pelo facto de ser obrigatório e esclarecimento posterior pelo investigador

A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.

J. Pereira

Prof. Doutor João Pereira
Presidente da Comissão de Ética

emitido na reunião plenária da CES de 16/ Maio 2014

Anexo III

Autorização pelo Diretor de Serviço

DECLARAÇÃO

Na qualidade de Director do Serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar de S. João venho por este meio declarar que autorizo a realização do estudo "Autogestão no doente diabético: o papel do enfermeiro na promoção da autonomia", a realizar pela enfermeira Virginia Maria Gonçalves Regufe neste serviço, sob a orientação da Enfermeira Cristina Pinto e co-orientador Célia Santos.

Porto, 8 de Abril 2014



Prof. Doutor Davide Maurício da Costa Carvalho
Director do Serviço de Endocrinologia

Anexo IV

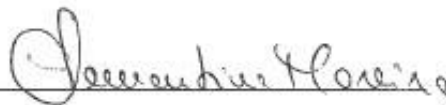
Autorização pela Enfermeira Chefe do Serviço

DECLARAÇÃO

Declaro que a Sra. Enfª Enfermeira Virgínia Maria Gonçalves Regufe vai estar presente na Consulta de Endocrinologia, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Acresce que existe o preenchimento de um questionário: "Autogestão da Doença Crónica na pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2", em que se pretende obter uma amostra mínima de 100 exemplares. Fica como elo de ligação o Enfª Carlos Maia.

CHSJ, 29 Abril de 2014



Enfª Chefe Clementina Moreira

Anexo V

Autorização dos autores dos instrumentos de medida

Enviado do Correio do Windows

De: Marina Prista Guerra

Enviada: quarta-feira, 23 de abril de 2014 15:10

Para: cbastos@esenf.pt; ligia@esenf.pt

Caras Colegas

Autorizo a utilização da escala de Suporte Social por mim adaptada a uma população portuguesa, em trabalhos desenvolvidos por estudantes da vossa Escola sob a vossa orientação.

Junto anexo a publicação em acta do estudo psicométrico da referida escala.

Felicidades para o vosso trabalho,

Cordialmente

Marina Prista Guerra

Marina Prista Guerra

Prof. Associado com Agregação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Univ. Porto

Associate Professor, PhD - Faculty of Psychology and Educational Sciences - University of Porto

Rua Alfredo Allen,

4200-135 Porto- Portugal

Tel: +351 226079700

Fax: +351 226079725

Enviado do Correio do Windows

De: Deci, Edward

Enviada: quarta-feira, 19 de fevereiro de 2014 17:46

Para: Célia Santos; Ryan, Richard

Cc: 'Celeste Bastos'; 'Lígia Lima'

You have permission for the students to use the scales from our web site, and you can go ahead and download them.

To get the scales, go to the SDT web site. www.selfdeterminationtheory.org

You will need to register for the site, just once, the first time you use it to get a scale. After you have done that you will need to login to get to the scales, and on future visits if you want to get scales you will also have to login. Go to the Questionnaires page from menu on the left after you have logged in.

Scroll down to the Scale you want and click

Then click Get Scale at the top of the page. You will need to sign your name to agree to conditions. You do this only once, namely the first time you download a scale, and it will apply to all times when you use any questionnaire from the SDT site in the future. Then answer four questions and you will have the scale to download.

Ed Deci

On 2/19/14 1:40 AM, "Célia Santos" <celiasantos@esenf.pt> wrote:

> Dear Dr. Ryan and Dr. Deci:

>

>

>

> My name is Celia Santos and I'm the coordinator of a research project in
> the area of Self-management in chronic illness.

>

> In June of 2012 one of our researchers asked your permission to use some of
> your instruments though the site -more precisely the Health Care SDT Packet
> (HC-SDT). The researchers name is Celeste Bastos and we enclose here the
> summary of our project in order to facilitate its identification.

>
> At the moment some of our MSc Students are preparing their dissertations and
> to hand in their final document they need an authorization letter attesting
> that they use the instruments with your permission. Since we couldn't print
> any document at the time could you please be so kind to send us one by
> email?

>
> We thank you in advance of your response.

>
> Yours sincerely,

>
>
>
> Célia Santos, PhD.

>
> Vice Presidente

>
> Professora-Coordenadora

>
>
>
> _____

>
> Escola Superior de Enfermagem do Porto

>
> Rua Dr. António Bernardino de Almeida

>
> 4200-072 PORTO

>
> Telefones: 225 073 500 - Fax: 225 096 337

>
> Correio electrónico: celiasantos@esenf.pt

>
> Web: <http://portal.esenf.pt>

>
>
>
>
>
>

Edward L. Deci
Professor of Psychology and
Helen F. & Fred H. Gowen Professor in the Social Sciences

Department of Psychology
University of Rochester
P.O. Box 270266 (for US mail)
355 Meliora Hall (for couriers)
Rochester, NY 14627
phone: 585-275-2461
fax: 585-273-1100
email: deci@psych.rochester.edu
website: <http://selfdeterminationtheory.org>

--

Bom dia

Tem com certeza autorização para usar o referido instrumento mas o artigo da sua adaptação não é o que refere mas sim o que saiu na revista da sociedade brasileira de psicologia hospitalar.

Cumprimentos

M.Graça Pereira

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 PORTO

Telefones: 225 073 500 - Fax: 225 096 337

Correio electrónico: celiasantos@esenf.pt

Web: <http://portal.esenf.pt>



Anexo VI

Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

Autogestão no doente diabético: O papel do enfermeiro na promoção da autonomia

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) _____

_____, declaro não ter participado em nenhum outro projecto de investigação durante este internamento, tendo compreendido a explicação que me foi fornecida acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar. Foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 201__

Assinatura do doente ou voluntário são: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura: