



VI Mestrado em Comunicação em Saúde

A Gestão das Doenças Crónicas

Implicações na Prática nos Cuidados de Saúde Primários

Unidade E

Carla Teresa Munhoz Pinheiro

Universidade Aberta

Lisboa

2008



Carla Teresa Munhoz Pinheiro

A Gestão das Doenças Crónicas

Implicações na Prática nos Cuidados de Saúde Primários

Unidade E

Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde

Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos

Co-Orientador: Mestre João Luís de Moraes Guerra

Universidade Aberta

Lisboa

2008

Resumo

Este trabalho de investigação analisa a situação actual das práticas organizacionais, médicas e de enfermagem, relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa com Diabetes Mellitus nos Cuidados de Saúde Primários.

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de base institucional (Centros de Saúde da extinta Sub-Região de Saúde de Lisboa, nomeadamente da Unidade E, que integram a rede de cuidados de saúde do Sistema Nacional de Saúde - SINS), realizado através de um questionário.

A doença alvo do estudo foi seleccionada segundo um conjunto de critérios relacionados com o peso da doença (*burden of disease*, em termos de incidência, prevalência, complicações, transcendência social e económica, vulnerabilidade, entre outros) e a teoria da gestão da doença (GD).

A investigação consistiu na avaliação pluridimensional de dados, relacionados com categorias essenciais do *continuum* dos cuidados prestados ao doente crónico que incidem sobre a estrutura e o processo subjacentes às práticas de cuidados de saúde na abordagem das doenças crónicas (DC), efectuadas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) destes Centros de Saúde. A selecção da amostra obedece a critérios de conveniência, isto é, estão nela incluídos Centros de Saúde em que os profissionais, médicos e enfermeiros inquiridos, abordam esta Doença Crónica no âmbito da sua intervenção.

A linha orientadora da avaliação tem por base os princípios teóricos da GD, incorporados num Modelo de Cuidados Crónicos (MCC). Este Modelo constitui o quadro de referência teórico que orienta a investigação e é suportado por uma sólida evidência científica, actualmente disponível, sobre a abordagem das DC. O Modelo tem como característica inovadora a inclusão de áreas essenciais de intervenção que preenchem o domínio do conceito de cuidados crónicos, e que não se relacionam, mas complementam os indicadores tradicionais de desempenho profissional, inerentes aos cuidados crónicos.

O estudo surge da verificação de incongruências entre esta evidência e a prática dos cuidados dirigida às DC, vivenciada no âmbito da nossa experiência enquanto profissionais da área da saúde, levantando o problema principal de se saber até que ponto essas práticas incorporam e acompanham as *legis artis* sobre a abordagem das DC. Sucodem a este problema algumas questões, para as quais foram criadas 8 hipóteses. As 6 primeiras, denominadas como específicas, resultam do MCC e relacionam-se directamente com as categorias de intervenção inovadoras dos cuidados crónicos. Foram definidos pressupostos para a sua confirmação/não confirmação. As outras 2 hipóteses, designadas como gerais, são derivadas das específicas. A recolha de dados baseou-se num Questionário ACIC

(*Assessment of Chronic Illness Care*), traduzido e adaptado para os objectivos do presente estudo.

Os resultados desta investigação permitiram chegar às seguintes conclusões: 1) Existe um quadro teórico que coloca as doenças crónicas no foco de atenção prioritário da maioria dos sistemas de saúde, na medida em que representam o principal peso da doença. Apesar disso, na generalidade dos sistemas, a organização tradicional dos cuidados de saúde para a abordagem médica e de enfermagem da pessoa com doença crónica, é tipicamente estruturada para cuidados episódicos e reactivos – doença aguda. Há evidência de abordagens efectivas para ajudar a resolver este problema, merecendo a GD uma referência particular na medida em que constitui uma resposta estruturada, integrada e de base populacional para identificar pessoas com uma doença crónica particular ou em risco de contraí-la, intervir através do uso de *guidelines*, baseadas na evidência e medir os resultados após a ocorrência dessas intervenções. 2) Os resultados são consentâneos com a literatura consultada sobre esta matéria, na medida em que sugerem a existência de um sistema de cuidados de saúde fragmentado. Atestam igualmente a existência de défices estruturais, nomeadamente em tecnologias de informação e de processos de cuidados inadequados à natureza e características das doenças crónicas, confirmando uma abordagem essencialmente episódica e reactiva destas doenças. Os resultados evidenciam diferenças de prestação de cuidados entre os diferentes grupos profissionais estudados, assim como a ausência de estratégias de mudança. 3) O Modelo utilizado, na medida em que identifica as mudanças necessárias no desempenho dos sistemas de cuidados de saúde para a gestão das doenças crónicas, pode surgir como instrumento de avaliação prospectiva dos Centros de Saúde numa óptica de mudança dos padrões da prestação dos cuidados a doentes crónicos. O próprio conceito de GD deve ser encarado como um conceito útil e multidimensional, cuja aplicação sistémica ou organizacional pode contribuir, na prática, para ajudar a consolidar um sistema de cuidados verdadeiramente integrado (não fragmentado). 4) Uma conclusão interpretativa relevante desta investigação é a de que, em Portugal, a gestão das doenças crónicas não tem exemplos que se adaptem ao conceito de gestão de doença. Consequentemente, na expressão mais abrangente deste conceito, pode afirmar-se que não existe gestão da doença em Portugal. Por isso, tirar partido deste poderoso conceito é de importância vital para o SINS, na medida em que tal significa melhorar a efectividade e a qualidade da gestão das doenças crónicas, contribuindo dessa forma para reduzir o peso destas doenças.

Palavras-chave: Gestão da Doença, Doença Crónica, Diabetes, Centros de Saúde, Cuidados de Saúde Primários.

Abstract

This investigation analyses the current situation of organizational practices regarding medical and nursing care for patients with Diabetes Mellitus at the primary care level.

It's a descriptive, retrospective, questionnaire-based investigation, with an institutional basis (Primary Health Care Centres of the, at the time, existent administrative sub region of Lisbon - district level – namely the so called "E Unit", that integrates the Portuguese National Health Service).

The selected disease was chosen based on burden of disease criteria (incidence, prevalence, complications of disease, social and economical transcendence, among others) and on management disease theory criteria.

This investigation consisted on a multidimensional data evaluation regarding specific categories of the *continuum* of health care provided to chronic patients; these categories refer to structure and process issues related to health care practices, on chronic diseases approached by health care professionals of the selected "E Unit".

It was used a convenience sampling, with the inclusion of primary health care centres whose professionals work, include the intervention on Diabetes Mellitus patients.

The basic structure of the evaluation process was based on the theoretical principles of Disease Management, integrated in. This Model is the theoretical reference that guided all the investigation, and is evidence-based. It's innovative because it includes essential areas of chronic disease intervention, that complement the traditional indicators of performance of the healthcare workers in that specific area.

The will to carry out this investigation was driven by the perception, experienced in our daily work as a healthcare professional, of the existence of incongruence between the principles of Disease Management integrated in a Chronic Disease Care Model, and the actual practice in the chronic disease approach, which raised the question of how deeply this practices incorporate and go along with the *legis artis* in the chronic disease care giving area.

This problem raises additional issues to which eight hypotheses were formulated. The first six hypotheses (called "specific"), are directly related to the innovative categories of intervention in the Chronic Disease Care Model. Some assumptions were made to confirm/not confirm these hypotheses. The other two hypotheses (called "general"), are derived from the specific ones.

The data were collected using a pre-existing questionnaire - ACIC (*Assessment of Chronic Illness Care*) – that was translated and adapted to fulfil the objectives of this investigation.

The results of the investigation allowed achieving the following conclusions: 1) There is only one theoretical framework that puts chronic diseases on the spotlight of most health systems

because they represent the most important burden of disease. Even so, the traditional organization of medical and nursing care for patients with Diabetes Mellitus is based on a reactive and episodic approach - acute disease. There's evidence of effective approaches to help solving this problem; Disease Management is specially worth mentioning because it's a structured, integrated, population-based approach to identify people with a certain chronic disease, or at risk of having it, to intervene through the use of evidence-based guidelines and to measure the results of such interventions. 2) The results of the investigation are in accordance with the consulted technical literature on these issues, as they suggest the existence of a fragmented health care system. They also confirm the existence of structural deficits, namely in the area of information technologies, and of health care approaches inadequate to the nature and characteristics of chronic diseases, and corroborates that the approach to chronic diseases is mainly reactive and episodic. The results show differences on the health care practices among the professional groups analysed and the absence of strategies for change. 3) The Model that was used may be applied as an important tool for a prospective evaluation of primary health care centres, in order to change the patterns of health care provided to chronic patients, as it allows the identification of the necessary changes in the performance of health systems in the management of chronic diseases. Even the concept of Disease Management should be regarded as useful and multidimensional, and that its systemic or organizational application can contribute to help the consolidation of a real integrated, non fragmented, system of health care 4) Another important conclusion of this investigation is that in Portugal chronic disease management has no examples that follow the concept of Disease Management. As a result, we may say that there is no Disease Management in Portugal, at least if we consider its broader concept. This means that it's a matter of major importance the use of this concept in the National Health Service, as it allows a gain of effectivity and quality in chronic disease management, which will have reflection in the reduction of the burden of these diseases.

Key words: Disease Management, Chronic Diseases, Diabetes, Primary Health Care Centres, Primary Care

À minha filha Mariana, pelos momentos ausentes enquanto mãe.

À minha mãe, pelos momentos de ajuda incessante.

À Maria João Sopa e a todos os meus amigos, pelo apoio e incentivo constantes.

Dedico este trabalho a todas as pessoas portadoras de doença crónica - Diabetes, médicos e enfermeiros em geral e particularmente aos que exercem as suas funções nos Cuidados de Saúde Primários, que diariamente lutam pela Promoção da Saúde e Prevenção da Doença, melhorando dia após dia a qualidade de vida da população, muitas vezes com pouca visibilidade do trabalho efectuado...

Agradecimento

Se me perguntassem, se voltaria a empreender esta aventura, a resposta seria: **SIM**, pela riqueza da informação obtida e pela profunda convicção, que este trabalho pode contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, por uma equipa multiprofissional, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Por isso quero sinceramente agradecer a quem me entusiasmou:

- À Professora Doutora Natália Ramos, pela sua gentileza, dedicação e empenhamento em todo o momento desde o início desta etapa académica, pela disponibilidade, apoio e rigor com que orientou esta dissertação.
- Ao Mestre João Guerra, pela co-orientação deste trabalho, pelo apoio, acompanhamento nesta caminhada, pela disponibilidade e incentivo permanente, em todas as etapas percorridas.
- À Enf.^a Margaret Bensusan, por ter ajudado a conseguir com maior celeridade a autorização superior para a elaboração deste trabalho.
- À Dr.^a Manuela Peleteiro, pela autorização, consentida de imediato.
- Ao João Morais, apoiante desta aventura, pela revisão crítica de todo o trabalho.
- À Carla Rascoa, pela amizade, pelo rigor da apreciação de todo o trabalho.
- A todos os profissionais, médicos e enfermeiros, que aceitaram participar neste estudo. Sem a sua disponibilidade e empenhamento, este trabalho não teria sido possível.

A todos, o meu muito obrigada!

Todos os homens buscam uma meta; sucesso ou felicidade.

O único modo de se obter sucesso verdadeiro é
expressar-se completamente no serviço à sociedade.

Em primeiro lugar, ter um ideal definido, claro, prático
– uma meta, um objectivo.

Em segundo lugar ter os meios necessários
a atingir seus objectivos, sabedoria, dinheiro, materiais e métodos.

Em terceiro lugar, ajustar os seus meios a esse objectivo.

Aristóteles, 384-322 a.c.

ÍNDICE GERAL

	Pág.
Resumo	<i>i</i>
Abstract	<i>iii</i>
Dedicatória	<i>v</i>
Agradecimento	<i>vii</i>
Pensamento	<i>viii</i>
INTRODUÇÃO	1
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
CAPÍTULO 1 – ESTRUTURA DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AOS DIABÉTICOS	11
1.1 – Os Cuidados de Saúde Primários	11
1.2 – Os Cuidados de Saúde Secundários	14
1.3 – Os Cuidados de Saúde Terciários	18
CAPÍTULO 2 – A DIABETES	19
2. – Aspectos Epidemiológicos da Diabetes no Mundo	20
2.1. – O aumento das Doenças Crónicas e a sua implicação no panorama de Saúde Mundial e em Portugal	22
2.1.1 – Da Epidemia Infecciosa à Epidemia Comportamental	25
2.2 – Intervenção na Diabetes enquanto Doença Crónica – Um Desígnio	27
2.3 - Quadro Empírico da abordagem da Diabetes Mellitus	31
2.3.1 – Implicações do aumento das Doenças Crónicas	31
2.3.2 – Intervenção nas Doenças Crónicas – um Desafio para o Novo Século	33

	Pág.
CAPÍTULO 3 – A DOENÇA CRÓNICA – A DIABETES	35
3.1 – A evolução Histórica dos Cuidados de Saúde na Diabetes	36
3.2 – A Gestão da Doença	41
3.2.1 – Origem e Definição	45
3.2.2 – Propósito da Gestão da Doença	48
3.2.3 – A Diabetes enquanto Doença Alvo	52
3.2.3.1 – A Diabetes enquanto Doença Alvo num outro Modelo de Intervenção .	54
3.2.4 – Requisitos para Programas de Gestão da Doença	60
3.2.5 – Evidência e os resultados da Gestão da Doença nos Cuidados de Saúde Primários em relação à Diabetes	62
3.2.6 – O Modelo de Cuidados Crónicos	66
II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	71
CAPÍTULO 4 – OPÇÕES METODOLÓGICAS - DA PROBLEMÁTICA AOS PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO	72
4.1 – As Variáveis	73
4.2 - Tipo de Estudo	75
4.3 – Objectivos do Estudo	76
4.4 – As Técnicas e Instrumentos de Colheita de Dados	77
4.5 – Pré – Teste	80
4.6 – Contextualização e Caracterização do local do Estudo	81
4.6.1 – Dados Epidemiológicos da Diabetes na Unidade E	82
4.7 – Selecção da Amostra	91
4.8 – Procedimentos	92
4.9 – Questões Éticas	93
4.10 – Tratamento e Análise dos Dados	93
4.11 – Validade e Fiabilidade do Estudo	94

	Pág.
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO E ANÁLISE DE DADOS - Apresentação, Interpretação e Discussão dos Resultados	95
5.1 – Apresentação dos Resultados	96
5.1.1 – Introdução	96
5.2 – Registo da Informação	97
5.3 – Metodologia	98
5.4 – Amostra Global	101
5.4.1 – Variáveis de Caracterização	101
5.4.2 – Escalas	104
5.4.3 – Relação entre Escalas	116
5.5 – Médicos e Enfermeiros	117
5.5.1 – Análise Descritiva	118
5.5.2 – Testes de Hipóteses	127
5.5.3 – Relações entre Escalas por Grupo	130
5.6 – Tempo de Exercício Profissional	133
5.7 – Análise e Discussão dos Resultados	135
III PARTE – NOTAS FINAIS	154
CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DO ESTUDO .	155
BIBLIOGRAFIA	160
GLOSSÁRIO	178
ANEXOS	188

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo I – Tabelas e Gráficos – Amostra Global	189
Anexo II – Tabelas e Gráficos – Matriz de Correlações de <i>Spearman</i>	190
Anexo III – Tabelas e Gráficos – Tabelas Comparativas por Grupo	191
Anexo IV – Tabelas e Gráficos – Diagramas da Caixa e Bigodes – Testes de Hipóteses	192
Anexo V – Tabelas e Gráficos	193
Anexo VI – Modelo de Cuidados Crónicos	194
Anexo VII – Instruções/Questionário	195
Anexo VIII – Autorização para realização do estudo	196
Anexo IX – Pedido de Autorização para utilizar o Questionário	197
Anexo X – Quadro de Pessoal cedido pela Sub-Região de Saúde	198
Anexo XI – Dados do número de Diabéticos existentes / Diagnosticados em cada Centro de Saúde da Unidade E	199

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela n.º 1 – Estatísticas descritivas sobre o tempo de exercício profissional no total e na área da diabetes	103
Tabela n.º 2 – Estatísticas descritivas dos itens da Parte 1 – Organização do Sistema de Prestação de Cuidados de Saúde	105
Tabela n.º 3 – Estatísticas descritivas dos itens da Parte 2 – Ligações à Comunidade	106
Tabela n.º 4 – Estatísticas descritivas dos itens da Parte 3a – Nível Prático: Apoio à Auto – Gestão do Doente	107
Tabela n.º 5 – Estatísticas descritivas dos itens da Parte 3b – Nível Prático: Mecanismos de Suporte à Decisão	108
Tabela n.º 6 – Estatísticas descritivas dos itens da Parte 3c – Nível Prático: Organização do Sistema de Prestação	109
Tabela n.º 7 – Estatísticas descritivas dos itens da Parte 3d – Nível Prático: Sistema de Informação	110
Tabela n.º 8 – Estatísticas descritivas dos itens da Parte 3e – Nível Prático: Sistema de Informação sobre custos	111
Tabela n.º 9 – Estatísticas descritivas dos Sub – <i>Scores</i> e <i>Score</i> global ACIC	115
Tabela n.º 10 – Testes de Normalidade de <i>Kolmogorov – Smirnov</i>	116
Tabela n.º 11 – Estatísticas descritivas para os <i>Scores</i> (média, mediana, desvio-padrão e N válido) por grupo	126
Tabela n.º 12 – Testes de Normalidade de <i>Kolmogorov – Smirnov</i> e de <i>Shapiro – Wilks</i>	127
Tabela n.º 13 – Teste t de diferenças de médias de S3a por grupo	128
Tabela n.º 14 – Testes de <i>Mann – Withney</i> dos <i>Scores</i> por grupo	128
Tabela n.º 15 – Coeficientes de correlação de <i>Spearman</i> dos <i>scores</i> para o grupo dos médicos	131
Tabela n.º 16 – Coeficientes de correlação de <i>Spearman</i> dos <i>Scores</i> para o grupo dos Enfermeiros	132
Tabela n.º 17 – Coeficientes de Correlação de <i>Spearman</i> e Tempo de exercício profissional, no total e na área da diabetes	134

	Pág.
Tabela n.º 18 – Pressupostos para a Confirmação/Não Confirmação da Hipótese1	140
Tabela n.º 19 – Pressupostos para a Confirmação/Não Confirmação da Hipótese 2	142
Tabela n.º 20 – Pressupostos para a Confirmação/Não Confirmação da Hipótese 3	144
Tabela n.º 21 – Pressupostos para a Confirmação/Não Confirmação da Hipótese 4	146
Tabela n.º 22 – Pressupostos para a Confirmação/Não Confirmação da Hipótese 5	147
Tabela n.º 23 – Pressupostos para a Confirmação/Não Confirmação da Hipótese 6	149

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro n.º 1 – A Estrutura e Dados do Questionário	78
Quadro n.º 2 - Os Médicos e Enfermeiros que integram a Amostra	92

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura n.º 1 – Modelo de Cuidados Crónicos	69
Figura n.º 2 – Grupo	101
Figura n.º 3 – Sexo	102
Figura n.º 4 – Tempo de exercício profissional	102
Figura n.º 5 – Tempo de exercício na área da Diabetes	103
Figura n.º 6 – Classificações médias dos itens da Parte 1 – Organização do Sistema de Prestação de Cuidados de Saúde	105
Figura n.º 7 – Classificações médias dos itens da Parte 2 – Ligações à Comunidade	106
Figura n.º 8 – Classificações médias dos itens da Parte 3a – Nível prático: Apoio à Auto – Gestão do Doente	107
Figura n.º 9 – Classificações médias dos itens da Parte 3b – Nível Prático: Mecanismos de Suporte à Decisão	108
Figura n.º 10 – Classificações médias dos itens da Parte 3c – Nível Prático: Organização do Sistema de prestação	109
Figura n.º 11 – Classificações médias dos itens da Parte 3d – Nível Prático: Sistema de Informação	110
Figura n.º 12 – Classificações médias dos itens da Parte 3e - Nível Prático: Sistema de Informação sobre custos	111
Figura n.º 13 – Quadro Resumo: Distribuição na Escala de <i>ACIC</i> dos itens por cada parte do Questionário	112
Figura n.º 14 – Classificações médias dos <i>Scores</i> 1, 2 e Total	113
Figura n.º 15 – Classificações médias dos <i>Scores</i> 3a a 3d e Total	114
Figura n.º 16 – Diagrama de Caixa e Bigodes para os <i>sub-scores</i> e <i>Score</i> total da escala de <i>ACIC</i>	114
Figura n.º 17 – Quadro Resumo: Distribuição na Escala de <i>ACIC</i> dos <i>Sub – Scores</i> e <i>Score</i> Total construídos	115
Figura n.º 18 – Sexo por Grupo	121

	Pág.
Figura n.º 19 – Tempo médio de exercício Total e na área da Diabetes por Grupo	121
Figura n.º 20 – Classificações Médias dos itens da Parte1 – Organização do Sistema de Prestação de Cuidados de Saúde por Grupo	122
Figura n.º 21 – Classificações Médias dos Itens da Parte2 – Ligações à Comunidade por Grupo	122
Figura n.º 22 – Classificações Médias dos Itens da Parte 3 a – Nível prático: Apoio à Auto – Gestão do Doente por Grupo	123
Figura n.º 23 – Classificações Médias dos itens da Parte 3 b – Nível Prático: Mecanismos de Suporte à decisão por grupo	123
Figura n.º 24 – Classificações médias dos itens da Parte 3c – Nível Prático: Organização do Sistema de prestação por grupo	124
Figura n.º 25 – Classificações médias dos itens da Parte 3d – Nível Prático: Sistema de Informação por Grupo	124
Figura n.º 26 – Classificações médias dos itens da Parte 3e – Nível Prático: Sistema de Informação sobre Custos por Grupo	125
Figura n.º 27 – Classificações médias dos <i>sub-scores</i> e <i>score</i> total por Grupo .	125
Figura n.º 28 – Níveis da Escala de <i>ACIC</i> por Grupo	126
Figura n.º 29 – Diagrama de Caixa e Bigodes do <i>Score</i> 3a por Grupo	129
Figura n.º 30 – Diagrama de Caixa e Bigodes do <i>Score</i> 3c por Grupo	129
Figura n.º 31 – <i>Scores</i> Médios por Tempo de Exercício Profissional	133
Figura n.º 32 – <i>Scores</i> Médios por Tempo de exercício profissional na área da diabetes	134

ÍNDICE DE MAPAS

	Pág.
Mapa n.º 1 – Concelho de Alenquer	84
Mapa n.º 2 – Concelho de Arruda dos Vinhos	86
Mapa n.º 3 – Concelho de Azambuja	87
Mapa n.º 4 – Concelho de Vila Franca de Xira	89

ÍNDICE DE FOTOGRAFIAS

	Pág.
Fotografia n.º 1 – Centro de Saúde de Alenquer	84
Fotografia n.º 2 – Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos	86
Fotografia n.º 3 – Centro de Saúde de Azambuja	87
Fotografia n.º 4 – Centro de Saúde de Alhandra	89
Fotografia n.º 5 – Centro de Saúde de Vila Franca de Xira	89
Fotografia n.º 6 – Centro de Saúde da Póvoa de Santa Iria	89

ABREVIATURAS

ACIC – *Assessment of Chronic Illness Care*

ADA – American Disease Association

APMCG – Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral

ARS – Administração Regional de Saúde

ARS LVT, IP – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Instituto Público

CCM – *Chronic Care Model*

CS – Centro (s) de saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DC – Doença Crónica

DGS – Direcção Geral da Saúde

DMAA – *Disease Management American Association*

GD – Gestão da Doença

IDF – *International Diabetes Federation*

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCC – Modelo de Cuidados Crónicos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SINS – Sistema Nacional de Saúde

SINUS – Sistema Informático de Unidades de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

SRS – Sub - Região de Saúde

UE – União Europeia

WHO – *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

*“Sucesso é conseguir o que se quer;
felicidade é gostar do que se consegue.”*

Lawrence J. Peter

Usufruir de cuidados de saúde de qualidade é algo a que um cidadão deve ter direito, e no qual se investe para garantir esse direito. Todavia, para que se atinjam ganhos em saúde de uma comunidade, o projecto de saúde de cada indivíduo, centralizando-se na sua singularidade, não pode ser desagregado dos recursos, das políticas e estratégias que o Estado promove.

Envolvendo o sector da saúde, elevado custo para a sociedade que o suporta, impõem-se políticas e estratégias eficientes, de forma a manter o equilíbrio entre dois aspectos pendulares: os ganhos e os custos.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2002 e 2003, a dimensão do problema do aumento das doenças crónicas é tão grande, que se estima que, em 2020, 80% do peso da globalidade das doenças (*burden of disease*) nos países em vias de desenvolvimento seja devido a problemas de saúde crónicos.

Sendo a promoção e a educação para a saúde as bandeiras a hastear, os cuidados de saúde primários têm sido alvo de inferência nas políticas e estratégias delineadas.

Para a OMS (1985), o reforço dos cuidados de saúde primários é a prioridade no desenvolvimento da estratégia da saúde para todos e na sustentabilidade de sistemas de saúde com base na universalidade e equidade. De acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, os Centros de Saúde são o primordial ponto de proximidade do cidadão com o sistema prestador de cuidados.

O património material, técnico, científico e cultural que a rede de Centros de Saúde representa é uma mais-valia. Contudo, é imprescindível melhorar, aperfeiçoando tanto a segurança e satisfação dos cidadãos utilizadores, como garantindo cuidados de proximidade eficazes, engrandecendo, deste modo, o nível de saúde da população. Reforçam, ainda que o nível de cumprimento e a sua qualidade, ligados a uma particular atenção aos aspectos relacionados com as circunstâncias de atendimento, a humanização, e a inexistência de barreiras ao acesso, são aspectos fulcrais para o crescimento deste bem.

Sendo os cuidados de saúde primários a pedra basilar de todo o sistema de saúde, a dissertação que propomos realizar – **A Gestão das Doenças Crónicas – Implicações na Prática nos Cuidados de Saúde Primários**, pretende contribuir como um novo instrumento, para melhor alcançar os princípios de eficiência e eficácia na prestação de cuidados de saúde, tendo em conta a qualidade de vida da pessoa com doença crónica, nomeadamente a pessoa com Diabetes.

A Gestão da Doença Crónica é imprescindível, na medida em que, para além de promover práticas de qualidade, permite apoiar os profissionais, promovendo a segurança nos cuidados prestados.

Os cuidados de saúde adquirem então uma complexidade crescente, exigindo cada vez mais dos profissionais. Existe uma mudança profunda dentro das estruturas organizacionais da saúde, que engloba não só a evolução tecnológica e novas filosofias de prestação dos cuidados, como também novas formas de gestão da doença.

Pretende-se com esta temática abordar algumas conjecturas sobre o futuro dos cuidados de saúde primários, isto é, o futuro dos Centros de Saúde, nomeadamente no que diz respeito à prática dos cuidados médicos e de enfermagem, tendo como princípio o conceito da Gestão da Doença.

Esta dissertação pretende delinear um dos possíveis caminhos entre o que existe e o que pode existir no campo da saúde, sintetizando o pensamento de alguns autores sobre estas questões.

Da pesquisa realizada e dos conhecimentos na área da gestão da doença ao nível dos cuidados de saúde primários, parece-nos poder depreender que a opinião mais marcante é que há dificuldade, em Portugal, em instituir-se um sistema de saúde equilibrado.

Segundo Sakellarides (2003), o futuro do Sistema Nacional de Saúde depende da nossa capacidade para concretizar políticas públicas que, no entanto, tanto o passado, como o presente testemunham ser comparativamente pequenas.

Esta capacidade de intervir na comunidade demonstra-se deficiente face às necessidades da população em cuidados de saúde de âmbito geral. Contudo, julga-se que é nas doenças crónicas que mais se sente esta carência. Ao longo dos últimos 50 anos, os progressos científicos cooperaram para um acréscimo significativo da esperança de vida. Todavia, o facto de se viver mais tempo e a aceitação de estilos de vida pouco saudáveis têm ajudado ao aumento exponencial das doenças crónicas. E estas pessoas com doença crónica têm, no seu percurso, obstáculos, tal como nos afirma, Guerra (2003): as pessoas com doença crónica não são bem sucedidas no modelo tradicional da prestação de cuidados de saúde, o

qual tem sido um sistema norteado para consultas breves vocacionadas para a abordagem das doenças agudas.

Tudo depende da capacidade de manutenção dos cuidados de saúde primários, dos valores que as pessoas têm em relação à saúde e do conhecimento concreto das soluções que se assumem. Soutelo (1986, p. 19) defende que, *"Qualquer sistema de saúde, incluindo a moderna medicina ocidental, é um produto da história da nossa civilização e existe dentro dum determinado contexto cultural e ambiental."* Se considerarmos que este contexto mantém-se em mudança contínua e cada vez mais marcada, o sistema de saúde também deve mudar, adaptando-se às modernas situações e recebendo as influências dos novos conceitos filosóficos, científicos, económicos ou outros. Segundo a mesma autora (1986, p. 19) *"(...) a necessária mudança no sistema de saúde deve envolver a formulação de novos modelos conceptuais, a criação de novas instituições e a implementação de novas políticas."* Para que isto aconteça, é necessário intervir de forma holística (considerando a pessoa como um todo) e integrada.

Reportando ao suceder dos tempos e reforçando a linha de pensamento anterior, fixa no modelo tradicional, os cuidados de saúde têm sido prestados com base nos aspectos fragmentados dos cuidados, tais como, consultas, internamento ou no âmbito dos cuidados domiciliários; tudo isto funciona mais ou menos isolado uns em relação aos outros, em que o centro da atenção incorre sobre a doença num contexto específico: internamento ou consulta.

Perante todo este cenário, constata-se que são diversas as debilidades do sistema; é um equívoco confinar o conceito de cuidados de saúde primários aos limites físicos do Centro de Saúde. O modelo tradicional preocupa-se mais com o tratamento de doenças individuais do que na prevenção das mesmas.

Não temos dúvidas que o custo por pessoa é, sobretudo, mais elevado quando há duplicação de serviços, ou seja, nas situações em que a monitorização do estado de doença não é contemplada.

Só é possível imaginar os cuidados de saúde primários se forem concebidos como uma rede estruturante da comunidade que se relaciona com ela de uma forma estrita. Todavia, continua a ser muito difícil a articulação entre os profissionais dos serviços hospitalares e os dos Centros de Saúde. Como refere Soutelo (1986, p. 19), *"(...) na Saúde, no seu mais amplo sentido ecológico que passa pela biologia, psicologia, sociologia e ciência económica, se deverão transcender as limitações clássicas com seus pontos de vista mecanicista e reducionista, desenvolvendo perspectivas holísticas e ecológicas."* Não pode ser descurada a perspectiva holística de quem cuida. Os cuidadores têm uma preponderância fundamental

enquanto facilitadores desta difícil articulação. Tal como Ramos (2004) advoga, é necessário que se melhorem os cuidados de saúde e para que isso aconteça, é essencial que se adequem os sistemas de pensamento dos indivíduos. A comunicação e a relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os utentes são fundamentais neste processo. As atitudes e as recomendações veiculadas pelos profissionais têm que ter em conta as representações sociais, as crenças, os hábitos, o nível educacional, as condições de vida e a própria organização familiar e social que vão influenciar os comportamentos de saúde e de doença.

Segundo este raciocínio, e reportando-nos ao que Guerra (2003) defende, a gestão da doença (*disease management*) é uma proposta aliciadora com um distinto potencial para auxiliar a resolver esta fragmentação dos cuidados de saúde. A sua metodologia está delineada para adicionar e complementar os esforços dos cuidados de saúde primários, a fim de melhorar a saúde das populações com doenças crónicas, acautelando o apoio e a continuidade que são sempre indispensáveis.

Os Centros de Saúde terão que ser alvo de mudanças significativas. Segundo Seabra (2003), redefinir o propósito dos Centros de Saúde poderá ser fácil, mas levá-los à prática é uma empreitada agreste que exige disponibilidade, tempo e uma equipa unida, documentada, atenta às modificações da comunidade onde se insere e que saiba respeitar a fazer-se respeitar.

A gestão da doença é um processo que se baseia na gestão de uma doença específica num conjunto de pessoas. Envolve a identificação das pessoas com doença crónica, ou em risco de a contrair, através de um diagnóstico preciso, e o desenvolvimento de um trabalho constante para prevenir ou reduzir a incidência das suas complicações, controlar exacerbações e otimizar o estado de bem-estar. A gestão da doença exige um esforço combinado de diferentes elementos da equipa prestadora de cuidados - portanto uma equipa multidisciplinar - que trabalham interactivamente para melhorar os resultados da pessoa com doença crónica. A realidade poderá passar por este conceito.

Atentos aos aspectos fulcrais que estão na base desta problemática e observando os dados demográficos, assiste-se, em Portugal, a um envelhecimento da população, o que exige políticas de saúde adequadas.

Perante este cenário português, Diniz (2004, p. 68) salienta que, "*Temos, no entanto, a noção de que mudar da gestão tradicional da saúde para a gestão integrada da doença, é um passo que, apesar de lógico, é difícil, porque implica a integração de uma nova maneira de pensar em todos os actores e em todos os níveis do sistema de saúde. Mas é*

exactamente como indutores de mudança, como pedras que caindo no lago propagam ondas, que estes modelos estão a dar os primeiros passos, embora titubeantes (...)”.

Perante a abordagem que possa ser efectuada, em termos globais, no que diz respeito aos problemas que envolvem as doenças crónicas em geral, importa conhecer melhor a diabetes, em particular.

Pretendemos, deste modo, contextualizar esta patologia que se reveste de uma enorme complexidade para quem a tem de compreender e gerir.

Como refere Gallego (2005a), apesar de a diabetes ser uma das doenças crónicas das quais se conhecem factores predisponentes, o que permite identificar grupos de risco nos quais se pode intervir, factores desencadeantes e agravantes sobre os quais é possível actuar com evidente custo-benefício, o número de diabéticos é cada vez maior, bem como os custos do seu tratamento e as graves consequências sociais que envolve.

Deste modo, encontra-mos uma confluência com os programas da gestão da doença, que geralmente são implementados para doenças de elevada prevalência, ou doenças complexas associadas a uma significativa variação na prática clínica, ou com custos elevados, tal como a diabetes.

As doenças seleccionadas para programa da gestão da doença devem ter disponíveis intervenções efectivas e possuir um elevado potencial para tratamento, autogestão e modificações comportamentais conducentes à melhoria dos resultados.

Pensamos que é unânime considerar-se a pessoa como uma preocupação central dos serviços de saúde, e que esta deve ser responsável pela correcta utilização dos mesmos.

Do ponto de vista global, a actual organização do Sistema Nacional de Saúde parece não ser capaz de dar resposta eficiente e eficaz, integrada de acordo com as necessidades das pessoas com diabetes.

É deste teor e da reflexão pessoal sobre toda esta temática, assim como o gosto, motivação e interesse pela melhoria nos cuidados prestados à pessoa com doença crónica, nomeadamente com diabetes, que emerge a questão que deu o ponto de partida para a realização desta investigação, e que incide sobre os cuidados de saúde praticados pelos médicos e enfermeiros, tendo como alvo a pessoa com diabetes enquanto doença crónica.

- **De que modo é que as práticas, médicas e de enfermagem, se enquadram nos princípios do conceito da Gestão da Doença?**

Tendo em conta a questão orientadora, os objectivos traçados para a realização do estudo são:

Como **objectivos gerais**:

- Proceder a uma caracterização do estado actual das práticas médicas e de enfermagem relacionadas com a prestação de cuidados de saúde à pessoa com doença crónica – diabetes – e;
- Determinar se os cuidados crónicos, praticados ao nível dos cuidados de saúde primários, incorporam e acompanham as recomendações preconizadas na abordagem desta doença crónica.

A prossecução deste objectivo passa pela avaliação abrangente da estrutura, dos prestadores e do processo, subjacentes às práticas de cuidados de saúde na abordagem das doenças crónicas efectuada pelos Centros de Saúde, que integram a rede de cuidados de saúde do Sistema Nacional de Saúde, tendo como linha orientadora dessa avaliação, a base de conhecimentos e os princípios teóricos da gestão da doença, consubstanciados num modelo de cuidados crónicos, que constitui o quadro de referência conceptual que orienta o presente estudo.

Tem como **objectivo específico**:

- Verificar até que ponto a introdução da gestão da doença pode ser encarada como instrumento prático de integração efectiva no sistema de cuidados crónicos.

Para satisfazer estes objectivos há que procurar obter respostas plausíveis para as **seguintes questões**:

1. Dispõem os Centros de Saúde da Unidade E de uma organização de prestação de serviços para gerir com efectividade as pessoas com diabetes?
2. A gestão da estrutura e dos processos actuais dos cuidados médicos e de enfermagem orientam-se para a satisfação das necessidades específicas das pessoas com diabetes?
3. Como estão os Centros de Saúde da Unidade E a responder às necessidades das pessoas com diabetes que recorrem aos seus serviços?

4. Em que áreas da prestação dos cuidados crónicos (cuidados à pessoa com diabetes) se apuram níveis mais reduzidos de desempenho dos Centros de Saúde?
5. Os Centros de Saúde da Unidade E comportam-se ou não como um sistema fragmentado? Pode a gestão da doença intervir como instrumento para reduzir esta fragmentação?
6. Com base nos resultados do estudo, quais os principais obstáculos à introdução e implementação da gestão da doença nos Centros de Saúde na Unidade E?

Relativamente à estratégia metodológica, parece-nos, que, de acordo com a problemática e os objectivos que se pretendem atingir, o estudo é transversal e tem características de natureza exploratório-descritivo, não intervencionista, com recurso a dados quantitativos. Sendo que no contexto em que este decorreu, nunca se efectuou uma investigação que explorasse este objecto de estudo.

Utilizámos como instrumento de recolha de dados um questionário estruturado, já existente e validado. Este questionário caracteriza-se por incorporar, de forma inovadora, um domínio de conteúdos abrangentes, baseado na evidência e nos princípios da teoria da gestão da doença, sobre as áreas e componentes da estrutura e dos processos organizacionais que são considerados efectivos no âmbito dos cuidados crónicos. A efectividade dessas intervenções é medida pelo menor número na procura dos serviços de urgência e de internamentos e pela melhor qualidade de vida para as pessoas com diabetes.

O instrumento de recolha de dados utilizado é parte integrante de um modelo integrado de cuidados crónicos, conhecido por CCM (*Chronic Care Model*), também desenvolvido segundo os princípios e a teoria da gestão da doença.

Este questionário resultou da versão portuguesa, adaptada por Guerra, de um outro relativo ao ACIC (*Assessment of Chronic Illness Care*), um modelo integrado de cuidados crónicos.

A selecção da amostra baseou-se em critérios de amostragem não probabilística por conveniência, ou seja, são critérios de inclusão na amostra médicos e enfermeiros que na sua prática prestem cuidados à pessoa com diabetes, no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Na nossa percepção, existe inefectividade das intervenções nos cuidados crónicos face às orientações preconizadas, quer ao nível da utilização dos recursos institucionais, quer ao nível do desempenho dos profissionais, quer ainda, e em consequência destas razões, ao nível da precária e ineficiente avaliação de resultados clínicos, económicos e humanísticos. Como tudo isto é necessário, este novo modelo centrado na pessoa com doença crónica, numa base proactiva e populacional, e que tem por base a filosofia e os princípios da gestão

da doença OMS (2001) é seguramente uma mais valia, tanto para os profissionais, enquanto cuidadores, como para as pessoas, enquanto cuidadas.

A dissertação apresenta-se dividida em três partes distintas. A primeira parte pretende efectuar a revisão bibliográfica que sustenta a justificação da realização deste estudo e está estruturada em três capítulos. O interesse do tema prende-se, assim, com a crescente importância epidemiológica das doenças crónicas e do seu impacto nos custos da saúde.

No primeiro capítulo, é dado ênfase à estrutura da organização e funcionamento da prestação de cuidados aos diabéticos, nos diferentes níveis de prestação de cuidados.

O segundo e terceiro capítulos enquadram a diabetes enquanto doença crónica, referem dados epidemiológicos, abordam as consequências decorrentes da patologia e as principais estratégias de intervenção ao nível da gestão da doença.

Aborda ainda a importância crescente que as doenças crónicas têm assumido no panorama da saúde a nível mundial e as suas implicações na capacidade de resposta a nível das organizações de saúde.

O terceiro capítulo encerra a primeira parte enquadrando teoricamente esta temática.

A segunda parte engloba todos os procedimentos e conteúdos inerentes ao estudo empírico baseado na *praxis* e está dividida em dois capítulos. O primeiro capítulo desta parte, que corresponde ao quarto na dissertação, pretende não só, fazer referência às opções metodológicas, assim como dar a conhecer a caracterização da Unidade E, um conjunto de seis Centros de Saúde onde foi desenvolvido o presente estudo.

O quinto capítulo abarca todas as questões metodológicas, desde a problemática aos procedimentos de investigação. Neste capítulo, são ainda apresentados, interpretados e discutidos os resultados encontrados na realização deste estudo.

Na terceira parte, o sexto capítulo, servirá para tecermos algumas considerações que consideramos importantes para sistematizar os resultados encontrados e dessa forma concluir o estudo.

O percurso efectuado nesta investigação terminará com a apresentação da bibliografia, de um glossário e dos anexos, que consideramos importante incluir para melhor se compreender a investigação efectuada, assim como os documentos referentes ao pedido de autorização para aplicar o questionário, o respectivo pedido para a realização do trabalho, o próprio questionário, instrumento utilizado para a recolha de dados.

Na linha de interesse desta investigação, julgamos que a presente dissertação poderá contribuir para o conhecimento da gestão das doenças crónicas, mais especificamente neste conjunto de Centros de Saúde da Unidade E.

De tudo quanto foi dito, pode-se constatar que a perspectiva holística da gestão da saúde e doença longe de constituir uma mera utopia ou filosofia, não só se enquadra na sociedade e perspectiva de saúde actual, mas também nelas vai encontrar os meios necessários e adequados para o seu desenvolvimento. A saúde passa imperiosamente por uma abordagem individual, social, cultural e ambiental. Não podemos persistir em separar o presente do futuro, tanto em termos individuais como colectivos.

Numa sociedade em que as doenças crónicas aumentam de peso e em que o nível de despesa cresce mais do que a riqueza produzida, parece apropriado a pertinência deste trabalho, como serviço prestado à comunidade e à elevação da saúde dos cidadãos.

Temos como desejo que a realização deste trabalho traga alguns contributos para se conhecer melhor o fenómeno na população estudada e que, acima de tudo, seja um contributo para melhorar os cuidados prestados às pessoas com doença crónica – diabetes - na Unidade E, alargando a base e as perspectivas de discussão e análise dos cuidados crónicos e da gestão da doença e podendo vir a contribuir para uma mudança de atitude na forma de encarar e planear os cuidados crónicos efectivamente praticados, no âmbito dos cuidados de saúde primários.

I PARTE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – ESTRUTURA DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AOS DIABÉTICOS

“Sê a mudança que gostarias de criar.”

M. Ghandi

1.1 – Os Cuidados de Saúde Primários

Compete aos profissionais de saúde, investir nesta área, efectuando escolhas e adaptando a sua intervenção às necessidades daqueles que são o seu alvo de atenção, os clientes do sistema de saúde, as pessoas.

As dinâmicas que sucedem no campo da saúde ligam-se com uma multiplicidade de factores e variáveis que agem e interagem ao mesmo tempo. Cosme (2004)

O ser médico ou enfermeiro, assim como, a estrutura dos cuidados de saúde primários, têm evoluído ao longo dos tempos. Todavia é uma caminhada lenta e com resistências significativas.

Os cuidados de saúde implicam assim, uma abordagem holística da pessoa, e têm como foco de atenção o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida. A partir deste diagnóstico torna-se viável a produção e execução de cuidados profissionais e personalizados em parceria com a pessoa. Permite a identificação das necessidades de cuidados em saúde, a prescrição de intervenções e a monitorização de resultados. (Paiva e Silva, 2001 e 2005).

Pretende-se que os cuidados de saúde visem a promoção de estilos de vida saudáveis, tendo como referência o ambiente em que a pessoa está inserida, o respeito pelas suas capacidades, pelo seu quadro de valores e crenças, e de acordo com os desejos individuais.

A nível dos cuidados de saúde primários, o conceito que se entende por cuidados de enfermagem, está de acordo com o que diz Correia et al (2001): a enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação, dos cuidados prestados aos indivíduos famílias e grupos, que constituem uma determinada comunidade. A enfermagem comunitária deve respeitar e

encorajar a independência e o direito dos indivíduos e famílias, a tomarem as suas decisões e a assumi-las.

Em qualquer sector, a nível dos serviços de saúde, é fundamental o trabalho de equipa, e por este motivo o exercício profissional dos enfermeiros e médicos insere-se num contexto de actuação multiprofissional. (Ganito, 2002; OE, 2003; Paiva e Silva, 2005).

A Direcção Geral de Saúde e a Sociedade Portuguesa de Diabetologia em 1998 no programa de controlo da diabetes, referia-se à equipa de saúde como, o conjunto de profissionais com um quadro-referência de valores e objectivos comuns, num sistema de organização de cuidados de saúde, dependendo o rendimento de cada profissional do seu relacionamento com os restantes. Nesta equipa deve estar também incluído, a pessoa com diabetes e a sua família. O trabalho de equipa é particularmente importante no caso da diabetes, devido à sua elevada prevalência, à forma insidiosa como progride, às graves complicações que acarreta, e ao facto de o diagnóstico ser muitas vezes feito tardiamente e de forma ocasional. Pelos motivos apresentados, é fundamental uma actuação conjugada e integrada dos diversos elementos que constituem a equipa de saúde.

Charondièrre (2007, p. 39), reforça este sentimento em relação aos cuidados de saúde primários, "(...) *existem problemas de subdiagnóstico, tratamento incorrecto, que precisam de ser corrigidos.*"

Vários trabalhos têm demonstrado a importância que o trabalho de equipa tem nos cuidados aos diabéticos. (DGS, 1998; WHO, 2002; WHO, 2003).

A prática médica e de enfermagem deve também ser complementar à dos outros profissionais de saúde, e parceiros comunitários.

O envelhecimento da população, e proporcionalmente a diminuição da população jovem, com o conseqüente aumento das necessidades e de procura de cuidados de saúde e concomitantemente a diminuição da população cuidadora tanto formal (profissionais de saúde), como informal (familiares e agentes da comunidade) é um fenómeno com um enorme impacto sobre o sistema de saúde no seu todo.

Os grupos que mais necessitam de apoio e educação, são aqueles que apresentam doenças crónicas, onde se inclui a diabetes. É importante, que se ajude o indivíduo a adaptar-se à sua doença, cooperar com a terapêutica, e aprender a resolver os seus problemas, quando se defrontam com situações menos comuns.

A promoção da gestão eficaz da doença, engloba todos estes aspectos, e deve ser analisada sobre uma perspectiva holística, já que estão envolvidos factores de ordem política, social e psicológicos.

Para que a satisfação das pessoas, seja uma realidade, é fundamental ter em atenção a relação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa. A qualidade da relação estabelecida, influencia a aceitação e cumprimento por parte destas dos cuidados de saúde que lhe foram prestados. Heesben (2001), aponta como componentes essenciais a um cuidar de qualidade: o acolhimento; o ouvir; a disponibilidade; e a criatividade dos profissionais, associada aos seus conhecimentos científicos.

Também Williams et al (2000), revelam no seu estudo que, quando os profissionais dos cuidados de saúde primários estabelecem uma relação centrada na pessoa, em vez de uma abordagem centrada nos profissionais, a satisfação com os cuidados recebidos é maior, a adesão aos tratamentos e a manutenção dos novos comportamentos adoptados, faz-se com maior eficácia. Estes resultados traduzem-se numa melhoria do estado físico e psicológico dos indivíduos.

De acordo com o que Charondière (2007, p. 39), aponta, "*Os cuidados de saúde primários a nível nacional e internacional estão em mudança.*" Como tal, segundo o mesmo autor, deverá haver uma preocupação constante no acompanhamento desta evolução, através de uma intervenção atempada sobre estas tendências e mudanças, facilitando a adaptação do sistema, tornando-o pró-activo e não meramente reactivo.

Relembrando Biscaia (2007, p. 42), este autor refere que, "*A actual reforma dos cuidados de saúde primários, tem como finalidade a melhoria dos cuidados de saúde, tornando-os mais centrados no cidadão, acessíveis e eficientes, tendo sempre presente a necessidade de melhorar a satisfação de profissionais e cidadãos.*"

Acreditando neste enfoque, as estratégias definidas em termos de política de saúde passarão por dar resposta a cidadãos cada vez mais exigentes e conscientes dos seus direitos.

Contudo se nos reportarmos, à Lei de Bases da Saúde, na sua Base XII, que se reporta aos níveis de cuidados de saúde encontramos bem explícito que: "*O sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades.*" Em relação à diabetes, enquanto doença crónica, esta, obriga ao desenvolvimento de acções de promoção da saúde e prevenção dirigida não só ao indivíduo como à comunidade.

Segundo, Santos e Biscaia (2007), a imagem feita do Centro de Saúde é nitidamente resultante do tipo de relação que se estabelece com os profissionais de saúde. O factor humano é de extrema importância para a determinação da satisfação ou insatisfação quanto ao exercício presente dos Centros de Saúde.

Os cuidados de saúde primários, serão o que os profissionais quiserem que sejam, tanto em qualidade assistencial, como em acessibilidade. O trabalho em equipa fará toda a diferença.

1.2 – Os Cuidados de Saúde Secundários

O aumento constante e progressivo dos gastos em cuidados de saúde, e o facto dos recursos financeiros disponibilizados não chegarem para tudo nem para todos, agravando-se no caso da pessoa com doença crónica, faz repensar a forma de referenciar no âmbito da saúde.

O processo de referenciação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde secundários é de grande interesse para as pessoas doentes e profissionais de saúde, devido a aspectos relacionados com a qualidade e celeridade dos cuidados prestados, assim como aspectos relativos a questões económicas.

Tal como nos é referido, pela Lei de Bases da Saúde, Base XIII, em relação aos níveis de cuidados de saúde, diz esta que, *“Deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica sobre os utentes.”*

A referenciação é uma necessidade permanente da equipa. Esta é efectuada sempre que um profissional recorre em nome da pessoa com doença, a recursos que estão fora da sua competência, quer seja dentro, ou fora do Centro de Saúde.

Todavia, segundo o estudo desenvolvido por Santos (2007), em relação aos Centros de Saúde em Portugal, este apresenta-nos resultados em que foi claro que a articulação entre os Centros de Saúde e os hospitais é sentida pelas pessoas como uma séria dificuldade, no modo de gestão dos seus problemas de saúde.

A equipa que está ao nível dos cuidados de saúde primários é, na grande maioria das situações, o primeiro contacto da pessoa com o sistema de saúde, assumindo um papel primordial na avaliação inicial da situação clínica, na abordagem da maior parte dos motivos de consulta e, ainda, na referenciação para os cuidados de saúde secundários se disso houver necessidade.

Segundo Sousa (2006), existem diversas razões para referenciar pessoas para cuidados secundários, as pessoas podem ser referenciadas para diagnóstico, para investigação complementar específica, para simplesmente partilha de informação, ou para uma eventual terapêutica.

Referenciações, consultas e internamentos desnecessários devem ser evitados, eles são dispendiosos para o Sistema Nacional de Saúde, criam desconforto e ansiedade.

Uma das razões das equipas multiprofissionais no âmbito dos cuidados de saúde primários, é sem dúvida a continuidade da prestação de cuidados de saúde ao longo da vida da pessoa com doença crónica, nomeadamente com diabetes, que não só permite uma maior humanização dos serviços, como é fundamental para uma boa gestão de recursos ao nível do Sistema Nacional de Saúde.

Nesta óptica, a comunicação entre os cuidados de saúde primários e secundários, assume uma posição de destaque, visto que, sem ela, a própria continuidade da prestação dos cuidados de saúde ficará de todo comprometida.

Todo o processo de referenciação da pessoa com doença crónica para os cuidados secundários, e as respostas obtidas por outros profissionais, constitui um importante indicador da existência da intervenção multidisciplinar, e da própria eficiência de funcionamento de qualquer serviço de saúde.

Segundo Barreiro (2005), reportando-se ao maior estudo realizado no âmbito da articulação de níveis e cuidados, que envolveu vários países da Europa, Portugal apresentou resultados do ano de 1990, que revelaram grandes dificuldades de comunicação. Entre muitos, um dos factores que contribuiu para essa má articulação foi a ineficácia na rede de comunicação.

Noutros países com melhores resultados, essa rede de comunicação estava formalmente estabelecida, com apoio administrativo apenas vocacionado para essa função, e existia correio interno entre cuidados de saúde primários e secundários. Nestes países a multidisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde está institucionalizada, e a pessoa com doença não é a responsável pelo transporte da informação clínica, ou outra.

Num estudo realizado por Barreiro (2005), onde aborda a questão da referenciação e comunicação entre cuidados primários e secundários, aponta que o contacto telefónico (institucionalizado) entre cuidados primários e secundários, seria uma possibilidade a considerar. Isto porque, muitas vezes as referenciações traduzem dúvidas sobre a orientação clínica a tomar e não necessitam da observação directa da pessoa, pelo que o contacto directo entre os vários elementos da equipa de saúde reduziria o número de referenciações, diminuiria o tempo de espera e aumentaria as informações de retorno.

Todavia, Sousa (2006), refere que a forma tradicional mais divulgada de envio de uma pessoa a cuidados secundários é a carta de referência. O telefone, o fax, e *e-mail*, ou até mesmo o contacto directo são muito menos utilizados. Este autor, defende que é importante utilizar uma forma escrita, por permitir conservar um registo da informação que possa ser revisto posteriormente.

Acrescenta ainda que, é frequente as equipas dos dois níveis de cuidados queixarem-se mutuamente da má qualidade da informação contida na correspondência que trocam entre eles, tanto das cartas de referência, como da informação de retorno. Considera-se que há demora considerável nas respostas, há solicitações sem resposta, e há mesmo extravio de pedidos de consulta.

Da nossa experiência constatamos que frequentemente sucede situações do teor descrito. Considera-se que para melhorar os cuidados de saúde prestados à pessoa com diabetes, se deve investir, sem dúvida, numa melhor articulação entre cuidados de saúde primários e secundários. Não são claras as medidas que podem conduzir os dois grupos profissionais envolvidos no processo, a melhorar a qualidade da comunicação técnica profissional.

Santos e Biscaia (2007), referem que é consensual que os cuidados de saúde primários, para serem mais eficientes, têm de agir em rede, constituindo parcerias com as outras instituições, tendo sempre a pessoa como o centro da gestão de cuidados.

Há necessidade de sistemas de informação efectivos que acautelem uma articulação mais eficiente entre todos os elementos da equipa bem como entre os centros de saúde e outras instituições de saúde.

O processo segundo o qual as pessoas são referenciadas poderia ser francamente melhorado. Há pessoas referenciadas de forma inapropriada, não sendo enviadas quando deviam, ou referenciadas sem indicação e por vezes portadoras de exames desnecessários ou desajustados.

Quando este processo é efectuado de forma apropriada, de acordo com o descrito por Ponte et al (2006), representa um mecanismo eficiente na prestação de cuidados continuados de saúde, e permite fazer uma melhor gestão das listas de espera, de modo a que não sejam sobrepostos nem duplicados os cuidados prestados e, ao mesmo tempo, seja transferida e partilhada a responsabilidade entre os vários intervenientes. A descontinuidade de cuidados entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde secundários gera uma utilização ineficiente dos recursos.

De acordo com Ponte et al (2006), consideram que as diversas fontes de registos relativas às referências consultadas, não demonstram credibilidade. O rigor do registo e a confrontação dos dados das várias entidades envolvidas no processo de referência, são importantes para tornar possível a avaliação do mesmo, e identificar os aspectos a aperfeiçoar. A informatização dos sistemas de saúde será um passo determinante para melhorar a comunicação entre os diferentes níveis, permitindo a comunicação em rede.

É sem dúvida, fundamental investir no aperfeiçoamento da carta de referência e informação de retorno. Nesta perspectiva, seria ideal ter acesso directo a protocolos de

referenciação e envio por correio electrónico dessas mesmas cartas. Este aspecto permitiria uma troca de informação em tempo útil e uma maior fluidez nessa mesma comunicação.

Assim, poderemos fazer referência, tal como Simões (2004) fez, os cuidados de saúde primários representados pelos centros de saúde, podem ser considerados como a chave para a utilização mais eficiente e mais justa dos recursos disponíveis para a saúde. A decisão da avaliação sistemática dos resultados obtidos permitirá o progressivo aperfeiçoamento de todo o processo.

A eficácia de um sistema de informação, contribuiria sem dúvida para que o fluxo de informação necessário, quer para uma articulação efectiva entre os prestadores de cuidados, quer para a tomada de decisões mais eficientes a nível individual ou mesmo até ao nível da comunidade.

1.3 – Os Cuidados de Saúde Terciários

O aumento da longevidade e das doenças crónicas têm tido impacto crescente na organização do sistema de saúde e nos recursos especificamente destinados aos doentes crónicos.

Considerando os Cuidados de Saúde Terciários, os hospitais especializados, os cuidados e/ou tratamentos muito específicos, os profissionais, médicos e enfermeiros integrados numa equipa multiprofissional são encarados como peritos que ajudam a lidar com a doença crónica, mais especificamente com as complicações tardias, consequência da Diabetes.

De acordo com Carrasco (2007), ainda encontramos patente nos serviços e saúde uma deficiente capacidade de organização e articulação entre os diferentes intervenientes. Isto é, sente-se que ainda permanecem obstáculos entre os vários níveis de prestação de cuidados. Este autor reforça, existe um hiato muito marcado entre os órgãos de planeamento e os profissionais que trabalham no terreno. Por tudo isto e muito mais, o papel da gestão da doença é fundamental na abordagem da diabetes, enquanto doença crónica.

As equipas multiprofissionais devidamente preparadas devem ser capazes de responder às necessidades da pessoa com diabetes e promover o seu auto-cuidado.

De um estudo realizado por Carrasco (2007), este, reconhece que os diabéticos estão mais informados, mais conscientes da sua doença, mais envolvidos no seu auto-cuidado, no entanto, a sua co-reponsabilização ainda é relativamente baixa.

A diabetes é uma doença que implica um apoio incondicional e duradouro, e a qualidade de vida das pessoas depende da qualidade dos cuidados que lhe são prestados.

Em relação a esta temática encontramos descrito por, Loureiro (2005), que muitas das situações que chegam ao hospital em estadios avançados, são motivadas por défice na organização/gestão dos cuidados de saúde. Será então, possível reduzir o número de situações não controladas e exacerbadas, se modificarmos a forma de gerir esta doença.

Deste modo ficam os centros especializados em diabetologia para uma minoria de diabéticos. Aqueles em que de facto subsistem os problemas, apesar das múltiplas intervenções tanto ao nível primário como secundário.

CAPÍTULO 2 – A DIABETES

*“Tudo aquilo que buscas, encontras;
Aquilo em que te esforças, floresce.”*

Louise Hart

Com este capítulo pretende-se chamar a atenção para o ónus que a diabetes, tem a nível mundial, conduzindo a sérias sequelas físicas, psicológicas e sociais.

O capítulo afigura-se dividido em três sub-capítulos: O primeiro patenteia as alterações que têm estado no centro de atenção com o aumento de incidência desta patologia, e aspira transmitir o que a bibliografia apresenta relativamente às implicações que a diabetes, tem a nível mundial, assim como em Portugal. O segundo pretende descrever a intervenção ao nível da pessoa com diabetes. O terceiro sub-capítulo, de uma forma sucinta, ambiciona descrever a importância da abordagem da diabetes, no âmbito da gestão da doença.

A gestão da doença assume um papel de particular importância nas pessoas portadoras de doenças crónicas, constituindo a ausência da mesma um grave problema de saúde pública, com enormes repercussões na incidência e prevalência de inúmeras patologias. O problema da inexistência de programas de gestão de doença, num sistema de saúde que se queira moderno e eficaz, traduz-se também na dificuldade de encontrar indicadores de avaliação da qualidade.

(Bugalho e Carneiro, 2004; WHO, 2002; IDF, 2007; OCDE, 1994), referem, de acordo com vários estudos, que se prevê que o impacto económico mundial das doenças crónicas persista em aumentar até 2020, altura em que equivalerá a 65% das despesas para a saúde em todo o mundo.

Como exemplo, apontam os mesmos autores, que 6 a 20% das pessoas com doença crónica, não aviam as prescrições médicas e que 30 a 40% não cumprem o esquema proposto. Estas atitudes comportamentais são de todo, reflexo desta ausência de programas de gestão da doença. Claro que estes indicadores, apesar de inquietantes, não circunscrevem a totalidade do problema, subsistindo uma grande incerteza em relação à dimensão real do mesmo. Desta forma a gestão da doença, e a sua repercussão favorável na saúde das pessoas, deverá ser um objectivo primordial dos profissionais de saúde, pelo que o reconhecimento do problema e a promoção de *guidelines* consistentes, éticas e baseadas

na evidência, se torna fundamental, tanto na prática médica como na de enfermagem, por forma a contribuir para um sistema de saúde com suporte eficaz e adequado às solicitações. Devemos em conjunto, ter como propósito, invocar atenção para a indispensabilidade de se intervir rapidamente nesta problemática, e que, de acordo com a WHO (2003), constitui o grande desafio para todos neste novo século. Todos, tanto a equipa de saúde, como as pessoas utilizadoras do sistema de saúde.

2. – Aspectos epidemiológicos da Diabetes no Mundo

Contextualizando e reforçando esta temática, um problema crescente num sistema de saúde que se encontra de uma forma não estruturada, para dar resposta adequada às necessidades apresentadas por estas pessoas com doença crónica, é necessário ser pró-activo.

Segundo é descrito por Cardoso (2007), a Diabetes Mellitus atinge mais de 150 milhões de pessoas a nível mundial. Os dados epidemiológicos alvitram para um agravamento da prevalência nos próximos anos, quer nos países industrializados, quer nos que se encontram em desenvolvimento. O número total de diabéticos irá certamente, sofrer um acréscimo muito expressivo num futuro próximo, transpondo desta forma, para 366 milhões em 2030, segundo vários estudos, nomeadamente os dados da *International Diabetes Federation* (IDF, 2007; WHO, 2007).

Segundo Corrêa (2004, p. 6), "*Nas últimas décadas tem vindo a registar-se um aumento quase epidémico da prevalência da Diabetes Mellitus em todo o mundo, incluindo Portugal (...)*". Acrescenta que, "*Estima-se que existam hoje cerca de 200 milhões de diabéticos no mundo e este número deve aumentar para cerca de 350 milhões nos próximos vinte anos.*"

Ficamos a conhecer alguns dados que se reportam ao mundo, contudo Portugal não é diferente, e constatamos que acompanhamos este flagelo de uma forma impressionante.

Em Portugal, resultado de variados estudos epidemiológicos realizados, é possível caracterizar a prevalência da diabetes mellitus, e esta representa, uma situação de verdadeira epidemia. Em Portugal, estima-se que no ano 2000 existiam cerca de 506 000 pessoas com diabetes, e que em 2010, este número ascenderá a cerca de 532 000. Caldeira et al (2003)

Segundo Nabais (2004), na Europa dos 25, mais de 30 milhões de pessoas vive com diabetes. A diabetes atinge uma prevalência média de 7,5% nos Estados Membros. Calcula-

se que cerca de 50% das pessoas com diabetes não têm consciência da sua condição, o que as deixa expostas a riscos e dificuldades relacionadas com o controle ineficaz da sua doença. Nalguns países este número pode subir até aos 80%. Este baixo nível de conhecimento demonstra uma lacuna no diagnóstico sistemático entre os grupos de risco, e comprova que as políticas nacionais de saúde são muitas vezes desajustadas e ineficazes.

O mesmo autor cita, a diabetes tornou-se uma das principais causas de morte na Europa, e um crescente e desgovernado problema de saúde. Tem associado um risco 3 a 4 vezes maior de complicações cardiovasculares graves, e é, a causa mais habitual de enfarte agudo do miocárdio. É uma das principais causas de doença vascular periférica que eleva até cerca de 20 vezes o risco de amputação. A diabetes é também associada, a grande incidência de insuficiência renal e cegueira na Europa.

A qualidade de vida das pessoas com diabetes tem limitações significativas, que com acompanhamento adequado, é nossa forte convicção seriam amplamente minimizados.

As pessoas portadoras de diabetes têm uma probabilidade de vir a sofrer de uma amputação dos membros inferiores, 15 a 40 vezes superior à população em geral.

É patente que este pavoroso agravamento tem variadas causas, e as suas consequências são de enorme peso económico para os Sistemas de Saúde. Todavia, segundo Raposo (2008), não se pode culpabilizar apenas a pessoa com diabetes, pois evitar a diabetes enquanto doença crónica, tal como acontece com outras doenças, exige, isto é, tem de partir, sem dúvida, de toda a sociedade.

Existem actualmente melhores condições económicas e sociais, o prolongamento da esperança de vida e a diminuição da natalidade, levam à existência de uma maior densidade populacional na idade madura, avançada, sendo estes os grupos populacionais mais atingidos pela Diabetes.

Pode-se afirmar que há necessidade de agir imediatamente para que se consiga controlar uma doença que ameaça transformar-se aparentemente a curto prazo numa verdadeira catástrofe global, em termos de saúde pública.

Diz-nos Samuel (1997), que a maioria dos diabéticos tipo 2, são obesos, e por isso o fundamento da terapêutica para esse grupo de doentes é a perda de peso.

O rápido aumento do número de pessoas com diabetes, ultrapassará a capacidade de resposta dos sistemas de saúde, no caso de não serem tomadas medidas preventivas, adequadas às necessidades imperiosas das pessoas com esta doença crónica.

Pode-se considerar a diabetes actualmente uma epidemia global, com consequências humanitárias, sociais e económicas, devastadoras.

Para Caetano e Raposo (2008), é uma preocupação constante tudo o que se refere à terapêutica, assim como aos cuidados com o estilo de vida, para a pessoa com diabetes.

A inconsciência com que tem sido abordado este problema até ao momento, não poderá persistir, até porque as consequências começam a surgir e são muito graves. Não se podem protelar medidas sérias e activas, que assumem o todo que a condição de ter diabetes enquanto doença crónica acarreta.

Os mesmos autores reforçam que terá de haver forçosas mudanças sociais, caso contrário é inevitável que o combate à diabetes fique comprometido.

2.1 – O aumento das Doenças Crónicas e a sua implicação no panorama de Saúde Mundial e em Portugal

Entre as várias doenças crónicas, a Diabetes Mellitus é uma doença grave, e a sua prevalência tem vindo a aumentar em todo o mundo. Provavelmente uma calamidade do século XX, que prenuncia continuar neste novo século.

A baixa de natalidade, e o aumento da esperança de vida, contribuem para o envelhecimento da população.

Para contrariar os piores cenários, os governos devem começar a agir de imediato. A articulação entre os cuidados de saúde e a criação de políticas sociais adequadas são prioridades imediatas.

De acordo com dados do Governo Português (2006), quanto ao envelhecimento da população, e para melhor enquadrarmos o problema, recordamos que, em 2004, a nossa esperança média de vida à nascença se situava nos 74 anos para os homens e ultrapassava os 80 nas mulheres. Há 30 anos a esperança média de vida dos portugueses rondava os 60 anos para os homens e os 72 para as mulheres. Esta evolução, que constitui, em si, um enorme ganho em saúde em Portugal, conduziu, no entanto, ao aumento de pessoas idosas na nossa sociedade. Actualmente, a taxa da população com 65 ou mais anos ronda os 16,5%, o que corresponde a cerca de 1 600 000 pessoas. Um terço dos nossos distritos regista já uma taxa de envelhecimento que se aproxima dos 25%, particularmente nos do interior do País. Algumas freguesias rurais do interior têm taxas de envelhecimento que ultrapassam mesmo os 40%. A agravar este quadro, as previsões demográficas indicam que Portugal será em 2050 um dos países da UE com maior percentagem de idosos (32%), o que significa perto de 2,7 milhões de pessoas com 65 ou mais anos.

Passando, agora, para a mudança do perfil de patologias. Observa-se um grande número de entidades patológicas crónicas. Isto indica que, á semelhança do que se passa noutros países europeus, o número de pessoas idosas está a aumentar gradualmente no nosso país, o que vai impor a idealização de novas políticas, orientadas para uma população específica. É de sublinhar, que num contexto de aumento da longevidade, e da perda progressiva de autonomia, o grupo numeroso de pessoas com doença crónica, deve ter assegurado o direito de acesso a cuidados de saúde de qualidade, e não ser tratado de forma marginalizada, com prejuízo do seu bem estar e das suas famílias. Sempre que possível os dependentes, maioritariamente idosos, devem manter-se no meio familiar e o apoio que carecem deve estar organizado e nunca desfragmentado. Deve ser uma prioridade dos serviços de saúde na comunidade. A própria família da pessoa dependente deverá ser sempre alvo de cuidados e apoio estruturado. De acordo com as previsões, em 2025 o número de diabéticos terá crescido para mais do dobro, em África, no Mediterrâneo Oriental, Médio Oriente, e no Sudeste Asiático.

A probabilidade de uma pessoa portadora de diabetes precisar de hospitalização é três vezes superior à de quem não sofre desta condição.

Cada vez mais terá de haver respostas adequadas e em tempo útil, uma vez que tal como Charonnière (2008, p. 39), afirma, *“a duração das hospitalizações, por desenvolvimento tecnológico, contenção de custos e maior autonomização das pessoas, torna-se cada vez mais curta com regresso ao domicílio e necessidade de desenvolvimento dos cuidados na comunidade.”*

Actualmente, 5 a 10% do orçamento mundial de saúde é gasto com a diabetes. Em 2025, este valor poderá atingir os 40% nalguns países, se as actuais previsões de prevalência da diabetes se cumprirem.

Por isso descreve-se como dados epidemiológicos que, a diabetes mellitus tornou-se neste novo milénio, um problema à escala mundial, atingindo milhões de pessoas, considerando-se actualmente, *“ (...) a existência de uma epidemia global da diabetes”*. Duarte (2002a, p. 43) De acordo com o autor supramencionado, na Europa a diabetes é um grave e crescente problema de saúde, um problema de todas as idades e de todos os países. É causa de doenças continuadas, morte prematura e uma ameaça para pelo menos dez milhões de Europeus. Portugal é dos países da Comunidade Europeia que inscreve valores mais elevados para as taxas de mortalidade por Diabetes Mellitus. Caldeira et al (2003)

Duarte (2002a), pronuncia, que não é fácil estimar a prevalência real da diabetes, pois como é muitas vezes assintomática, o número de diabéticos conhecidos numa população pode não equivaler à prevalência total da doença. Muito dos dados conhecidos de prevalência real em

determinadas populações são assentes em rastreios populacionais, onde é habitual serem encontrados em grande número, diabéticos que até aí desconheciam ter a doença. É habitual considerar-se a prevalência da diabetes no grupo etário acima dos 25 anos, e o grande número de diabéticos não diagnosticados parece justificar a necessidade de um rastreio sistemático no sentido de um diagnóstico precoce, pelo menos nos grupos considerados de risco (familiares de diabéticos, obesos, sobretudo obesidade abdominal, hipertensos, entre outros).

Charondière (2008), ao escrever sobre cuidados de saúde primários, no que diz respeito ao contexto actual e tendências emergentes, alude que, actualmente somos confrontados quase diariamente por avanços científicos, que têm de ser transferidos para os diferentes níveis de cuidados de saúde primários, na prevenção (ex.: rastreios), assim como no tipo de cuidados (ex.: cuidados avançados no domicílio).

Dados epidemiológicos de diversas partes do mundo referem uma prevalência da diabetes tipo 2, de 3 a 10%, com uma incidência sempre em subida, o que se torna dramático.

No respeitante à mortalidade, em 2000 o número de óbitos por diabetes foi de 3 138, o que equivale a 3% dos óbitos registados em Portugal. A diabetes é a 4.^a causa de morte na maioria dos países desenvolvidos e a 5.^a causa de morte em Portugal, Ministério da Saúde (2003). No entanto, de acordo com Duarte (2002a), se as certidões de óbito fossem preenchidas com mais rigor, no que respeita às doenças antecedentes ao episódio fatal, provavelmente a diabetes seria uma das três principais causas de morte em paralelo com as doenças cardiovasculares e as neoplasias.

Lisboa e Pape (2004), referem que a situação a nível mundial é tão catastrófica que a WHO (2003), estima que morrem por ano devido a diabetes 3,2 milhões de pessoas. Verifica-se assim que uma em cada 20 mortes é atribuída à diabetes, ou seja, 8 700 mortes por dia ou 6 em cada minuto.

2.1.1 – Da Epidemia Infeciosa à Epidemia Comportamental

A partir de meados do Séc. XX, verifica-se o início de uma nova epidemia, designada epidemia comportamental. Constatou-se que as doenças que mais estavam a coadjuvar o incremento das taxas de mortalidade e morbidade, eram aquelas que se relacionam com os comportamentos desadequados pelas pessoas. Nasceu então, a necessidade de apontar um modelo de intervenção para dar solução às novas questões da saúde.

Há que participar mais a nível da promoção da saúde, através de uma abordagem holística, dada a complexidade do fenómeno em causa. Para se poder alcançar sucesso no campo da gestão da doença, é necessária uma intervenção dirigida a cada pessoa com doença crónica. Participando nesta mudança, terá de estar também envolvido o poder político, adoptando um papel primordial na percepção das necessidades e investindo na concepção de estruturas que permitam não só tratar as doenças, mas muito em especial preveni-las na promoção da saúde das populações. WHO (2003)

Correia (2007), reporta-se a esta temática, apontando que as grandes epidemias deixaram de ter a sua génese em agentes patogénicos, para terem no comportamento pessoal, no comportamento social, nos usos, costumes e nas interacções entre o comportamento e o meio ambiente.

A abordagem tradicional, tal como nos aponta Bugalho e Carneiro (2004), centralizada na análise comportamental e motivadora das pessoas, identificadas como a "*fonte do problema*", é domínio do passado. Ultimamente, a conduta e acções dos profissionais de saúde têm sido alvos de reformulação, para que se ofereça uma resposta integrada àquela pessoa com doença crónica.

Outras causas têm tido um papel importante e provocado a necessidade de modificar a atitude interventiva dos profissionais de saúde. Evidenciam-se assim, as modificações demográficas, resultado da inconstância social das pessoas e suas migrações, do envelhecimento da população, e da alteração da estrutura familiar convencional. Não podemos também descurar, o relevante desenvolvimento da medicina, dos meios complementares de diagnóstico e tratamento disponíveis, que em conjunto provocam uma mudança a nível da assistência prestada.

Segundo, Santos e Antunes (2008, p. 23), *"A evidência científica tem mostrado de forma sistemática que a satisfação está correlacionada com a taxa de uso de cuidados de saúde, com a efectividade do tratamento e com o estado de saúde."*

Todas estas variáveis têm fundamentado e consolidado a certeza que tem vindo a centralizar as discussões e inquietar os profissionais da saúde, que é o acréscimo das doenças crónicas, e as consequências que este facto causa na vida das pessoas e no funcionamento dos serviços de saúde.

Nunes (2007), reporta-se aos profissionais de saúde, como tendo estes uma oportunidade única no momento de consulta, para aplicar os conhecimentos técnicos, bem como utilizar o relacionamento com o outro, para transferir informação técnica, em linguagem que seja culturalmente adaptada ao entendimento da pessoa doente.

Na opinião de Moreira (2005), encontramos que, conquanto exista actualmente uma rede aceitável de Centros de Saúde, estes esgotam a sua intervenção, por não acudir em tempo útil, às necessidades das pessoas. O seu deficiente dimensionamento, a preponderância das unidades hospitalares, e a acessibilidade incerta, levam muitas vezes a elevadas despesas, que não se espelham em mais valias para as pessoas.

Não podemos descurar a importância de as pessoas necessitarem de estar informadas, motivadas e com apetência para o uso de estratégias cognitivas e comportamentais que lhes permitam gerir de forma eficaz e eficiente, as necessidades geradas pela doença. A intervenção activa da pessoa na promoção da sua saúde é encarada como um acto indispensável. O auxílio dos familiares e da comunidade em que estão incluídos é igualmente fundamental.

Neste rumo de entendimento, Flores (2004, p. 109), descreve, *"A gestão da doença é outra das áreas que, na actualidade, exige um processo de educação para a saúde. Os enfermeiros, inseridos em equipas multiprofissionais, podem contribuir, através desta abordagem, para prolongar e dignificar a vida dos doentes, promovendo a racionalização e a gestão dos recursos disponíveis e facilitando as aprendizagens necessárias aos processos de adaptação à doença crónica."*

Sendo a diabetes uma doença crónica com graves consequências físicas, psicológicas e sociais, deve ser encarada como um problema de saúde pública. Esta doença, deve merecer uma atenção redobrada por parte de todos os profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito à capacidade de envolver a pessoa com diabetes e toda a rede de prestadores.

2.2 – Intervenção na Diabetes enquanto Doença Crónica – Um Desígnio

De acordo com o que é descrito por Bugalho e Carneiro (2004), referente ao ano de 2001, foi estimado o peso global das patologias médicas crónicas, em 54% de todas as doenças (abarcando doenças infecciosas, tais como, a tuberculose e a infecção VIH/SIDA, as doenças mentais e outras patologias não infecciosas e não transmissíveis), prevendo-se que em 2020 esse valor se condense em 65% da população mundial, abraçando sobretudo as regiões do globo mais desfavorecidas, em termos económicos.

Para que se consiga dar uma resposta ajustada às pessoas com doença crónica, uma vez que os cuidados, e as organizações de saúde para este tipo de patologia diferem muito dos necessários para tratamento das doenças agudas, é necessário que os sistemas de saúde consigam reformar as suas políticas, e as suas estratégias de intervenção. O poder político, e as próprias pessoas doentes necessitam de se mentalizarem deste estado, adquirindo uma nova visão das necessidades de saúde.

De facto, as pessoas relacionam-se com o sistema do qual recebem cuidados, e por sua vez, as organizações de saúde e os recursos da comunidade respondem em função das políticas de saúde, que por sua vez, vão influenciar a saúde das pessoas. WHO (2002) Pode dizer-se que um sistema de saúde é eficiente e eficaz, quando estes três níveis trabalham em harmonia, manifestando-se em maiores ganhos em saúde. Quando os três níveis não estão em harmonia emanam desperdícios e as estruturas dos sistemas de saúde transformam-se em inoperantes. Infelizmente, nos dias de hoje ainda é usual observar que não existe consonância no que diz respeito aos cuidados prestados a nível das doenças crónicas.

Actualmente, são vários os problemas que existem na prestação de cuidados de saúde às pessoas com doença crónica. Por este fundamento, a WHO (2002) propõe que se analisem estes problemas sob três níveis, nomeadamente a nível micro (pessoa - onde se inclui a dificuldade de interacção com a pessoa com doença crónica), a nível intermédio (organizações de saúde e comunidade - em que as contrariedades estão relacionadas com as organizações de saúde e com as ligações que se estabelecem com a comunidade), e por último a nível macro (políticas - as políticas governamentais são basilares). Estes três níveis influenciam-se e interagem entre si de forma dinâmica.

Ao nível micro, que diz respeito à dificuldade de interacção com a pessoa, existem basicamente dois tipos de problemas: a falta de autonomia das pessoas para melhorar os resultados de saúde e a débil qualidade da relação entre o profissional de saúde e as pessoas. Estas têm que compreender que são as primeiras responsáveis pela sua saúde, que devem ser participantes activos neste processo, e os profissionais de saúde têm que aceitar, que a pessoa doente, também tem uma palavra a dizer, e que não deve ser um simples receptor dos cuidados que os outros consideram ser o melhor para si. Na verdade, os profissionais de saúde continuam ainda a ter muito fixado na sua prática o modelo biomédico, forçado muitas vezes pela própria organização dos serviços de saúde, que pelas suas características reducionistas não possibilita intervir e ver o fenómeno de mudança de comportamento de forma abrangente. Não é suficiente proporcionar informações sobre a doença e os comportamentos a eleger, servindo-se do modelo tradicional, ou paternalista, de interacção com a pessoa, modelo esse que pressupõe que são os profissionais de saúde que sabem aquilo que é melhor para a pessoa e que esta deve ficar agradecida por serem os profissionais de saúde a tomar as decisões por si. (Ribeiro, 2005a).

Ao nível intermédio verificam-se os problemas relacionados com as organizações de saúde e as suas relações com a própria comunidade.

Tendo em conta esta descrição, de acordo com a WHO (2002), compete às organizações de saúde dirigir a prestação de cuidados e avaliar a sua qualidade, bem como, aos profissionais proporcionarem cuidados adequados aos utentes com doença crónica.

Presentemente verificam-se algumas dificuldades, neste agrupamento de Centros de Saúde, constatados enquanto profissionais. Dificuldades estas, que se traduzem:

- na inépcia para organizar a prestação dos cuidados necessários nas doenças crónicas;
- na falta de formação dos profissionais de saúde nesta área;
- na não aplicação das evidências científicas para nortear os cuidados prestados;
- na lacuna a nível da prevenção;
- na não organização dos sistemas de informação e pobreza de articulação com os serviços da comunidade.

Ao nível macro, verificam-se os problemas relacionados com as políticas de saúde. De facto, muitos dos problemas relatados até aqui derivam da política instituída na maioria dos países. É ao nível macro, que são esboçadas as estratégias de intervenção para as pessoas portadoras de doença crónica.

É essencial directivas eficazes ao nível político, para que os serviços de saúde funcionem de forma coordenada e eficiente. A WHO (2002), verificou que a nível mundial são poucos os

países que propõem planos equilibrados de intervenção na gestão e na prevenção das várias patologias crónicas.

De acordo com a Lei de Bases da Saúde, na Base II, relativa à política de saúde, salienta entre vários aspectos na alínea e) que, *"A gestão dos recursos disponíveis deve ser conduzida por forma a obter deles o maior proveito socialmente útil e a evitar o desperdício e a utilização indevida dos serviços."*

Constata-se muitas vezes que as políticas e os projectos, preparados para o controlo das doenças crónicas não assentam em dados epidemiológicos actualizados, e que se baseiam somente numa intervenção biomédica. Estes planos, geralmente apenas preveligiam a contenção de gastos, numa óptica de tratamento dos problemas agudos, em vez de, valorizar e investir nos objectivos de saúde que a longo prazo trariam benefícios quer para as pessoas, quer para a economia dos países. Valorizam-se mais as intervenções que implicam fármacos e meios tecnológicos, em detrimento das que exigem pouca tecnologia, mas, em contrapartida um maior número de profissionais de saúde, e infra-estruturas aptas para o atendimento e educação das pessoas com doença crónica.

Verifica-se presentemente, que ainda não existe uma consciencialização séria por parte dos governantes, que a promoção da saúde pode ser um bom investimento para o futuro. A promoção da saúde e a prevenção da doença têm que ser vistas como investimento e não como despesa.

Tudo isto é reforçado com o que se encontra na já referida Lei de Bases da Saúde, na Base II, na alínea a), *"a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do estado"*.

Reportando ao que refere, Andrade (2003), este autor diz, para que cada pessoa tenha um projecto de saúde, compete-nos conseguir fazer chegar a informação, de todos os serviços que cada um pode utilizar, no entanto, é também marcante que a pessoa saiba utilizar correctamente o serviço e reconheça como incumbência a promoção de uma vida saudável.

Na mesma linha de pensamento, desta temática, consta na argumentação de Guerra (2003), que, a gestão da doença é um conceito presente que é frequentemente usado nos cuidados geridos, não devendo, contudo, equivocar-se, na medida em que aqueles visam apenas componentes dos cuidados e não a doença no seu todo. Este conceito disseminou-se velozmente devido à forte convicção de que os programas de gestão da doença diminuiriam a ineficiência dos cuidados e o uso inapropriado dos serviços. Ao contrário dos cuidados tradicionais prestados individualmente, salienta-se que, a gestão da doença é um modelo organizacional em que os elementos da equipa de cuidados de saúde actuam em conjunto, de uma forma coordenada, para melhorar os resultados em pessoas, com uma doença

crónica específica, devidamente diagnosticada. Sem esta conjuntura, continuará a haver desperdício na saúde, e dificuldade de acesso, com dignidade, compreensão, apoio e até mesmo humanização, faltarão as já referidas redes articuladas de cuidados.

De acordo com o estudo desenvolvido por Santos et al (2008, p. 227), em relação à satisfação dos utentes e dos profissionais, estes autores referem que as pessoas utilizadoras dos serviços de saúde, no âmbito dos cuidados de saúde primários, "*(...) revelam satisfação quando os médicos ou enfermeiros são pró-activos com a sua saúde, nomeadamente no que se refere à prevenção da doença e promoção da saúde.*"

Conforme, refere Soutelo (1986), este autor vem reforçar esta preocupação, considerando que cada pessoa é única e deve ser encarada e tratada como tal. As pessoas têm experiências na vida que são unicamente suas, que são distintas das vivências de outras. Não podem, nem devem de forma alguma, serem classificadas e tratadas tão-somente pelo nome da doença.

Encontramos descrito por Boavida (2004), que a pessoa conta as suas queixas objectivas, fundadas por um conjunto de sintomas e sinais que permitem ao médico com o seu conhecimento revelar um diagnóstico, e um tratamento. No tratamento das doenças agudas, num episódio de urgência, este modelo é perfeito e tem vindo a possibilitar uma sobrevivência cada vez maior da humanidade. Existe uma doença, é feito um diagnóstico e prescrita uma terapêutica. É a medicina de urgência, para dar resposta numa situação aguda, de uma intercorrência, de um acidente, é a medicina dita, hospitalar. Mas em relação à pessoa com doença crónica, existe todo um outro mundo de subsistemas que é forçoso ter em consideração. É o mundo psicossocial. Este mundo é formado pela pessoa, a relação com outras pessoas, a família, a profissão, a cultura, a nação (...) a biosfera. Ora as relações entre o mundo biomédico e o mundo psicossocial têm sido cedidos ao estudo das ciências humanas: a psicologia, a sociologia, a antropologia, a pedagogia ... e não têm sido inteiradas na actividade médica diária de acompanhamento da doença crónica.

A promoção da saúde e a prevenção da doença, assumem cada vez mais um papel fulcral nos cuidados de saúde primários, estando lentamente, a vertente da promoção da saúde a ser sobreposta à vertente curativa, por forma a alcançar uma melhoria na qualidade de vida das pessoas. Torna-se imperativo que os profissionais de saúde enveredem esforços conjuntos, no sentido de promover e manter a saúde da pessoa com doença crónica.

Está bem patente na descrição feita por Soutelo (1986, p. 29), que, "*(...) os principais objectivos de um programa de saúde, deveriam ser: informar, ensinar e demonstrar a cada pessoa a responsabilidade que lhe cabe, tanto na manutenção e promoção da sua saúde, como na saúde da comunidade – aprendendo para isso a detectar e modificar os factores*

que poderão estar a afectá-la (...) ou vir a afectá-la no futuro. Dizendo de outro modo, o seu objectivo é, ajudar a construir uma Qualidade de Vida'.

A consciência destas premissas é determinante para todo o desenvolvimento que se venha a realizar.

2.3 - Quadro empírico da abordagem da Diabetes Mellitus

A diabetes é uma doença crónica que pode causar consideráveis restrições físicas, emocionais e sociais, que podem modificar profundamente as várias dimensões da vida das pessoas. Neste contexto, a disponibilidade dos profissionais prestadores de cuidados de saúde, é fundamental como um factor capaz de mitigar a relação entre a doença e a qualidade de vida, pois há razões teóricas e empíricas para acreditar que esta disponibilidade decorrente do envolvimento dos profissionais com as pessoas com diabetes, contribui para o ajustamento e desenvolvimento pessoais, tendo também uma acção mediadora relativamente aos efeitos menos positivos que estas pessoas estão sujeitas.

2.3.1 – Implicações do aumento das Doenças Crónicas

De acordo com Couto e Camareiro (2002), o número de pessoas com doença crónica tem vindo a aumentar especialmente nos países industrializados. Por outro lado, o avanço, a adopção de estilos de vida menos saudáveis tem contribuído para o aumento de doenças como por exemplo a diabetes.

WHO (2003, p. 4), define doença crónica como:

“Diseases which one or more the following characteristics: they are permanent, leave residual disability, are caused by nonreversible pathological alteration, require special training of the patient for rehabilitation, or may be expected to require a long period of supervision, observation or care”.

As doenças crónicas caracterizam-se assim, por não terem cura e serem de longa duração, o que força as pessoas a aprenderem a gerir a sua doença que carece de cuidados contínuos. Cuidados estes planeados e praticados em colaboração com a equipa de profissionais de saúde, que acompanha este percurso para uma melhor qualidade de vida.

De acordo com a WHO (2002), as doenças crónicas têm em comum algumas características que são inquietantes:

- Estão a aumentar em todo o mundo e nenhum país está isento do embate económico e social ocasionado por estas;
- Representam uma séria preocupação e desafio para os actuais sistemas de saúde no que diz respeito à eficiência e efectividade e incitam à capacidade organizativa dos mesmos;
- Ocasionam sérias consequências económicas e sociais em todas as regiões e ameaçam os recursos de saúde em cada país;
- Só diminuirão quando os líderes dos governos, e da saúde em particular, proclamarem mudanças e inovações.

Com um sistema desfragmentado não é possível apostar numa estratégia de gestão da doença. A inexistência de uma adequada gestão, tem sérias implicações na forma como os profissionais organizam a sua prática.

Groves e Wagner (2005), evocam a importância que as doenças crónicas adoptam no quadro da saúde a nível mundial, sendo já vistas actualmente, como a principal causa de morte e de incapacidade em todo o mundo. Citam ainda dados da WHO (2003), que anunciam que as doenças de declaração não obrigatória, nomeadamente as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, presentemente são responsáveis por 59% dos 57 milhões de mortes que acontecem anualmente e por 46% da peso global de doença. Com este aumento impetuoso, prevê-se que no ano 2020, 80% do peso global de doença nos países em desenvolvimento resulta de problemas crónicos. Os países com baixos rendimentos são os que mais contribuem para o aumento das doenças crónicas, como exemplo, alvitram o caso da diabetes que terá aumentado 185% na Índia durante o período de 1995 - 2005.

De acordo com Bugalho e Carneiro (2004) é de crer que o choque económico a nível mundial das doenças crónicas vá continuar a crescer até 2020, altura em que figurará 65% das despesas da saúde em todo o mundo.

2.3.2 – Intervenção nas Doenças Crónicas – um Desafio para um Novo Século

O trabalho desenvolvido a nível mundial, para dar resposta às carências decorrentes do aumento das doenças crónicas, ainda está muito aquém daquilo que seria desejável.

Segundo a WHO (2002), os sistemas de saúde ainda não desfrutam de um plano de gestão, que dê solução aos problemas resultantes das doenças crónicas, vivendo ainda centrado na resolução de situações agudas, que exigem uma abordagem integralmente distinta das doenças crónicas. Por este razão, a Organização Mundial de Saúde produziu em 2002 um relatório, *Cuidados Inovadores para as Doenças Crónicas – Componentes estruturais de acção*, com a finalidade de despertar quem tem o poder de decisão, sobre a indispensabilidade de se inserirem mudanças na saúde que possibilitem encontrar soluções, que levem a uma gestão adequada dos problemas resultantes das patologias crónicas.

De acordo com Matos (2007, p. 22), aquando de uma entrevista com o professor Pádua, descreve que "(...) a saúde é importante demais para estar só na mão dos médicos, cada um tem que aprender a tomar conta da sua. (...) a doença ou a morte antes dos 80 é culpa do homem (...) portanto cada um de nós tem uma mão muito importante sobre a sua própria saúde, mas também precisa de aprender a fazê-lo."

É assustadora esta problemática se não intervirmos o mais atempadamente possível, com a finalidade de minorar os efeitos nefastos quer na pessoa em termos individuais, quer na sociedade em geral.

Valongo (1999), refere que, compete aos educadores em diabetes o investigar de conhecimentos, direccionar os programas de ensino, impulsionar a comunicação, eleger estratégias pedagógicas para que os diabéticos apreendam a ser auto-suficientes e responsáveis pela doença e por si mesmos. Acrescenta ainda que, os profissionais de saúde têm de ser responsáveis pela educação do diabético, informando, consciencializando e auxiliando, pois são eles os agentes de mudança na pessoa com diabetes.

O que se pretende é questionar o posicionamento dos médicos e enfermeiros, na sua prática actual, e verificar de que forma assistimos a pessoa com diabetes. A Diabetes é, na sua evolução clínica, com as disfunções múltiplas que a doença pode provocar, um bom exemplo de degradação gradual de diversos níveis de realização pessoal.

De acordo com Raposo (2007), reconhecemos que a consulta é um momento importante na gestão da doença crónica, e que o nosso papel enquanto profissionais de saúde passa também pela capacidade de tornar esse momento único e não uma rotina de repetição, falhando os objectivos. Devemos sentir que podemos e estamos a contribuir para obtenção de melhores resultados no tratamento das pessoas com doença crónica, proporcionando uma maior realização profissional.

A solução apoia-se principalmente nos cuidados de saúde primários, e os Centros de Saúde assumem um papel de destaque, no âmbito da prevenção e da promoção da saúde.

Se nos reportarmos ao modelo biomédico, assim como Melo (1999), faz referencia, relembramos que, este modelo, assim como todo este progresso biomédico, veio conduzir, a par do conhecimento pormenorizado de partes cada vez mais pequenas, a um inevitável questionar do conceito de doença e ainda a uma mudança da sociologia da medicina.

A sociedade e as mentalidades estão a evoluir e conseqüentemente vão mudar as necessidades e os motivos de procura de cuidados de saúde. A oferta destes cuidados deve ter capacidade de responder a essas mudanças e não persistir em que seja a procura a adaptar-se à oferta.

A gestão da doença, terá que ser centrada na pessoa, e ter uma cultura de excelência e de exigência responsável, tanto por parte dos profissionais como por parte dos utentes. Santos et al (2008)

CAPÍTULO 3 – A DOENÇA CRÓNICA – A DIABETES

“A felicidade da nossa vida depende da qualidade dos nossos pensamentos.”

Marcos Aurelios Antonius

Ao longo desta pesquisa, foi-se tornando cada vez mais evidente que todo este processo tem vários actores que são essenciais no decurso da mudança, e que não têm um exercício fácil pela frente.

Tal como Diniz (2004) afirma, a reforma da gestão tradicional em saúde, no sentido de uma gestão integrada, é uma mudança delicada, porque implica não só um novo modo de pensar em todos os agentes prestadores, assim como a todos os níveis do próprio sistema de saúde. Todavia este será certamente o caminho a percorrer no sentido da optimização dos custos.

Esta tarefa é tão problemática como majestosa e, porque provoca uma cultura diferente de gestão, e força a mudança de comportamentos, é demorada na sua consolidação e aplicação.

Os cuidados, à pessoa com Diabetes, dependem uma grande quantidade de recursos económicos, implicam a intervenção de parcerias definidas do ponto de vista da saúde, articuladas com muitos outros recursos da comunidade.

Acerca desta intervenção, Gallego (2004), confirma que se impõe uma intervenção integrada e organizada por parte de equipas multiprofissionais, que cruze todos os níveis de cuidados de saúde na comunidade, assim como de organizações de saúde, sem o que será difícil, senão impossível, obter os desejáveis ganhos em saúde, isto é, ganho em qualidade de vida, representados pela diminuição dos episódios de complicações agudas, e mesmo demora na instalação das complicações crónicas da diabetes.

A Diabetes é uma doença crónica progressiva com complicações graves e muito, mas muito dispendiosas.

3.1 – A evolução Histórica dos Cuidados de Saúde na Diabetes

A história explica, que foi na Grécia Antiga que a Diabetes foi primeiramente reconhecida, e desde logo, denominada como Diabetes. Assim, "(...) *Demétrio de Apamea deu-lhe o nome e Apolónio de Mênfis defeniou-a como uma doença do corpo como um aqueduto percorrido por abundante água entrada pela boca e saída como urina.*" Lisboa (2002, p. 1)

Hipócrates, o Pai da Medicina Antiga, ignorou a doença e só passado quatro séculos é que a diabetes foi definida numa transparente exposição feita por Areteo de Capadócia, no Séc. II D. C., que relata pela primeira vez a síndrome completa, articulando a polidipsia, a poliúria e o emagrecimento, "(...) *porque a carne e os membros se fundem e desfazem na urina.*" Lisboa (2002, p. 2)

O conhecimento científico sobre a diabetes foi progredindo e presentemente é definida como:

" (...) *um síndrome caracterizado por uma deficiente insulino secreção, relativa ou absoluta, a que se podem associar graus variáveis de insulino-resistência, resultando na hiperglicémia crónica e alterações do metabolismo dos lípidos e proteínas. A hiperglicémia crónica é o principal factor patogénico, responsável não só pelo quadro sintomático clássico (poliúria, polidipsia, perda de peso), como também, e ao longo do tempo, pela lesão dos tecidos e órgãos com conseqüente aparecimento das complicações tardias, sobretudo vasculares (Macro e Microangiopatia), que conferem a este síndrome alta mortalidade e morbilidade.*" Lisboa e Duarte (1997, p. 3)

A diabetes, é vista como, uma doença em expansão epidémica, sobretudo nos países em desenvolvimento e industrializados. Esta doença, compreende custos sociais e económicos elevados, associados com a crescente morbilidade e mortalidade, e também com as despesas inerentes a uma vigilância e terapêuticas crónicas. Os danos psico-fisiológicos relacionados com as complicações tardias não podem ser economicamente quantificados, no entanto, os valores gastos em saúde com esta doença, são actualmente muito elevados. Duarte (2002a)

De acordo com dados de 2005 do IGIF, relatados por Cruz (2005), em Portugal 10% do orçamento para a saúde é gasto com esta doença, a diabetes.

É primordial que se aposte num bom controlo metabólico da doença, tendo como propósito a prevenção das suas complicações tardias, porque os benefícios a longo prazo suplantam os custos económicos directos e imediatos das medidas necessárias.

Reportando-nos ao ano de 1995, ao abrigo da Declaração de St Vincent, da qual Portugal foi país subscritor em 1989, tal como Gallego (2004), In Infarmed, descreve, foi apresentado o Programa Nacional de Diabetes cujos objectivos eram reduzir as complicações da diabetes, traduzidas em ganhos em saúde, ganhos estes quer individuais quer na comunidade.

A diabetes é uma patologia heterogénea quanto à sua etiopatogenia, e por esta razão a sua classificação tem sofrido adaptações ao longo dos anos.

A classificação actual é decorrente do progresso científico e faz parte das normas do referido Programa Nacional de Controlo da Diabetes Mellitus (Direcção Geral de Saúde – DGS, 2000). Pina (2004), revela que as graves alterações nos hábitos de vida dos nossos jovens, resultante da escassez de exercício, concomitantemente com os inadequados hábitos alimentares está a desencadear um aumento da ocorrência da diabetes tipo 2 em adolescentes e jovens, quando esta tipologia era própria dos adultos normalmente a partir da meia idade.

Com o passar dos anos surgem uma sucessão de complicações da diabetes, responsáveis pela elevada morbilidade e mortalidade conhecidas.

O diagnóstico precoce, eficaz controlo metabólico, e a vigilância periódica, são as principais armas para prevenir ou atrasar o início e a evolução das complicações. (Correia e Boavida, 2001; Couto e Camarneiro, 2002).

Segundo a ADA (2003), nos diabéticos, a doença cardiovascular é a principal causa de mortalidade, e é também um contribuinte major para a morbilidade e para os custos directos e indirectos desta doença.

A única forma de acautelar a instalação de complicações, quer agudas quer crónicas, é conseguir que o diabético se mantenha controlado pelo maior tempo possível. Para isso, é relevante que se criem condições que permitam ao diabético ter a possibilidade de gerir a sua doença. O estabelecimento de um plano terapêutico adequado, bem como a motivação do diabético para o executar, são condições basilares e imprescindíveis.

Tanto a equipa prestadora de cuidados, como a pessoa com diabetes, têm ao seu alcance armas terapêuticas não farmacológicas, assim como farmacológicas, para atingir resultados satisfatórios.

Uma intervenção inicial de tratamento e controlo da diabetes tipo 2, deve centrar-se na mudança de estilos de vida, principalmente na adopção de um regime alimentar que tenha como fim atingir o peso ideal, que proporcione alimentação saudável e adequada nas

porções dos nutrientes básicos, e a manutenção de exercício físico aeróbico regular. Cruz (2005)

É fundamental que a adopção destas medidas seja mantida ao longo do tempo, no tratamento da diabetes tipo 2.

Não só de comportamentos se fala, também de outras intervenções. A cura da diabetes mellitus, continua até agora a ser uma incógnita, estando o objectivo do tratamento direccionado para a redução da hiperglicémia crónica, acautelando o bem-estar e integração familiar, assim como prevenir as múltiplas complicações da doença, agudas e tardias.

Por último e não menos importante, o auto controlo do diabético é a pedra basilar no tratamento desta doença, pois o plano terapêutico na diabetes nunca terá sucesso se não houver uma colaboração activa do paciente.

Anderson e Funnell (2002), referem que 98% dos cuidados que a diabetes necessita, são da responsabilidade do próprio diabético. Também, Sagreira (2002), diz que no diabético tipo 2 idoso, o objectivo do tratamento é aliviar sintomas, melhorando a sua qualidade de vida, e cooperando para um bem estar físico e psíquico, aceitando-se um equilíbrio metabólico suficiente para a prevenção de complicações.

Heisler (2005), sintetiza o que se pretende em termos de auto-cuidado e autogestão numa doença crónica, nomeadamente cumprir o plano terapêutico a nível da toma de medicamentos, alimentação, exercício e actividade regular, assim como integrar a vivência desta doença na rotina diária, encontrando estratégias para lidar com o medo, a angústia, a frustração e a depressão ocasionadas pela incerteza acerca da evolução da doença no futuro.

Em relação à responsabilidade dos profissionais e serviços de saúde, Bugalho e Carneiro (2004), referem que os sistemas de saúde são deficientes nesta sensível área, devido não só à insuficiente distribuição da medicação, como também à ausência de informação e educação dos profissionais de saúde, em relação a doenças crónicas específicas. O escasso tempo dispendido nas consultas, e a pouca disponibilidade dos profissionais para a continuidade nos cuidados à pessoa com diabetes, associados à falta de incentivos, condicionam a capacidade para avaliar o grau de adesão ao tratamento, e a sua repercussão nos indicadores de saúde, interferindo na gestão da doença e consequentemente nos custos. Segundo Boavida (2004), in Infarmed, do objectivo clássico de diagnóstico e terapêutica, tão importantes na doença aguda, é também necessário inserir nas doenças crónicas a compreensão global da pessoa doente, integrada no seu meio psicossocial. Aqui a doença é silenciosa, oculta, de longa duração. As queixas subjectivas das pessoas, as ideias preconcebidas, quer em relação à doença, quer em relação ao tratamento, a experiência

pessoal, os seus medos e expectativas, tornam-se aspectos essenciais nas doenças crónicas. Sem a compreensão global destes parâmetros não é possível atingir inteiramente os objectivos que almejamos. É a medicina do seguimento, do acompanhamento, da consulta ambulatória.

De acordo com Anderson (2006), o problema de não existir gestão da doença, a maioria das vezes não é culpa da pessoa com doença, nem dos próprios profissionais de saúde, mas sim do próprio sistema de saúde. Outro aspecto que tem enorme interesse na gestão correcta da doença, é a qualidade da relação estabelecida entre os profissionais e a pessoa com diabetes, designadamente o que diz respeito à comunicação e à satisfação com os cuidados prestados.

Segundo Boavida (2004), in Infarmed, as necessidades das pessoas com doença crónica, evidentemente passam para além de receber cuidados de qualidade, integram o poder exprimir as suas expectativas, e medos, e que os profissionais tenham em conta as suas manifestações. É essencial ser auxiliado no processo de aceitação da doença, obter os conhecimentos necessários para a sua gestão e ser autónomo, mantendo no entanto toda a colaboração com os prestadores de cuidados de saúde.

Para que estas necessidades sejam integradas na prática, quer dos médicos quer dos enfermeiros, é necessário partilhar o saber e a capacidade de fazer, de médicos e dos enfermeiros, com a pessoa necessitada. É forçoso passar do modelo clássico médico, e/ou enfermeiro activo, e doente passivo, para um modelo em que a pessoa seja também activa, e onde o médico e/ou enfermeiro propõem e em conjunto decidem. A relação médico e/ou enfermeiro com aquela pessoa, tem que tomar em consideração a realidade psicossocial, para além da realidade biomédica. A flexibilidade, adaptabilidade e continuidade são determinantes para a prestação dos cuidados às pessoas com doença crónica, num processo de autogestão.

Está demonstrada, a falha do sistema de saúde convencional de prestação de cuidados, na gestão da doença crónica, mais especificamente na diabetes.

Como solução para minimizar os problemas subsequentes da ineficácia dos serviços de saúde, e da dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com este aspecto, a WHO (2003) aponta como actividade fundamental, desenvolver a formação de profissionais de saúde competentes, para intervir sobre esta problemática, e sobretudo que se criem políticas que promovam o desenvolvimento de serviços de saúde, que dêem resposta não só aos episódios agudos, mas que vão de encontro à necessidade crescente de prestar cuidados a pessoas com doença crónica.

A acessibilidade aos serviços de saúde, a relação estabelecida com os profissionais e a própria organização dos serviços, mais ou menos direccionada para cuidar de pessoas com doença crónica é muito relevante neste contexto.

Esposito (1995), refere que os idosos são os maiores consumidores dos recursos e dos cuidados de saúde. Nos EUA, cerca de um terço das 1.5 biliões de prescrições médicas são direccionadas a pessoas com mais de 65 anos, e que 200 000 idosos são hospitalizados devido a reacções adversas à medicação ou à toma errada de medicamentos. Esta verdade, provoca que este grupo etário seja alvo de atenção redobrada no que diz respeito à implementação de medidas que desenvolvam a gestão da doença. É peremptório que os profissionais de saúde os saibam reconhecer, para que possam intervir de forma concertada. Grande parte das pessoas vive o seu dia-a-dia sem pensar na saúde, excepto quando tem algum sintoma de doença. De acordo com Silva (2004), verifica-se que apesar de na nossa sociedade, haver a consciência da importância da adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, não existe congruência sobre a forma como as pessoas discursam sobre a saúde, e os comportamentos efectivos na prática. Os comportamentos só se modificam quando a saúde se torna uma preocupação real, em que a pessoa se sente verdadeiramente ameaçada.

Em relação aos comportamentos de doença, Silva (2004), refere que o conceito de comportamento de doença reúne tudo o que diz respeito ao processo de compreensão e de reacção face à doença. Este conceito abrange ainda as acções que a pessoa desenvolve quando se confronta com a eventualidade de uma doença, nomeadamente processos de decisão sobre medidas a tomar, e as acções que realmente se efectivam, mas também o aprofundar de conhecimentos.

Zempléni (1994) e Ramos (2004) fazem referência a Good (1977; 1998), para mencionar que a ideia de doença ocidental compreende, pelo menos, três realidades diferentes: *disease, illness, sickness*. A compreensão destes três conceitos diferentes, permite-nos tomar consciência, de que alguma coisa não está bem no processo actual de avaliar e tratar a doença, principalmente se esta é crónica.

Também Silva (2004), aborda estes conceitos definindo *disease* como, "(...) a doença do médico", já que, o que está em causa é a doença em si, o processo que se passa no organismo, e que é diagnosticado, e curado pela medicina.

O conceito de *illness* refere-se à "(...) doença do doente", ou seja, ao mau estar que é percebido pelo próprio doente e pelos que o circundam. A noção de *sickness* é definida por Zempléni (1994) como a realidade sociocultural da doença.

A definição de doença, do ponto de vista global, é complexa e caracteriza-se pelo entrelaçar de três realidades, psicológica, biofísica e social. Todas as realidades são independentes, mas interagem entre si.

Podemos então concluir, que de acordo com a cultura, as crenças, os valores e as representações sociais, se processam os comportamentos que determinam os aspectos relacionados com a saúde e a doença. Ramos (2004, p. 297), reforça esta ideia salientando que, *“Os comportamentos, os objectos e os acontecimentos não podem ser apreendidos e compreendidos desintegrados de um contexto social e cultural, ou seja, desintegrados das formas de comunicação e de aprendizagem, das representações e das manifestações, através das quais são valorizados esses comportamentos, objectos e acontecimentos.”*

É reconhecido actualmente que os comportamentos que as pessoas adoptam no dia a dia, influem muito mais na sua saúde, do que as intervenções isoladas dos profissionais de saúde. De facto, o comportamento da pessoa, que deveria ser a base de trabalho para a intervenção dos profissionais nos cuidados de saúde em doenças crónicas, é muitas vezes menosprezado nos dias de hoje. WHO (2002)

3.2 – A Gestão da Doença

Quando se aborda o tema da Gestão da Doença, é imprescindível enquadrá-lo na cadeia de cuidados de saúde, isto de forma a apreender a sua complexidade.

No contexto presente dos cuidados de saúde na doença crónica, Armstrong (1998), é referido por Ribeiro (2004), para contar que, enquanto os profissionais no século XIX, tinham como preocupação central as questões relacionadas com o meio ambiente enquanto principal factor no aparecimento de grandes epidemias, como a tuberculose por exemplo, a partir de meados do século XX, essa inquietação passou para as consequências que o comportamento das pessoas têm enquanto elemento activo e decisivo no processo de adoecer ou de ser saudável.

Os comportamentos prejudiciais para a saúde conduziram como consequência, a um aumento exponencial das doenças crónicas. Este aumento levou à necessidade de se alterarem as áreas de intervenção a nível dos sistemas de saúde. No entanto, verifica-se que os cuidados de saúde prestados actualmente, não estão a dar uma resposta adaptada às necessidades desencadeadas pelas doenças crónicas.

De acordo com a WHO (2002), devido a uma má gestão das doenças crónicas, os encargos com a saúde são excessivos e o impacto dos problemas crónicos vão muito além dos gastos normais relacionados com os tratamentos médicos. Devemos ter em conta que:

- Doentes (e famílias) pagam os custos económicos mensuráveis, incluindo as despesas relacionadas com os serviços médicos, redução da actividade laboral e perda de emprego. Surgem ainda problemas decorrentes das incapacidades provocadas pela doença, redução do tempo e qualidade de vida, que tornam incalculáveis os custos financeiros;
- Organizações de assistência à saúde pagam a maior parte das obrigações referentes ao atendimento médico, além de cobrir diversas despesas embutidas no custo do tratamento;
- Profissionais da saúde sentem-se frustrados em relação à sua actividade profissional e ao trabalho de gestão e orientação das doenças crónicas, e os administradores dos serviços de saúde estão insatisfeitos com os resultados dos serviços e o desperdício de recursos;
- Governos, empregadores e sociedades, padecem, em virtude da perda de mão-de-obra devido a óbitos, incapacidade e morbilidade relacionada com as doenças crónicas. Além disso, as doenças crónicas resultam em grandes perdas de produtividade.

O panorama apontado, requer uma intervenção concertada a nível da política da saúde.

A este propósito, a WHO, a partir de 1997 (com a reunião de Barcelona), considerou que a defesa da saúde exige profissionais de saúde “*expert`s*”, possuindo como características essenciais: cuidador, decisor, comunicador, líder comunitário e gestor. Estes profissionais teriam como finalidade major, cuidar da saúde das populações (e não apenas das doenças), teriam a capacidade de tomar decisões capazes de produzir mudanças concretas, comunicando eficazmente (e não unilateralmente) com as pessoas e os grupos, onde se inclui os sectores da população com poder social. Oliveira (2004)

Assim, um dos desafios que se coloca actualmente aos profissionais de saúde, onde estão incluídos os médicos e os enfermeiros, é que reflectam sobre o seu papel de educadores e de promotores de saúde. Cada vez mais, esta deve ser uma preocupação da sua formação base, uma vez que é anormalmente aceite que qualquer pessoa que domine os aspectos científicos próprios da profissão que desempenha, estaria apto para ensinar aquilo que julga importante que a população saiba, (considerada ignorante nesse domínio) e decidir (por ela), quais as melhores opções a tomar em termos de saúde e de gestão das patologias crónicas. Navarro (2004)

De tudo o que já foi consultado parece, que este conceito, o conceito internacional de gestão da doença, já não é tão inovador e muito menos recente.

Tal como refere Gallego (2004, p. 72), “*Desde 1990, que a descrição dos programas de “disease management” se tornou progressivamente habitual na literatura.*”

Não podemos, no entanto, e porque assim se tem testemunhado, deixar de fazer notar, que na realidade, e no campo profissional em que actuamos, não nos é familiar, nem tão pouco, dinamizado. Tendo em conta o seu propósito, terá necessariamente de ser incrementado e facilitado os primeiros passos.

Usa-se como ponto de partida a definição do conceito de Gestão da Doença, pela *Disease Management American Association* (DMAA), com a finalidade de traçar o enquadramento teórico da problemática desta doença crónica. Esta define Gestão da Doença como, um sistema de intervenções e de comunicações coordenadas de cuidados de saúde orientado para populações com patologias, nas quais os esforços de auto-cuidado são determinantes. É nesta filosofia de cuidados que se pretende obter ganhos evidentes em saúde, com repercussões positivas, ao nível dos custos.

Gallego (2004, p. 72), acrescenta que, "(...) *a comprovação da sua efectividade está ainda pouco documentada e, os programas implementados inserem-se sobretudo em sistemas de saúde de cobertura parcelar da população ou numa organização de um serviço de saúde.*"

Pretende-se, com este modelo de gestão da doença, contribuir para o progresso da qualidade dos cuidados de saúde, para o incremento da satisfação dos doentes e dos profissionais, e para a rentabilização dos recursos disponíveis, assim como, para a redução de encargos.

Tal como refere, Diniz (2004, p. 68), "(...) *a aplicação dos princípios que suportam o conceito de "gestão da doença" permitem a redução entre 15 e 20% dos custos resultantes da gestão tradicional dos sistemas de saúde, podendo, até, atingir os 50%.*"

No caso da Diabetes, como estamos perante uma doença que consome uma parte substancial do orçamento da saúde, é determinante que se caminhe para este modelo de gestão. Pois, tal como descreve Lopes (2004, p. 270), "*A filosofia subjacente, é a de que o doente deve ser fortemente envolvido e corresponsabilizado no processo de controlo da sua doença crónica.*"

O mesmo autor advoga ainda, entende-se que a pessoa deve ser formada acerca da sua doença, porque sendo-o, tem maior conhecimento do que pode e deve ou não fazer, e do alcance dos resultados que obterá por seguir um determinado estilo de vida. Pressupõe-se portanto uma gestão do conhecimento centrada na pessoa, embora integradora também das equipas multiprofissionais que sobre ela intervenham.

Uma pessoa educada tenderá a aceitar um estilo de vida compatível com a sua doença, estará mais atento para primeiros sinais indiciadores de necessidade de intervenção clínica, controlando desta forma as crises em estádios de desenvolvimento bastante iniciais, e tenderá a ter uma muito menor taxa de abandono aos tratamentos de longa duração. Como

se deduz facilmente, visa-se o aumento da qualidade de vida da pessoa e evitam-se situações agudas.

Resumidamente, são os seguintes, os objectivos da gestão da doença, materializados num programa de gestão da doença. Guerra (2003):

- Aumentar os cuidados prestados e diminuir os custos globais da saúde, através do reconhecimento de pessoas portadoras de doença crónica, que podem significar despesas elevadas, ligando-as atempadamente aos prestadores, e intervenções adequadas;
- Abordar as doenças crónicas com intervenções de máxima efectividade, assente na evidência e com recursos ajustados, e adequados no tempo ao percurso evolutivo da doença, (estratificação de risco), de modo a resultar um impacto positivo;
- Instruir a pessoa, os familiares e os prestadores de cuidados sobre os protocolos em vigor e sobre as linhas de orientação, baseadas nas melhores práticas para a gestão de uma doença particular.
- Fomentar o planeamento perfeito do diagnóstico e do tratamento da doença (desde os factores de risco e seu despiste, até aos estadios finais de evolução da doença);
- Excluir intervenções de efectividade nula ou desconhecida, ou cuidados supérfluos;
- Suprimir a duplicação de empenhos e actividades;
- Melhoria contínua do processo de gestão e dos seus resultados – o registo sistemático destes é um factor crítico de sucesso, estando a sua falta, identificado e aceite como a principal causa de fracasso dos programas de gestão da doença;
- Garantir que todas as intervenções aconselhadas são, efectivamente, aplicadas às pessoas, e nos contextos adequados ao *continuum* de cuidados de saúde.

Contudo, para se aplicar um programa de gestão da doença, há necessidade de recursos e competências básicas. De acordo com este mesmo autor, este processo de gestão da doença, exige a existência de competências e de instrumentos operacionais, como condição para o êxito. São considerados elementos básicos do processo de gestão da doença, os seguintes:

- Conhecimento clínico adequado acerca da utilização dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponíveis, e das intervenções terapêuticas e preventivas, de forma a tornar perceptível o mais correcto modo de gerir uma doença específica e apurar as melhores práticas clínicas;
- Tecnologia de informação - a gestão da doença é um processo baseado na informação, e o seu sucesso provém da capacidade de colher dados e analisá-las, monitorizando continuamente o resultado das intervenções na pessoa;

- Prestação do serviço e prática da organização - a prestação eficiente de serviços é essencial, como por exemplo: fornecimento de fármacos, programas de rastreio, educação e reorganização comportamental para a saúde e estratégias preventivas.
- Avaliação da qualidade dos resultados, clínicos e económicos. Gerir os aspectos financeiros da prestação de cuidados é primordial no processo da gestão da doença. Nesta análise, ao contrário da lógica tradicional de avaliação por partes (custo dos fármacos, dos instrumentos, entre outros), a doença é, de facto, a unidade central da validação dos custos, o que torna a gestão da doença favorável aos sistemas de reembolso por capitação.

3.2.1 – Origem e Definição

Fez sentido iniciar esta temática com a definição do conceito de Gestão da Doença.

Julgamos que quando se aborda este conceito gestão da doença, gestão da doença crónica, é essencial tentar clarificá-lo, nomeadamente, em que assenta, isto é, entender o porquê, a razão de ser deste conceito, e para quê, para que serve.

Justifica-se a utilização do conceito de, gestão da doença, de acordo com o que descreve Diniz (2004), in Infarmed, sempre que se ambiciona combater um problema que, pela sua gravidade em termos de saúde pública, reclama uma acção dirigida, orientada, planificada e integrada, através de estratégias bem definidas, para se obterem, conjuntamente, objectivos concretos de ganhos de saúde, de melhoria de qualidade e de racionalização de custos.

Citando Todd W. (1998), este autor, lembra que, os programas de doença crónica da primeira geração englobavam simplesmente um ou mais serviços que estavam fora dos cuidados médicos típicos, e que podiam ser vantajosos no controlo de uma doença; os programas de gestão da doença da segunda geração tinham como alvo os doentes mais graves e os que tinham maior risco de levar a gastos elevados; os da terceira geração abarcavam já, completamente, os cuidados e o reembolso, ostentavam uma base populacional, e propunham-se identificar todas as pessoas com a doença ou em risco de a desenvolver, aplicando estratégias desiguais em função do risco; os programas da gestão da doença evoluem para verdadeiros modelos de gestão da saúde, focalizando-se mais na optimização da saúde do que no tratamento da doença. Neste último estágio de progresso da gestão da doença, os prestadores preocupar-se-ão mais com o quadro de saúde global das populações, do que com a doença em isolado.

Considerar esta temática como uma inovação nos cuidados de saúde primários, é um projecto aliciante do nosso ponto de vista. Há que concordar e partilhar da opinião de Guerra (2003), quando se refere à gestão da doença e aborda a questão dos *stakeholders*, “*A gestão da doença envolve vários stakeholders, que são os doentes, profissionais de saúde, farmácias, companhias de seguros e da Indústria Farmacêutica, organizações prestadoras de cuidados de doentes, políticos, companhias vendedoras de programas de gestão de doença (realidade ainda inexistente no nosso Sistema Nacional de Saúde).*”

Também, Martin e Henderson (2004, p. 77), abordam este assunto, os *Stakeholders*, dizendo que, “*Colaboradores e clientes são ambos exemplos de Stakeholders – pessoas que têm interesse numa organização, no sentido de que pretendem saber ao certo o que a organização faz e como faz.*” É com este conjunto, de parceiros que se atingem os almejados objectivos, a que este conceito da gestão da doença se propõe.

Também Nunes (2004), ressalva que, no que diz respeito aos utentes, a maioria das pessoas que recorrem aos cuidados de saúde primários têm doenças crónicas. É fundamental uma nova abordagem para este tipo de pessoas, documentando-as e educando-as. As palavras-chave para se inovar em cuidados de saúde primários, são autonomia e responsabilização, trabalho em equipa, resolução local dos problemas, e incentivar a participação das pessoas.

Reforçando com o que opina, Gallego (2004, p. 72), in Infarmed, quando se reporta aos programas de *disease management*, esta autora, aponta que, o “*objectivo é criar uma actuação integrada e contínua, de todos os intervenientes, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados com evidência clínica e custo-eficácia comprovados em termos de ganhos em saúde, para uma dada população.*”

No caso das doenças crónicas em geral e, em particular, de algumas destas doenças de elevada e crescente prevalência, como a Diabetes Mellitus, a luta contra os seus efeitos adversos, carece, para ser eficaz, de programação global nacional.

Cada vez mais, se preconiza, que deve ser a própria pessoa a interessar-se pela promoção da sua saúde, e não podemos esperar que essa seja uma preocupação exclusiva dos profissionais de saúde, pois só com o empenho de todos é possível a adopção e manutenção de estilos de vida saudáveis.

Este princípio foi defendido na Carta de Ottawa em 1986, que nos diz que a promoção da saúde é o processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde, e para a melhorar.

Na diabetes, a educação para a saúde é um elemento chave no processo terapêutico, constitui, de acordo com Neves et al (2001), uma das principais armas terapêuticas e é considerada na Declaração de S. Vicent, à qual Portugal aderiu em 1989, uma forma de

eleição para a co-responsabilização da pessoa com diabetes, pelo controlo da sua doença, estabelecendo objectivos cuja finalidade é a melhoria dos cuidados e a inserção social das pessoas de todas as idades.

Gallego (2004, p. 72), in Infarmed, afirma que, a diabetes é um problema circunscripto e crescente de saúde pública que debilita enormes recursos de saúde. Segundo os Inquéritos Nacionais de Saúde a população, que refere sofrer de diabetes, cresceu de 4,8%, em 1995, para 5,3 em 1998. E actualmente, segundo a mesma fonte, cerca de 10 anos após, estima-se que cerca de 10% da população portuguesa sofre desta doença.

Para que definitivamente, e em conjunto, se tente encontrar ou eventualmente definir o melhor caminho para reduzir o impacto negativo desta doença. Apoiando-nos e reportando-nos ao que, Guerra (2004, p. 193), in Infarmed, refere, "A gestão da Doença comporta as seguintes abordagens estruturadas:

1. Apoios ao plano de cuidados e à relação médico-doente;
2. Ênfase na prevenção de exacerbações e complicações utilizando *guidelines* práticas baseadas na evidência e estratégias de *empowerment* dos doentes;
3. Avaliações de resultados clínicos, humanísticos e económicos, numa base contínua e com o objectivo de melhorar a saúde global.

Tendo em conta esta estruturação e questionando-nos, o porquê de se aplicar o conceito de gestão de doença a esta doença Crónica. Diniz (2004), in Infarmed, ao escrever sobre este tema, sumariou da seguinte forma:

- Porque as doenças crónicas estão entre as primeiras causas de morte na sociedade ocidental, na qual Portugal se integra;
- Porque, como referiu recentemente a Organização Mundial de Saúde, nos próximos vinte anos as carências em saúde da população mundial, conhecerão modificações radicais de natureza não apenas demográfica como epidemiológica, em que as doenças crónicas passarão a ser a maior causa de incapacidade;
- Porque as doenças crónicas são doenças de longa duração, que querem acompanhamento ao longo do tempo, por vezes anos;
- Porque as doenças crónicas gozam de aspectos multidimensionais, que solicitam repetidas intervenções multiprofissionais e intersectoriais, forçando, com frequência, a repetidas intervenções de todos os níveis de prestação de cuidados de saúde;
- Porque as doenças crónicas têm um princípio muitas vezes insidioso e de evolução gradual dos sintomas, que requer variadas e repetidas avaliações;
- Porque as doenças crónicas são potencialmente incapacitantes;

- Porque as doenças crónicas são doenças consideradas graves, não apenas pelas restrições de tratamento médico, mas por serem geralmente mal aceites pelas pessoas;
- Porque a maioria das doenças crónicas tem, habitualmente, uma evolução que é passível de ser, ela própria, auto-controlada pela pessoa;
- Porque as doenças crónicas causam, sempre, repercussões negativas na vida familiar, escolar ou laboral das pessoas;
- Porque as doenças crónicas podem perturbar a integridade da pessoa, pelas alterações funcionais que acarretam, não havendo nada que mais intimide o ser humano do que o risco de lesão da sua própria identidade;
- Porque apenas cerca de meia dúzia de doenças crónicas consomem, no seu conjunto, 70 a 80% dos recursos globais da saúde;
- Porque a evidência científica tornou óbvio que, se queremos reduzir ou protelar o início de incapacidades, as doenças crónicas de mais elevada prevalência devem ser abordadas de uma forma global e integrada.

3.2.2 – Propósito da Gestão da Doença

Tal como refere, Caetano (2004), ao contrário de uma política de saúde centrada na doença e não na pessoa, de uma gestão clínica fragmentada (gestão de procura, gestão da utilização, gestão da doença), em que temos uma cultura, processos e sistemas de informação apoiados em episódios isolados de doença aguda e não em processos longitudinais de doença crónica, deveríamos sim, adoptar uma política de saúde que como pedra basilar tivesse como propósito, e de acordo com o que Caetano (2004, p. 226), in Infarmed descreve;

- Impulsionar a adesão das pessoas ao plano de cuidados, reduzindo a morbilidade e melhorando o *satus* funcional;
- Melhorar a satisfação das pessoas, através de um acompanhamento individualizado;
- Melhorar a satisfação dos profissionais, através da coordenação de cuidados;
- Adquirir dados mais sólidos dos resultados, possibilitando uma gestão pró-activa do programa de cuidados;
- Impulsionar uma utilização apropriada dos recursos de saúde, com maior controlo de custos e melhoria da qualidade;
- Melhorar a capacidade da entidade financiadora para suportar o risco.

Considera-se, que a gestão da doença é parte da resolução do problema de consumo de recursos de saúde nas populações com doenças crónicas, sendo estas, as responsáveis pela maior parte dos custos com a saúde.

As potencialidades de uma abordagem holística do doente crónico são enormes. Pois tal como é referenciado por, Andrade (2004, p. 212), in Infarmed, *"O objectivo dos programas de Gestão da Doença é melhorar a qualidade e reduzir os custos dos cuidados prestados a indivíduos com doença crónica."*

A mesma autora acrescenta que, para as pessoas doentes as principais vantagens, com o uso deste conceito da gestão da doença, são: melhores resultados clínicos; pessoas mais informadas; maior envolvimento; continuidade e consistência dos cuidados; cuidados centrados nas pessoas; tratamento preventivo; poder apressar o tratamento; as orientações clínicas são dirigidas para a pessoa; como desvantagens, aponta que, *"pode estabelecer restrições ao tratamento, aumenta a responsabilidade e deveres das pessoas"*.

Para os médicos, encontramos como vantagens, a *"Oportunidade para trabalhar mais eficazmente e em equipa multidisciplinar, bom acesso à informação, maior profissionalismo"*, e como desvantagens, a *"Ameaça da liberdade clínica, sob supervisão da gestão, conflito de interesse entre as necessidades do doente e as orientações clínicas, alteração da relação médico-doente"*.

Preconiza-se que a intervenção do profissional de saúde, deixe de ser apenas centrada no conceito do *mestre* e do *aprendiz*, para passar a ser baseada numa parceria entre os dois actores intervenientes no processo de educação terapêutica.

Andrade (2004, p. 213), in Infarmed, acrescenta, para o sistema de saúde, encontramos, *"Melhores resultados clínicos, introdução de melhores práticas, custo eficácia, consistência no tratamento, melhor utilização de recursos, utilização dos serviços envolventes, grande cooperação entre os serviços envolvidos, diminuição do stress dos profissionais envolvidos"*, no entanto, as desvantagens são, *"Maiores custos, consome mais tempo para arrancar o sistema, é mais difícil ganhar a confiança dos profissionais, pouco flexível, pode ser uma moda, pode introduzir rigidez no sistema e por isso bloqueá-lo."*

Nas palavras deste autor, Diniz (2004, p. 69), in Infarmed, ao abordar esta temática, descreve os seguintes princípios:

"- (...)

- (...) *tentar abordar as doenças crónicas mais prevalentes de forma global;*

- (...) *alimentar o hábito do estabelecimento de parcerias estratégicas com os intervenientes indispensáveis na gestão de cada doença crónica;*

- (...) *tentar que os cuidados de saúde sejam prestados à globalidade da pessoa;*

- (...) *tentar habilitar, capacitar e responsabilizar a pessoa com doença crónica como primeiro gestor do seu processo de doença;*
- (...) *induzir o hábito da partilha de decisões e tarefas no controlo de cada doença crónica;*
- (...) *tentar, embora tenhamos consciência que lentamente, mudar a gestão tradicional centrada no custo por acto, para a gestão centrada no custo por doença e por resultados;*
- (...) *tentar promover a necessidade de interdependência entre níveis de prestação de cuidados de saúde;*
- (...) *tentar promover melhores práticas profissionais, através de orientações técnicas, que clarifiquem os tipos de cuidados a prestar, quem os deve prestar e a quem e em que situações se destinam;*
- (...) *tentar criar o hábito da avaliação, através da criação de sistema "sensores" de informação, que permitem a introdução permanente de medidas correctoras, avaliando não apenas os resultados, como o processo de abordagem global e integrada de cada doença crónica, alvo de actuação nacional prioritária."*

Muito trabalho há ainda a fazer para que a comunicação entre profissionais de saúde e pessoa com doença crónica seja satisfatória. Compreender a forma como a pessoa com diabetes percebe a sua doença, e como a verbaliza, é fundamental para o sucesso da interacção entre o profissional de saúde e a pessoa.

Este autor (2004, p. 69), in Infarmed, conclui que, com o hábito deste conceito, consegue-se, os seguintes fins:

- "- *medir continuamente os resultados obtidos;*
- *adoptar melhores práticas no seu controlo;*
- *envolver, educar, capacitar e responsabilizar a pessoa com doença crónica, pelo autocontrolo da sua doença;*
- *prestar cuidados que obtenham ganhos em saúde e não desafiem apenas a morte;*
- *transformar rapidamente a ciência em prática, ou seja, oferecer cuidados de saúde que a evidência científica demonstrou darem resultados positivos;*
- *optimizar o potencial individual e único de cada parceiro e de cada actor envolvido no controlo de cada doença crónica;*
- *reduzir a assimetria na prestação de cuidados de saúde à pessoa com doença crónica;*
- *evitar ou retardar as incapacidades geradas por cada doença crónica;*
- *evitar a prestação de cuidados de saúde, à pessoa com doença crónica, de forma avulsa, descoordenada e sem controlo da doença;*
- *melhorar a qualidade dos cuidados prestados, reduzindo o seu custo;*

- enfatizar a interdependência e complementaridade dos níveis de prestação de cuidados de saúde.”

Gallego (2004, p. 72), in Infarmed, chama a atenção para, “*O conceito base deste tipo de programas assenta na análise do processo evolutivo natural de uma doença e na evidência de intervenção com custo-benefício comprovados nos vários níveis de prevenção.*”

Este conceito, pressupõe então o envolvimento de uma equipa multidisciplinar que deve ser constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, dietistas, nutricionistas, farmacêuticos, podólogos, entre outros. É uma equipa que se quer capacitada e treinada, de modo a que tenha habilidade para desenvolver programas que assegurem o cumprimento dos objectivos propostos. Por este motivo é fundamental que os profissionais envolvidos neste processo sejam competentes, ajudando o diabético e a sua família a habilitar-se progressivamente para a tomada diária de decisões em relação à sua doença, tornando-os o mais independentes possível dos serviços e dos profissionais de saúde.

Guerra (2004, p. 193) refere que, “*Esta distinção, realça a natureza holística e compreensiva da Gestão da Doença, que contrasta com a lógica de prestação de cuidados baseada em componentes fragmentadas e desarticuladas entre si (Cuidados de Saúde Primários vs Cuidados Hospitalares vs Cuidados Comunitários), que caracterizam as práticas médicas tradicionais, de natureza essencialmente episódica e reactiva aos eventos agudos de doença.*”

Perceber a situação clínica de cada indivíduo que tem diabetes é fundamental, uma vez que são todos estes factores que vão ser determinantes no comportamento e na resposta do diabético em relação, por ex.: à procura de cuidados de saúde, à relação que é estabelecida com os profissionais, à sua adesão aos tratamentos propostos, assim como à execução de tarefas de auto-cuidado.

Não nos podemos afastar da premissa que os comportamentos de saúde são interdependentes do estilo de vida, e são definidos pela OMS, como um conjunto de estruturas mediadoras que reflectem uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais, ou um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores. WHO (1988), citado por Ribeiro et al (1997)

3.2.3 – A Diabetes enquanto Doença Alvo

A diabetes é um paradigma na gestão da doença, com clara evidência clínica de intervenções efectivas em todas as fases da evolução da doença.

É uma doença que é alvo de desadequação de cuidados que, por serem prestados no nível errado, são alvo de insatisfação dos doentes, e são alvo de má coordenação dos cuidados.

O que se pretende fundamentalmente ao aplicar este conceito a esta doença, e tal como descreve Diniz (2004, p. 68), in Infarmed, *“Trata-se, no fundo, de tentar aplicar à gestão de uma doença o processo básico de gestão empresarial, para se atingirem, mais rapidamente, resultados positivos, ou seja, ganhos de saúde, através da actuação sobre um grupo bem identificado de doentes e sobre uma doença bem identificada e com um ciclo de vida bem conhecido (...)”*.

A intervenção estratégica nesta doença terá forçosamente que ser facilitadora na aquisição de competências que permitam às pessoas otimizar a gestão das suas vidas, assim como da sua doença. É sem dúvida, um processo contínuo, integrado nos cuidados de saúde.

Há vários aspectos a considerar, tal como Gallego (2004, p. 75), in Infarmed, salienta:

“Na população de risco de desenvolver diabetes através de medidas de promoção de exercício físico, redução do peso e correcção de factores de risco associados como o tabagismo; Na população diagnosticada precocemente com terapia intensiva de todos os elementos da dismetabolia (dislipidemia, alterações da coagulação e hiperglicemia) e prevenindo as suas complicações agudas e crónicas; Na terapêutica atempada das complicações reduzindo a sua mortalidade.”

Têm que ser umas das muitas preocupações da equipa de saúde, não descurando outras igualmente importantes.

De acordo com Whitehead (2001), quando se faz educação para a saúde é com o objectivo de promover competências que levem à modificação de comportamentos, no entanto nem sempre isto se verifica já que o fenómeno é muito complexo.

A educação para a saúde deve constituir parte essencial da prática de todos os profissionais de saúde, estando a enfermagem particularmente envolvida nesta actividade. Deve ter como grande objectivo, ajudar o indivíduo a adquirir conhecimentos, capacidades, atitudes e valores favoráveis ao desenvolvimento físico e psicológico harmonioso.

Sabe-se actualmente, que uma das condições primordiais para que alguém adopte ou mude determinado comportamento, é que esteja munido dos conhecimentos necessários sobre o que tem que mudar e porque é que tem que mudar.

Um dos objectivos do Programa de Controlo da Diabetes é desenvolver no diabético algumas competências que são adquiridas após a informação que lhe é fornecida, do treino que executa, e que depois, é capaz de pôr em prática. Russel (1996) citado por Ganito (2002), refere-nos, que é essencial manter uma atitude positiva face aos sucessos mas também aos fracassos, que o diabético e a sua família conseguem alcançar relativamente aos objectivos propostos. A mudança de hábitos e comportamentos é por vezes difícil e deve ser feita de forma gradual, é um processo dinâmico que exige tempo e apoio, na qual interagem diversos factores incluindo o comportamento habitual, os factores pessoais, e as influências do meio.

Deste modo, Funnell e Anderson (2004), chamam a atenção para a diferença entre o modelo tradicional de cuidados de saúde e a relação, entre o profissional de saúde e o utente, que tinha por base o modelo biomédico e o modelo mais actual que fomenta o desenvolvimento do *empowerment*. No modelo tradicional era o profissional que sabia o que era melhor para o doente, e a grande máxima era, que a pessoa tinha que seguir correctamente tudo aquilo que lhe era recomendado.

O *empowerment* não pretende ser uma nova técnica ou uma estratégia, mas sim uma nova visão da relação estabelecida entre o profissional e o diabético. O papel do diabético será estar bem informado e ser um parceiro activo da equipa de saúde, na elaboração e aplicação do seu plano terapêutico. O papel dos profissionais, é ajudar as pessoas a tomarem decisões informadas, e a estabelecerem os seus próprios objectivos, conseguindo ultrapassar as barreiras que vão surgindo no percurso de vida. Tudo isto será conseguido através de um programa de educação terapêutica adequado, prestando cuidados de qualidade e sendo uma fonte de suporte, sempre que o diabético dela necessite.

A exigência que o tratamento e controlo da diabetes obriga, implica de facto, que haja um grande envolvimento quer do próprio diabético/família quer dos profissionais de saúde que têm a obrigação de munir a pessoa com diabetes das ferramentas necessárias para um controlo eficaz da patologia.

Deci et al (2004), referem que a nível dos cuidados de saúde, e para a diabetes em particular, os profissionais de saúde que conseguem estabelecer um relacionamento sustentador da autonomia, com os utentes, estabelecem com estes uma parceria na definição de metas relacionadas com a prevenção e o tratamento da doença, gestão da doença e prevenção de complicações. Para isso é necessário envolver a pessoa activamente

nas decisões, dando-lhes os conhecimentos necessários e reconhecendo a sua individualidade. Por outro lado, os profissionais que têm um tipo de relacionamento controlador da autonomia, tendem a pressionar as pessoas com doença crónica, para atingir determinado objectivo, sem se importar com a pessoa como um todo. Isto é contraproducente no âmbito do cuidar em doenças crónicas.

3.2.3.1 – A Diabetes enquanto Doença Alvo num outro Modelo de Intervenção

Tendo em conta que todo este estudo envolve a problemática da gestão da doença é pertinente salientar que a pessoa tem que ser vista sempre, como um todo. Conforme, Guerra (2003), diz, no que se refere ao processo da gestão da doença, o trajecto natural destas doenças pode ser modificado por uma gestão consistente, sistemática e de digna qualidade. A assunção essencial do conceito de gestão da doença é que o sistema de cuidados pode ser criado de forma a induzir uma melhoria nos resultados. Tudo isto engloba a prevenção da doença crónica, sempre com a preocupação de elevar a qualidade e controlar os custos, isto é, se pretendemos gastar menos com as pessoas com doença crónica, temos de os cuidar bem melhor. O ponto fulcral da gestão da doença reside na gestão ambulatoria da pessoa doente, através de uma particularizada educação da pessoa e de uma monitorização permanente do seu estado de saúde, com uma consequente alteração do padrão de utilização dos serviços de saúde, de que resultam menos internamentos, e menor número de atendimentos em serviços de urgência.

Até agora as políticas dirigidas à protecção dos mais velhos e não só, têm sido muito incipientes, pois não há uma concertação entre prestação de cuidados ao nível social e ao nível da saúde. O que contradiz com o que encontramos escrito na Lei de Bases da Saúde, na Base II, alínea c), "*São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como (...) os idosos (...)*".

No que nos é descrito por este mesmo autor (2003), encontramos como o principal objectivo da intervenção no âmbito da gestão da doença a maximização da função, apesar da doença, acelerando o restabelecimento através do mais adequado uso dos recursos e serviços disponíveis. A gestão da doença preocupa-se em acautelar que a pessoa recebe e beneficia efectivamente, das intervenções de que o seu estado de saúde carece, e que estejam

programadas no seu plano de cuidados, cumprindo um rigoroso plano de estratificação de risco.

O mesmo autor, advoga que, a gestão da doença compreende a provisão de cuidados de qualidade, através de todas as áreas dos cuidados de saúde. As linhas de orientação são desenvolvidas tendo em conta os cuidados de saúde primários e os especialistas hospitalares, quer nas consultas quer no internamento à medida das necessidades da pessoa. A continuidade de cuidados é fundamental. Isto implica uma eficiente comunicação entre os prestadores, e uma perfeita coordenação entre os diferentes sectores dos cuidados de saúde, e uma menor ênfase nos cuidados agudos. Uma única organização conduz a prevenção, despiste das pessoas em risco, diagnóstico, tratamento e seguimento de uma doença particular.

Toda a pessoa com uma doença crónica e inscrita num programa de doença crónica recebe, tipicamente, *mailings* gerais e educação relacionada com a sua doença, e pode também receber alertas para obter cuidados recomendados, esta seria uma realidade de aperfeiçoamento. Neste contexto da gestão da doença, englobamos a informação como fonte primordial para o sucesso.

Sakellarides (2003), aborda esta questão da gestão da informação, como sendo uma mais valia para o sistema. Centrando os cuidados nas pessoas, a componente de gestão da informação é essencial e de extrema utilidade, na era do papel. A informação está nos serviços, mas a linha de orientação é para que passe a estar com a pessoa. No futuro, a pessoa com o uso dos seus meios informáticos, terá ao dispor, um dispositivo gestor da informação de saúde necessária e importante, auxiliando-a deste modo a tomar decisões, que somente tornará disponíveis aos médicos e enfermeiros, quando estipulado. Num futuro próximo, os cuidados de saúde primários serão então, centrados na pessoa, não no sentido poético da expressão, mas como base de trabalho efectiva.

De acordo com o que Veiga (2003) relata, como lidar com estes novos velhos que, não são os mesmos de antigamente, têm mais saúde, mais saber, mais cultura, adquirem livros, gostam de ir ao teatro e ao cinema. Também é para estes, a política de saúde que se venha a implementar.

Citando o relatório de 2002 do Observatório Português dos Serviços de Saúde, segundo Ferreira (2003), no que refere ao cidadão, este autor aponta como fundamental, que uma melhoria da qualidade da política de saúde, é para dar resposta ao crescente desafio da sociedade de informação, e é integrar o contributo dos cidadãos na tomada de decisão política, que se deve pautar por uma maior clareza e comprometimento, em relação ao que são as concepções dos cidadãos.

Enquadra-se nesta perspectiva, o que alvitra, Guerra (2003), "*A gestão da doença, em termos de processo operacional, é muitas vezes confundida com a gestão de caso (case management), com a gestão de utilização (utilization management), com a gestão da procura (demand management) e com a educação para a saúde.*" A gestão da doença é então uma estratégia abrangente que incorpora cada uma destas actividades, com o desígnio de fomentar a coordenação e a continuidade de cuidados.

Todavia é necessário não esquecer que a estratégia tem que assentar em respostas multiprofissionais, as melhores respostas em saúde requerem intervenções intersectoriais, medidas articuladas e integradas, que tenham impacto perante os problemas concretos da comunidade. A questão que se coloca, olhando para a actual política de saúde, é se o que está hoje delineado visa ou não promover ganhos em saúde.

Se considerarmos, o que Paiva (2003), diz sobre cada um de nós em relação ao nosso estado de saúde, passamos a encarar cada pessoa como um projecto de saúde, todos somos no futuro potenciais doentes e necessitaremos de cuidados, e entender isto é um enorme desafio para os políticos que decidem na saúde, principalmente os que criam modelos de gestão para os serviços. Diz ainda este autor, referindo-se à Organização Mundial de Saúde, o enfermeiro é um elemento-chave do projecto de saúde. Os enfermeiros na sua actuação junto da população, têm um papel importante na manutenção e melhoria do nível de saúde individual e colectivo.

Há então que evitar a prestação de cuidados de saúde, ao doente crónico, de forma avulsa, descoordenada e sem controlo da doença, e fazer sentir na intervenção o trabalho de equipa.

Também a pessoa com doença crónica, deve ser fortemente envolvida, e corresponsabilizada no processo de controlo da sua doença. Segundo Lopes (2004), a pessoa deve ser informada acerca da sua doença, porque sendo-o, tem maior percepção do que pode e deve ou não fazer, e da consequência que terá por adoptar um determinado estilo de vida. Pressupõe-se portanto uma gestão do conhecimento centrada na pessoa, embora integradora também das equipas multiprofissionais, que sobre ela interfiram.

Segundo o mesmo autor, uma pessoa doente, instruída, aspirará a adoptar um estilo de vida conciliável com a sua doença, e estará mais desperta para primeiros sinais indiciadores de carência de intervenção clínica, controlando-se desta forma as crises em estádios de desenvolvimento bastante iniciais, e tenderá a ter uma muito maior taxa de adesão aos tratamentos de longa duração, típicos da doença crónica. Visa-se a melhoria da qualidade de vida da pessoa e evitam-se situações clínicas agudas, recorrentes e sistemáticas.

Actualmente, devido ao desenvolvimento e sucesso da ciência médica, as principais doenças causadoras de morbilidade e mortalidade no início do século XXI, têm sem dúvida uma etiologia em grande parte comportamental. Estes factores têm repercussões graves na qualidade de vida.

Para Lima (2006), com o passar do tempo, os sucessos da medicina curativa têm levado ao aumento da esperança média de vida, e conseqüentemente, têm cooperado com o prolongar das doenças crónicas, de tal modo que na segunda metade do século XXI, as doenças crónicas assumiram um destaque importante no sistema de saúde.

Guerra (2003), acrescenta, que a nova conjuntura de políticas de saúde, pode possibilitar aos diferentes parceiros uma mais correcta avaliação dos custos de oportunidade em relação às actuais abordagens das doenças crónicas.

Considerando-se a gestão da doença, de facto, como uma alternativa de valor estratégico e operacional a ser tida em conta por qualquer organização ou sistema de saúde que se confronte com o peso crescente das doenças crónicas, ela é encarada como um novo paradigma na abordagem deste grupo de doenças.

É essencial criar medidas de desenvolvimento, projectos e programas que passam estrategicamente por áreas cruciais como, a informatização, a própria formação dos profissionais, o uso adequado das ferramentas de gestão, a reorganização e implementação das consultas programadas e uma avaliação crítica das actividades desenvolvidas. Como resultado espera-se coesão do grupo e discussão e partilha de ideias, visando a melhoria da vigilância dos utentes e maior continuidade de cuidados, com conseqüente redução da frequência sistemática dos serviços de urgência e maior satisfação das pessoas e dos profissionais. É essencial, tal como refere Honoré (2002, p. 187), que, *“Um despertar da cidadania é necessário para fundar um projecto de saúde. «Ser cidadão da sua saúde, é ter a capacidade de criticar os métodos empregues pelos peritos. Agir de maneira mais comunitária. Para os peritos, trata-se de aceitar submeter os seus métodos e as suas técnicas a um debate público.”*

Será que este conceito, o conceito da gestão da doença, é ajustável ao Sistema Nacional de Saúde? Apontando, para que o que encontramos descrito por Guerra (2003), o Serviço Nacional de Saúde, em Portugal, é encarado por alguns como um modelo que possui mais valias próprias de um sistema de Medicina socializada que, nalguns aspectos essenciais, tais como, dispositivos de autocontrolo gratuitos, participação a 100% de determinados fármacos, por sua vez, beneficiam as pessoas com doença crónica. Contudo, no que diz respeito à garantia da continuidade de cuidados para as pessoas com doença crónica, a eficiência do sistema, por razões organizacionais, não dá a resposta desejada. A maioria

destas pessoas, utilizam os serviços de saúde, auferindo destes uma resposta episódica, não organizada em termos de continuidade, como se de pessoas com episódios de doença aguda se tratasse, o que conduz a um realce das intervenções de tratamento, em detrimento da prevenção. Prevenção esta, que assenta essencialmente na alteração de atitudes comportamentais. A comunicação e partilha de cuidados entre os diferentes sectores, e prestadores do *continuum* de cuidados, são ineficientes. Esta prática médica, e também de enfermagem, embora nesta última não tão evidente nos episódios agudos, é uma consequência da concepção e organização dos sistemas de saúde direccionados para resolver de forma reactiva a doença. Esta descoordenação entre a organização vigente do sistema de cuidados, e as necessidades das pessoas com doença crónica, explica o recurso desmesurado e inapropriado das mesmas aos serviços de urgência, e o muito expressivo número de pessoas com doença crónica internadas nas enfermarias hospitalares, com elevados custos imputados. Estes acontecimentos espelham a necessidade clara de reformar o sistema de cuidados crónicos, sobretudo no que se refere a programas e planos que possam proporcionar serviços de qualidade, e ao mesmo tempo conduzam à contenção e controlo efectivo dos custos gerados pelas doenças crónicas.

Segundo Grande (2004), há que dar ênfase à questão da organização, como tal, refere que existe hoje em dia uma clara indispensabilidade de se repensar a estrutura organizacional. Apenas assim seremos úteis às pessoas doentes de uma forma relevante e justa. É intervindo em equipa que conseguimos os melhores resultados.

Lima (2006), fundamenta que, a diabetes é uma doença crónica, que confere mudanças precisas no estilo de vida das pessoas. Esta doença, actualmente, afecta um elevado número de pessoas, pelo que se torna cada vez mais importante que o enfermeiro, integrado numa equipa multiprofissional, assuma um papel dinâmico em todo o processo, não só no sentido de tentar acautelar o seu aparecimento, mas também mantendo a pessoa com diabetes compensada, de modo a evitar complicações.

O enfermeiro, médico e utente, são uma das chaves de todo o processo, não as únicas, porque a equipa pretende-se muito mais alargada, e mais enriquecida em todas as áreas do conhecimento necessárias, neste âmbito de intervenção.

Guerra (2003), acautela que, devemos-nos preocupar com o custo-efectividade das intervenções norteadas para as doenças crónicas. Este autor está convicto de que os custos de oportunidade, face às alternativas de abordagem deste grupo de doenças pelo Sistema Nacional de Saúde e pelos sistemas privados, estão mal avaliados. É forçoso averiguar o valor e o potencial estratégico do conceito de gestão da doença, que noutros países se tem mostrado prometedor quanto à melhoria da qualidade dos cuidados, assim como quanto à

redução do peso destas doenças para os sistemas de saúde. Se considerarmos um Sistema Nacional de Saúde, essencialmente caracterizado por um grande índice de fragmentação dos cuidados crónicos, a gestão da doença pode ser um instrumento muito útil para agregar as peças soltas, e contribuir, para uma efectiva integração do sistema de cuidados crónicos.

É importante mentalizarmo-nos que a estratégia da gestão da saúde só começará a emergir quando surgir um entendimento assente no pensamento sistémico, integrador.

Honoré (2002, p. 189), reporta-se a esta temática, como, *“Para que a economia social recolha a actividade produtiva humana nos «lugares sociais», é necessário que ela integre uma economia de saúde que não se resuma às condições de um «mercado de saúde» mas que se baseie sobre a equidade e sobre a eficiência na procura do «bem estar com os outros».”*

Todavia, o que é uma realidade noutros países, pode não o ser de todo, em Portugal. Contudo, tal como, (Guerra, 2003; Diniz, 2004), advogam, a estratégia de gestão da saúde deve ser ajustada ao estágio de evolução do sistema de cuidados de saúde, e ao grau de crescimento das relações de mercado entre os prestadores. O modelo original pode não ser directamente adaptável à nossa realidade, mas os princípios e a metodologia podem ser aplicáveis. Ignorar estes aspectos pode manifestar uma falha parcial ou completa da estratégia, porque a infra-estrutura do mercado e o sistema de incentivos ainda não funcionam, de molde a compensar adequadamente o empenho de implementação de programas de gestão da doença. Para Diniz (2004, p. 66), em relação a este conceito refere que, *“Justifica-se a aplicação do conceito de “gestão da doença” (...) sempre que se pretende combater um problema que, pela sua magnitude em termos de saúde pública, requer uma acção dirigida, orientada, planificada e integrada, através de estratégias bem definidas, para se obterem, simultaneamente, objectivos concretos de ganhos de saúde, de melhoria de qualidade e de racionalização de custos.”*

Por tudo isto Lima (2006), acrescenta, o enfermeiro tem um papel essencial, embora não directamente envolvido nas questões diagnosticas e terapêuticas da doença, mas nas que estão relacionadas com a atitude particularmente importante que respeita à educação da pessoa, enquanto que outros profissionais da equipa se ocupam de outras áreas, também estas fundamentais como um instrumento facilitador no processo de doença. Estes diferentes papeis bem desempenhados, implicam com toda a certeza, a qualidade na prática clínica.

3.2.4 – Requisitos para Programas de Gestão da Doença

Um programa de gestão da doença ao ser implementado terá de obedecer a regras metodológicas específicas. Os diferentes autores concordam que determinados parâmetros de referência têm de ser cumpridos e monitorizados, para garantir o sucesso e atingir a meta de custo benefício pretendida.

Caetano, (2004, p. 221), in Infarmed, refere que, *"A complexidade de um programa de gestão da doença torna esta necessidade numa exigência." E conclui, "(...) nesta matéria concorrem diversos intervenientes que devem agir em conjunto e sempre no mesmo sentido."*

Tanto Gallego, (2004, p. 72), como Caetano, (2004, p. 221), in Infarmed, evidenciam como ponto de partida, relevante *"A identificação da população alvo", assim como "(...) o grupo populacional que exhibe uma determinada doença crónica, sobre o qual teremos que intervir na educação e promoção da saúde."*

Em segundo lugar, respectivamente, *"A implementação de protocolos de actuação baseados em evidência clínica"*, e nas palavras de Caetano, *"Definição de orientações clínicas baseadas na evidência"*, tudo isto, representa colocar em prática a sùmula de todo o conhecimento científico, teórico e também prático sobre uma doença específica.

Enfatizam ambos em terceiro lugar, que o modelo profissional de intervenção tem de ser multidisciplinar, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, sujeito a uma coordenação e monitorização contínua.

Enquanto Gallego, no quarto ponto, generaliza e diz, *"A disseminação da informação necessária para promover a melhoria de cuidados de saúde eficientes"*, Caetano, especifica e refere, *"Educação do doente para auto-cuidados (prevenção primária, modificação de comportamentos e avaliação da aderência."*

Com tudo isto, a informação/educação tem de ser disseminada, a aderência ao novo modelo de gestão, confirmado e monitorizado por elementos da equipa de gestão da doença.

Se o processo educativo e de adesão aos protocolos foi eficaz, no quinto ponto, Gallego evidencia a importância da, *"Avaliação dos resultados das intervenções através da monitorização de indicadores de estrutura, processo e resultado."*

Com este conjunto, conseguimos implementar um programa que contribui para a satisfação da equipa cuidadora e da pessoa cuidada.

Caetano subscreve, e acrescenta o sexto ponto, "*Informação de gestão e feed-back (doente, médicos, prestadores de cuidados de saúde e plano de saúde)*"; pondo assim em causa todo o projecto e intervenientes em função dos resultados da gestão.

Caetano (2004, p. 221) in Infarmed, afirma, "*Os programas que incluam apenas parte dos componentes deverão ser considerados apenas como sistemas de suporte, pois não garantem o resultado pretendido*".

Assumindo uma atitude crítica em relação aos projectos vigentes, mas intencionalmente criativa e formadora, (Guerra, p. 195) in Infarmed, acrescenta que, "*Por outro lado as iniciativas conhecidas nesta matéria, como os Programas Nacionais de Controlo da Diabetes (...) denotando, embora, preocupações neste sentido, são meras adições a práticas já existentes, permanecendo imutável a estrutura tradicional do sistema de prestação de cuidados, tipicamente organizada para o diagnóstico e o tratamento das doenças agudas. Aqueles programas auto-designados como técnico-normativos, estão particularmente centrados na perspectiva médica da doença, ignorando a dimensão da "experiência de doença", vivida pelo doente, o que leva a uma simplificação das componentes educacional e comportamental destas doenças.*" Reforça ainda que, "*Estes programas aceitam acriticamente o modelo vigente de prestação de cuidados e não apelam à mudança de paradigma. Estes programas comportam 4 deficiências fundamentais que limitam a sua efectividade e que são:*

- 1) *Falta de uma perspectiva baseada na população – os doentes são auto-referenciados aos cuidados quando se tornam sintomáticos e não há uma identificação sistemática de todos os membros da população com a doença, ou em vias de a contraírem, para beneficiarem o programa;*
- 2) *Fraco apoio à auto-gestão da doença – os programas enfatizam a gestão clínica e utilizam abordagens tradicionais de efectividade limitada;*
- 3) *Implementação incompleta – a falta de conhecimentos nos métodos de melhoria clínica e de uma infraestrutura de coesão das várias componentes dos programas, num contexto de falta de recursos específicos para a GD;*
- 4) *Falta de uma infraestrutura de incentivos que reconheça a complexidade das DC e as acções de prevenção das complicações e de promoção da saúde no mesmo plano valorativo dos tratamentos farmacológicos. Esta desatenção é o principal factor de desmotivação e inércia das equipas de saúde.*"

De facto, a preocupação dominante dos profissionais de âmbito hospitalar, enquanto prestadores integrantes do sistema, é a de resolver o episódio agudo da doença crónica, não sendo notórias quaisquer preocupações acerca do passado ou do futuro do doente após a

alta. Isto é uma evidência da má identificação da população alvo, mau sistema educativo, muito pouco apoiado e orientado, e falta de recursos específicos para a gestão da doença com a conseqüente desmotivação das equipas de saúde.

3.2.5 – Evidência e os resultados da Gestão da Doença nos Cuidados de Saúde Primários em relação à Diabetes

A evidência surgirá quando o défice de cultura de gestão da doença nos profissionais de saúde for ultrapassado. Só assim se atingirá o propósito traçado com a implementação de um programa desta natureza.

Os cuidados de saúde primários fazem parte integrante do sistema de saúde, do qual constituem o centro, assim como do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Proporcionam o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade com a assistência de saúde, chegando aos locais onde a população vive e trabalha, o mais perto possível, e constituem o primeiro elemento de um processo permanente de assistência, fundamental e imprescindível no âmbito da diabetes.

De encontro ao referido anteriormente, torna-se importante relembrar aqui, a definição de cuidados de saúde primários que é proposta na declaração de Alma Ata:

“Estes consistem na prestação de assistência de saúde essencial, baseada em métodos e técnicas práticas, apropriadas sob o ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, postas ao alcance de todas as unidades e famílias das comunidades, com a sua inteira participação e que possa ser financeiramente mantida pelo país e pela comunidade, em todas as fases do seu desenvolvimento, num espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação.”

Imperatori (1985)

O mesmo autor acrescenta ainda que os cuidados de saúde primários são o reflexo das características sócio-culturais e económicas da sociedade onde estão inseridos, orientam-se para a resolução dos principais problemas de saúde da comunidade, implicam a participação de todos os sectores do desenvolvimento, exigem e fomentam a participação da comunidade e a auto-responsabilidade.

Baseado também na declaração de Alma Ata da OMS (2001), evidenciam-se algumas actividades que devem estar inseridas nos cuidados de saúde primários, tais como:

- *Promoção de uma nutrição correcta (...)* ;
- *Educação sobre os problemas de saúde predominantes e os meios de os prevenir e tratar;*

- *Tratamento apropriado das doenças (...).*"

Para Vuori (1984), os CSP não traduzem apenas um conjunto de actividades ao nível dos cuidados, significam também uma estratégia de organização dos cuidados de saúde, além de uma filosofia. Por isso, partilhamos da opinião de Silva (1983), que nos diz que há necessidade de fortalecer os cuidados de saúde primários e de diminuir a procura dos cuidados no hospital, de forma a satisfazer melhor e mais economicamente as necessidades. Contudo, em termos de concepções teóricas, a valorização hoje atribuída à prevenção nem sempre se manifestou, existindo no passado ideias contrárias em relação aos seus benefícios.

"Incidindo os esforços da medicina curativa cada vez mais em doenças para as quais é ineficaz, dispendiosa e penosa, aparece uma nova fantasia: a prevenção da doença realizada por novos profissionais encarregados da manutenção dos corpos. Depois dos cuidados com a doença, os cuidados com a saúde tornam-se uma mercadoria (...). O consumo de cuidados preventivos é o último dos sinais de estatuto social da burguesia. Para estar à moda é hoje necessário fazer um check-up (...). Um certo número de médicos anunciaram nestes últimos dez anos que a medicina ia conhecer uma revolução com o desenvolvimento e a extensão a toda a população de cuidados profissionais preventivos." Illich (1977, p. 57).

Acreditamos que nos cuidados de saúde primários tem que existir uma participação activa da comunidade, e é onde esta deve procurar o bem-estar, numa base de respeito, justiça e igualdade, através da solidariedade e troca de conhecimentos, e outros recursos. Sendo o direito à saúde um direito fundamental de todos os seres humanos, a preocupação dos cuidados de saúde primários deverá privilegiar a promoção e educação para a saúde, e a prevenção da doença. Assim, num serviço de saúde que pretende visar os indivíduos, as famílias e a própria comunidade, os cuidados a prestar ultrapassam a actividade desenvolvida dentro da estrutura física do Centro de Saúde.

Como nos diz Serrão (2000, p. 98): *"Toda a educação para a saúde, toda a prevenção da doença e promoção da saúde, todas as imensas actividades da moderna saúde pública, na óptica das cidades saudáveis, tarefas nobres e difíceis que se dirigem a todos os cidadãos, devem ser actividades prioritárias do Ministério da Saúde em articulação com outras áreas do Governo como a Educação e a Segurança Social, entre outras."*

A diabetes representa um dos maiores problemas a nível mundial, sendo também motivo de inquietação pessoal e profissional.

Dentro deste prisma, Lucas (1993), diz-nos que a intervenção dos serviços de saúde, principalmente os de cuidados de saúde primários, deverá ser reforçada, actuando não

apenas como catalisadores de acções nas comunidades a nível local, mas também através da promoção de novas iniciativas no domínio da educação para a saúde.

A personalização dos cuidados na assistência à doença, é uma característica cada vez mais reclamada pelas sociedades modernas, o que implica a necessidade de gerar uma maior confiança dos cidadãos, e segurança na utilização do poder tecnológico da medicina moderna. É na assistência directa e continuada que caracteriza a relação, profissional de saúde/doente, dos cuidados de saúde primários, que se obtém este objectivo. Grande (2000).

Os médicos e enfermeiros são quem distribui os cuidados de saúde primários e, como portas de entrada no sistema, são quem introduz e guia os pacientes no acesso ao sistema de saúde. Converteram-se assim em distribuidores e gestores dos cuidados de saúde. Pinto (2000, p. 6)

O facto de, actualmente, se reclamar uma maior implicação dos cuidados de saúde primários, segundo Romero (2002), deve-se a uma série de características de indubitável valor. Em primeiro lugar, deve-se à capacidade de realizar um seguimento e prestação de cuidados de forma continuada, indispensável aos doentes afectados pela diabetes. Em segundo lugar, deve-se ao facto de os profissionais dos cuidados de saúde primários possuírem uma visão integral do indivíduo, que pode facilitar a abordagem global das patologias associadas à diabetes. Finalmente, e em terceiro lugar, o tipo de relação com os seus utentes permite desenvolver acções de educação na consulta, sensibilizar e alertar utentes com práticas de risco, e também abordar problemas psicossociais dos afectados (tanto doentes como seus familiares), assim como participar em iniciativas dirigidas à comunidade.

Acreditamos, assim, que cabe a cada equipa de saúde desenvolver estratégias no combate à diabetes de acordo com a realidade do seu local de trabalho.

Sendo os cuidados de saúde primários o nosso objecto de reflexão, pensamos que os mesmos deveriam apoiar-se na cooperação e no trabalho de equipa entre prestadores de cuidados de saúde, indivíduos, famílias e grupos da comunidade.

Contudo, é interessante verificar, de acordo com Vuori (1984), em relação ao termo "cuidados de saúde primários", alguma confusão semântica e conceptual à volta da noção de equipa, a par da perigosa falácia de que o trabalho em equipa seria uma panaceia para tudo e para todos.

No campo da saúde, é a partir da década de 70, fruto de um crescente conhecimento científico e técnico, que os conceitos de equipa e trabalho de equipa começam a interessar

os profissionais de saúde. A este facto não está alheio o papel pioneiro que a Organização Mundial de Saúde tem, na reorganização de políticas e dos sistemas de saúde.

Os autores que, nas últimas duas décadas, têm abordado a experimentação e o desenvolvimento do trabalho em equipa, no âmbito dos cuidados de saúde primários, têm posto em evidência a sua superioridade em relação às formas clássicas de organização do trabalho. Lourenço (1989)

“Até 1990, em todos os Estados membros os sistemas de cuidados de saúde primários deveriam apoiar-se na cooperação e no trabalho de equipa entre prestadores de cuidados de saúde, indivíduos, famílias e grupos de comunidade. (OMS, As metas da saúde para todos, 1985)

A citada meta n.º 29, implica que os Estados membros invistam noutra modelo de políticas de saúde, tanto de formação dos profissionais de saúde, como de organização e gestão dos serviços de saúde, de forma a beneficiar a mudança de atitude e comportamentos, facilitando o trabalho em equipa, promovendo a participação comunitária, garantindo a cooperação intersectorial e desenvolvendo, desta forma, competências dos não-profissionais em matéria de cuidados.

Tendo em conta a ausência de tratamento curativo, a prevenção converte-se na arma mais eficaz, de combater ou travar esta pandemia. Mas, para realizar esta prevenção de forma eficaz, terá que necessariamente se conhecer a história da doença, para uma melhor actuação e intervenção junto da comunidade.

Num programa de gestão da doença, para que se atinjam os resultados pretendidos, há que dar início a este processo. Tal como refere Caetano (2002, p. 223), in Infarmed, “Esta constatação não obsta a que se iniciem alguns projectos-piloto que permitam, não só validar a aplicabilidade do conceito em Portugal, como retirar as necessárias conclusões sobre quais os impactos expectáveis e quais as principais barreiras a ultrapassar.”

Só operacionalizando este conceito é que se poderá avaliar os resultados. E por sua vez saber se estes são concordantes com tudo o que já foi anteriormente descrito, e uma base sustentável de trabalho.

Não haverá resultados positivos, se tal como, Guerra (2002, p. 192), refere, in Infarmed, se houver, “(...) *falta de uma estratégia integrada (...) a dominância do modelo biomédico.*”

A insistência numa política de saúde, baseada num novo modelo de gestão é a abertura para um novo cuidar.

3.2.6 – O Modelo de Cuidados Crónicos

Num sistema de governação clínica, os vários elementos da equipa de saúde, têm impreterivelmente que identificar a especificidade do papel de cada um, para deste modo poderem prestar cuidados eficientemente e eficazes.

De acordo com Muncey e Parker (2002), este entendimento, significa a responsabilização tanto de médicos como de enfermeiros na qualidade dos cuidados prestados, independentemente das suas áreas de intervenção. Requer uma verdadeira conjugação de esforços, entre todos os que exercem cuidados de saúde, mas no entanto neste sistema, as pessoas são os principais decisores nas questões que lhe dizem respeito.

Com este mesmo sentimento, Biscaia (2006, p. 71), reporta-se a governação clínica (*clinical governance*), como o enquadramento através do qual as organizações de saúde são responsabilizadas pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços, e pela criação de um ambiente que promova altos níveis de qualidade dos cuidados.

Concomitantemente com a prática reflexiva, os profissionais adquirem cada vez mais competências, que conduzem ao *empowerment* da pessoa com doença crónica.

Há necessidade de organizar tanto as equipas dos cuidados de saúde primários, como as dos cuidados de saúde secundários e terciários. As equipas que trabalham sob os auspícios da governação clínica, maximizam o uso dos recursos, e actuam de acordo com os princípios epidemiológicos e respondem à evidência da pesquisa. Muncey e Parker (2002)

Muitas das especialidades hospitalares empregam grande parte do tempo da sua actividade em cuidados a pessoas com doença crónica, todavia a maior parte das situações crónicas devem ser essencialmente seguidas na equipa multiprofissional no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Cada vez mais se sente uma enorme necessidade de promoção de cuidados, cuidados estes compartilhados entre médicos, enfermeiros e outros profissionais, tanto no âmbito dos cuidados de saúde primários, como secundários, e como alvo principal de atenção, a própria pessoa com doença crónica a sua família, ou os cuidadores informais.

Neste mesmo sentido, Muncey e Parker (2002) relatam que, o principal objectivo dos médicos na prestação de serviços de saúde é diagnosticar a doença e prescrever o tratamento. Isto deixa a enfermagem com a responsabilidade de ajudar a pessoa com diabetes a compreender o sentido da sua condição e negociar um plano de cuidados.

Reforçam que é importante que a pessoa perceba a orientação, objectivo do profissional de saúde, mas que por sua vez, que estes percebam que a pessoa com diabetes pode ter um conjunto de prioridades diferentes.

Para lidar com esta realidade, há necessidade de implementar um modelo de cuidados que se dirija à pessoa no seu todo. Para isso será necessária uma mudança de orientação de um modelo tradicional baseado numa abordagem por doença para um novo modelo, o de cuidados crónicos.

Este modelo permite ajudar as organizações de saúde a analisar os actuais cuidados, com base em 6 componentes. Os resultados obtidos podem ajudar a equipa a identificar áreas a melhorar.

Segundo o que se encontra descrito por Sousa (2005), este modelo deverá ter como componentes principais:

- 1 - a capacidade de mobilizar os recursos comunitários que vão ao encontro das necessidades das pessoas;
- 2 - a capacidade de criar uma cultura, organização e mecanismos que promovam a qualidade dos cuidados;
- 3 - o apoio à auto-gestão da doença, capacitando e preparando as pessoas para gerirem a sua própria saúde, as pessoas com diabetes têm um papel central promovendo-se a noção de co-responsabilidade;
- 4 - conceber um sistema de prestação de cuidados, eficaz, eficiente e auto-suficiente;
- 5 - promover cuidados que sejam consistentes com a evidência científica e as preferências das pessoas;
- 6 - organizar um sistema de informação clínica adequado a cuidados eficientes e efectivos, onde se tenha a possibilidade de dar continuidade aos cuidados prestados, tanto individualmente como a grupos de pessoas.

Tendo todos estes componentes como base, e como a pessoa com doença crónica é um elemento essencial na gestão da sua doença, o modelo de cuidados crónicos terá que ser desenvolvido numa perspectiva generalista. Orientado para os cuidados de saúde primários, mas focado na pessoa; este modelo é conhecido pela designação de modelo centrado na pessoa e promove uma abordagem em que se explora tanto a doença como a experiência de doença, procura-se compreender a pessoa de uma forma holística, encontrar um terreno comum para a gestão dos problemas, incorporar prevenção de doença e promoção de saúde e realçar a relação de todos os profissionais de forma realista.

Ao fazer recair as acções sobre estas áreas dos cuidados crónicos, o modelo concebe interacções produtivas entre as pessoas com doença, e estas por sua vez tomarão parte activa nos seus cuidados em conjunto com os prestadores, apoiados pelos recursos e competências de que são detentores.

Os desafios das próximas décadas implicam a preparação de equipas multiprofissionais preparadas com meios técnicos, recursos humanos e um modelo organizacional, capazes de responder às necessidades de saúde da população, apoiadas em normas de orientação clínica baseadas em evidência, com interesse para a pessoa. Para isso é necessário um novo paradigma de concepção e organização de cuidados de saúde, isto é um modelo de cuidados crónicos.

Bennett (2002), refere que na prestação de cuidados, a recolha de elementos clínicos para fazer um diagnóstico e o fornecimento de informação à pessoa com doença crónica sobre o seu problema de saúde, deveria ser evidente e eficaz, mas na realidade este facto está ainda longe de ser verdade. Tendo em conta esta lacuna, Ramos (2004), chama a atenção para o facto de, muitas vezes, os profissionais não terem em conta as verdadeiras necessidades dos utentes, e de não compreenderem o seu desejo de participação e informação sobre a doença e os tratamentos. Por vezes, a informação que o utente gostaria de ouvir não é dada, ou então, é dada de forma insuficiente, imprecisa e ambígua, com características demasiado técnicas e que podem acarretar consequências de vária ordem: *“Aumenta o sofrimento, a ansiedade, o stresse, a insegurança e dificulta a adaptação psicológica à doença; origina insatisfação quanto à qualidade dos cuidados prestados e quanto ao comportamento profissional dos profissionais de saúde; aumenta as dificuldades e/ou erros de avaliação e diagnóstico; diminui a adesão a comportamentos preventivos, a medidas protectoras de saúde e a tratamentos medicamentosos ou de reabilitação; aumenta a possibilidade de abandono e/ou descuido na procura de cuidados, de procura de cuidados noutros serviços ou ao nível de outros sectores, como por exemplo, as medicinas alternativas, e a “correria” de profissional para profissional, de serviço para serviço.”* (Meadow, 1968, 1980; Schone, 1977; Zuckman, 1979; Cunningham et al, 1985; Ramos, 1986, 1987, Baker, 1991), citados por Ramos (2004, p. 298 - 299)

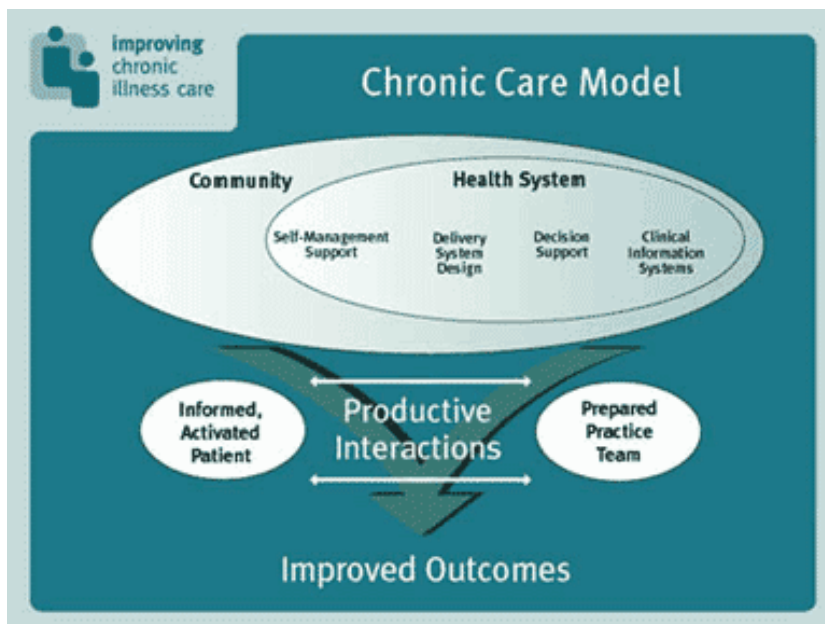


Figura 1 – Modelo de Cuidados Crónicos (MCC)

Fonte: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=the_Chronic_Care_Model&s=2

Segundo Wagner et al (2001), a base do Modelo de Cuidados Crónicos, resultou da fusão de um questionário sobre as melhores práticas, com a opinião de um painel de peritos e as investigações mais auspiciosas da literatura, e com um trabalho de melhoria da qualidade em diabetes, depressão e doença cardiovascular da *Group Health Cooperative*.

Da qualidade, da inovação, das boas práticas, da melhor evidência, do bem-estar das pessoas com doença crónica e da satisfação dos profissionais, corresponde a um percurso de enorme riqueza.

Muncey e Parker (2002), realça que o desafio de melhorar a saúde da população, requer parcerias entre utentes e profissionais. Por sua vez acrescenta, que as pessoas com doença crónica, devem negociar os cuidados de que serão alvo com o objectivo de minimizar as complicações ao longo prazo.

Segundo a OMS (2002), este Modelo de Cuidados Crónicos, evidencia as mudanças necessárias no sistema de saúde, tendo em conta a melhoria dos resultados.

O suporte à auto-gestão é um aspecto fundamental deste modelo, tendo em conta a centralidade da pessoa, informada e preparada para gerar interacções produtivas entre si (pessoa com doença) e o prestador de cuidados de saúde. Finalmente, os programas de sucesso incluem o planeamento de cuidados baseados na colaboração, e a solução dos problemas é centrada na pessoa. A equipa desenvolve um plano individualizado de cuidados com cada pessoa, que tem acesso a apoio quando se confronta com problemas. A diabetes

foi uma das situações crónicas incluídas na segunda aplicação experimental do Modelo de Cuidados Crónicos, por ter *guidelines* de cuidados baseadas na evidência. (ADA, 2002)

Tentar eliminar o fosso entre os cuidados recomendados e prestados exige, não só modificações no comportamento dos profissionais, mas também nos comportamentos de auto gestão das próprias pessoas portadoras de doença crónica. As mudanças no sistema de cuidados são igualmente necessárias para promover e instigar a educação, da pessoa para a auto-gestão que deve ser contínua, e para coadjuvar os comportamentos de auto-gestão da pessoa com doença, num contexto de trabalho de equipa.

Julgamos que o principal aspecto inovador deste modelo consiste precisamente no realce que dá à área da auto-gestão.

Tal como a OMS (2002), refere, é fundamental ter em conta os seus princípios orientadores, nomeadamente:

- a tomada de decisão com base em evidências científicas;
- ênfase na pessoa;
- ênfase na prevenção;
- ênfase na qualidade dos cuidados prestados;
- salienta a integração de todos os elementos numa equipa abrangente;
- relevância na flexibilidade e adaptabilidade.

Não se vai conseguir mudar ou aproveitar todas as potencialidades do Modelo, fazendo mais do mesmo ou pensando do mesmo modo.

Tem particular importância para este estudo a mudança centrada na pessoa, a gestão integrada da doença, a capacitação do próprio sistema de saúde para a inovação.

Biscaia (2006), relata que a mudança terá de ser feita no sentido de colocar a pessoa no centro, promovendo a equidade, valorizando a qualidade de vida, percebendo que saúde e doença fazem parte de um mesmo *continuum* multidimensional, e dando prioridade à promoção dos factores que permitem uma resposta favorável à saúde – os factores de saúde; os fenómenos de doença devem ser geridos de um modo integrado, desenvolvendo um trabalho em equipa.

Muncey e Parker (2002), dão realce à importância da pessoa com diabetes, dizem que a longo prazo, estes, devem transformar-se em pessoas peritas na área, portadoras de uma doença crónica.

II PARTE

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

4 – OPÇÕES METODOLÓGICAS - DA PROBLEMÁTICA AOS PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

*“Só aqueles que arriscam ir demasiado longe
ficarão a saber até onde podem ir.”*

T. S. Elliot

Este capítulo apresenta a abordagem metodológica seguida neste estudo. Definiremos o tipo de estudo, quais as técnicas de amostragem utilizadas, a forma como seleccionamos a amostra, os instrumentos de pesquisa utilizados para a recolha e análise de dados, os critérios da fiabilidade e validade dos mesmos.

O estudo teve como base a teoria da Gestão da Doença, o Modelo de Cuidados Crónicos e a evidência sobre as intervenções efectivas para os cuidados crónicos.

De acordo com Fortin (1999), a etapa inicial de um trabalho de investigação deve ter como base, encontrar um problema que interesse e preocupe o investigador e que ao mesmo tempo tenha importância para a disciplina que se pretende estudar.

Assim, o tema escolhido para a realização deste estudo, prende-se em primeiro lugar com as inquietações que surgem enquanto profissional na área da saúde, e também pela actualidade e pertinência que caracterizam as questões que se relacionam com as doenças crónicas, nomeadamente com a gestão da doença.

Esta preocupação faz sentido, tendo em conta as consequências que daí advêm para a saúde das populações, e a necessidade de se desenvolverem estudos que promovam a compreensão do fenómeno e permitam encontrar estratégias que melhorem este indicador, e traduzam em ganhos em saúde.

O Ministério da Saúde (2003), através do Plano Nacional de Saúde reconhecia esta problemática, e referia a importância de se estudar e combater as causas subjacentes às doenças relacionadas com os estilos de vida, onde se inclui a Diabetes.

Colaborar com a pessoa com diabetes a gerir a sua doença de forma adequada, é um grande desafio que se coloca actualmente aos profissionais de saúde que actuam nesta área. Reflectindo em todos estes pontos, surgiu a questão de investigação, que de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), deve partir de um problema que o investigador gostaria de resolver, ou uma questão a que gostaria de responder:

- **Em que medida as actuais práticas (médicas e de enfermagem) de cuidados de saúde para as pessoas com diabetes, utilizadoras do agrupamento de Centros de Saúde da Unidade E, se enquadram nos princípios da gestão da doença?**

É a partir desta questão, que iremos desenvolver a nossa investigação, tentando encontrar respostas que nos ajudem a compreender melhor a problemática em estudo. Tendo em conta as considerações empíricas e teóricas apresentadas.

4.1 – As Variáveis

Depois do primeiro passo dado numa pesquisa científica, isto é, a formulação clara do problema, o seguinte é a construção de hipóteses.

As hipóteses, supostas repostas ao problema a ser investigado, estão justificadas neste estudo, face ao uso da teoria da Gestão da Doença, a qual serviu de base para a explicação das mesmas. Gil (1999)

Podemos ainda acrescentar que as hipóteses, *“Conduzem à verificação empírica, que é o propósito da pesquisa científica.”* Gil (1999, p. 56)

Por outro lado, estas garantem à pesquisa uma orientação, servem como um guia condutor/orientador. Bell (2004)

De acordo com o referido por vários autores, permite assim, uma escolha mais criteriosa dos casos a estudar e dados a recolher, assim como uma delimitação mais concreta do campo dos acontecimentos, conduzindo a uma provável resolução do problema. (Gil, 1999; Bell, 2004; Quivy, 2003)

Quivy (2003, p. 119 – 120), refere que, *“(...) a hipótese fornece à investigação um fio condutor, particularmente eficaz que, a partir do momento em que ela é formulada, substitui nessa função a questão da pesquisa, mesmo que esta deva permanecer presente na nossa mente.”*

Da totalidade das oito hipóteses, as seis primeiras, designadas como específicas, surgem, do Modelo dos Cuidados Crónicos. Elas reflectem as categorias não tradicionais de intervenção dos cuidados crónicos, reconhecidas pela evidência como capazes de gerar interacções produtivas entre a pessoa com diabetes e a equipa de prestadores de cuidados de saúde (médicos e enfermeiros, neste estudo).

Visto não estarem satisfeitas as condições para os testes estatísticos de hipóteses, a sua confirmação / não confirmação depende de pressupostos directamente relacionados com os resultados dos *scores* obtidos. As duas últimas, designadas como hipóteses gerais, derivam das específicas e a sua aceitação / não aceitação depende dos resultados obtidos nas hipóteses específicas, que as precedem. As hipóteses específicas sugerem relações positivas de natureza associativa, tal como diz Gil (1999, p. 59), "(...) *associação entre uma disposição e uma resposta.*" São formuladas nos seguintes termos:

- **Hipótese 1** – A organização global da provisão de cuidados de saúde (liderança, objectivos, incentivos) está positivamente orientada para uma resposta efectiva das necessidades das pessoas com diabetes.
- **Hipótese 2** – Há integração e coordenação positivas entre os três níveis do sistema de prestação de cuidados (prática dos médicos e enfermeiros nestes níveis), e os recursos existentes na comunidade. (programas de auto-gestão baseados na comunidade)
- **Hipótese 3** – A nível prático, existe apoios efectivos à auto-gestão (integração dos apoios de auto-gestão na rotina dos cuidados) que contribuem positivamente, de forma explícita para ajudar a pessoa/família (cuidados informais, a enfrentar os desafios/complicações/problemas da diabetes mellitus, tendo por objectivo a sua minimização).
- **Hipótese 4** – A nível prático, o acesso dos médicos e enfermeiros à informação baseada na evidência, está positivamente associado ao suporte à decisão para tratar a pessoa com diabetes de forma custo-efectiva.
- **Hipótese 5** – A nível prático, a organização do sistema de prestação de cuidados contempla mudanças positivas nas práticas organizacionais visando uma gestão efectiva da diabetes.
- **Hipótese 6** – A nível prático, o sistema de informação disponibiliza uma informação útil e em tempo oportuno, acerca dos resultados clínicos, humanísticos e económicos (análise de custos globais), relacionados com os doentes individualmente ou com populações de pessoas com diabetes e que são utilizadas positivamente como meios de suporte às tomadas de decisão, na prestação de cuidados.
- **Hipótese geral 1:** Os Centros de Saúde da Unidade E, mantêm características de um sistema fragmentado, condicionador de uma abordagem da diabetes mellitus predominantemente episódica e reactiva.

- **Hipótese geral 2:** A gestão da doença, ao integrar os aspectos clínicos com os da gestão e melhoria da qualidade dos cuidados pode contribuir, na prática, para uma integração efectiva das componentes essenciais dos cuidados crónicos.

4.2 – Tipo de Estudo

A problemática desenhada, a pergunta de partida e os objectivos estabelecidos apontam para a realização de um estudo transversal, e de natureza exploratório-descritivo.

Como salienta Gil (1999, p. 43), a pesquisa exploratória, *“Tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias (...) são desenvolvidas com o objectivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado facto.”*

O mesmo autor (1999, p. 44), acrescenta que em relação às pesquisas descritivas, estas, *“Têm como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.”*

Reforça ainda que, *“As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a actuação prática.”*, como a grande preocupação que consta, no presente estudo.

No contexto em que decorreu o estudo, nunca se efectuou uma investigação que explorasse este fenómeno, e a nossa intenção é, *“(...) estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação”*. Carmo e Ferreira (1998, p. 213)

Procedeu-se a uma recolha retrospectiva de dados com o objectivo de caracterizar, de forma quantitativa, através de um questionário (ACIC), a situação da Gestão da Diabetes enquanto doença crónica em cuidados de saúde primários.

Tal como Quivy (2003, p. 188), nos refere em relação a este método de recolha de dados, *“Consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas (...) ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema (...)”*.

Reportando-nos ao que Bell (2004, p. 19 - 20), escreve, *“Os investigadores quantitativos recolhem os factos e estudam a relação entre eles. Realizam medições com a ajuda de técnicas científicas que conduzem a conclusões quantitativas e, se possível, generalizáveis.”*

Quanto à doença, objecto deste estudo, os factores chave que determinam se uma doença é abordável pela gestão da doença são, segundo Coons SJ (1996):

- serem doenças crónicas;
- representarem custos elevados para o sistema de saúde;

- apresentarem variabilidade nas práticas de tratamento;
- os doentes terem um grande potencial para o *empowerment* através da educação.

A doença seleccionada, a diabetes, reúne quer teórica, quer empiricamente todas estas características.

4.3 – Objectivos do Estudo

Com a elaboração deste trabalho, pretendemos contribuir para uma adequada intervenção à pessoa com diabetes no âmbito dos cuidados de saúde primários. Para isso, é necessário conhecer como é que os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, realizam as suas práticas no âmbito da prestação de cuidados às pessoas com diabetes, nos cuidados de saúde primários.

Assim, estabelecemos como objectivos de estudo:

Objectivo principal do estudo

✦ **Compreender em que medida as actuais práticas (médicas e de enfermagem) de cuidados de saúde para as pessoas com diabetes, utilizadoras da Unidade E, se enquadram nos princípios da Gestão da Doença.**

4.4 – As técnicas e instrumentos de Colheita de Dados

Há que decidir quais os métodos que se adequam à nossa finalidade e seleccioná-lo. Tendo em conta o propósito deste estudo, isto é, a preocupação com a prática dos cuidados, julgamos pertinente o uso de um questionário já traduzido e aplicado num outro estudo a nível nacional.

Citando Bonomi et al (2000), o questionário (anexo VII), no original americano é designado como, "*Assessment of Chronic Illness Care*" (ACIC), o qual foi desenvolvido para ajudar as equipas das organizações de prestação de cuidados a identificar áreas de melhoria da qualidade dos cuidados para as doenças crónicas, assim como avaliar o nível e a natureza das melhorias introduzidas nos seus sistemas. Este instrumento de colheita de dados, baseia-se em 6 áreas (também designadas como categorias ou partes), de mudança nos sistemas de saúde que integram o Modelo de Cuidados Crónicos.

É um questionário que apresenta a estrutura geral ilustrada no **quadro 1**.

De acordo com Carmo e Ferreira (1998), trata-se de um inquérito por questionário porque é administrado à distância, isto é, sem a presença do investigador.

Assim, para a recolha de dados efectuou-se um inquérito por questionário.

Esta escolha do método de recolha de dados, teve em conta a linha de pensamento de vários autores tais como (Gil, 1999; Quivy, 2003; Bell, 2004), que referem, que este método possibilita atingir um número elevado de pessoas, isto, mesmo que se encontrem dispersas numa área geográfica muito extensa. E esta situação está presente neste estudo, uma vez que a Unidade E é constituída por um conjunto de 6 Centros de Saúde do distrito de Lisboa, cuja superfície abrange no total, 1 577,5126 Km².

O propósito seria que as pessoas respondessem no momento que julgassem mais conveniente sem que houvesse influência do investigador, assim como garantir o anonimato das respostas.

A utilização deste questionário teve com objectivo, tal como já referido, dar a conhecer em que medida é que as práticas (médicas e de enfermagem) se enquadram no conceito da gestão da doença, usando como princípios orientadores o modelo de cuidados crónicos.

Quadro 1 - A estrutura e dados do Questionário

ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO	
Tipo	Perguntas fechadas
Medição	<i>Score</i> identificado numa escala ordinal com 4 níveis
Áreas de Conteúdo (categorias ou partes)	6 + 1
N.º de componentes (itens)	32
Ordem das questões	Fixa
Administração	Auto - administrado
Tempo de resposta solicitado	4 semanas
Folha de instruções	Anexa
Número de questionários	204 (um por pessoa)
Total de questionários distribuídos	204
Taxa de resposta	49,5%

Segundo Guerra (2002), as 6 categorias de conteúdo, representando aspectos chave dos cuidados crónicos, no original e na tradução designadas como partes (variáveis não directamente medidas), foram identificadas por um painel de peritos, estando solidamente baseadas na evidência e nos princípios da gestão da doença. Cada uma destas categorias integra uma série de componentes (itens), que constituem as variáveis directamente mensuráveis (ver anexo VII). Segundo Bonomi et al (2000), a versão original do questionário apresenta 28 itens que cobrem as 6 áreas de conteúdo do Modelo de Cuidados Crónicos: Organização dos Cuidados de Saúde (6 itens); Ligações aos Recursos da Comunidade (3 itens); Suporte à Auto-Gestão (4 itens); Desenho do Sistema de Prestação (6 itens); Suporte à Decisão (4 itens); e Sistemas de Informação Clínica (5 itens). As respostas para cada item distribuem-se em 4 níveis descritivos de implementação variando desde o “pouco ou nada” até à “intervenção totalmente implementada”. Dentro de cada um dos 4 níveis, é pedido aos respondentes que escolham uma das três avaliações do nível ao qual a descrição se aplica. Os resultados posicionaram-se numa escala de 0 – 11, em que o “11” representa o suporte óptimo para cuidados crónicos. Assim, os *Scores* totais representam o nível da função

organizacional para os cuidados crónicos relacionados com a doença seleccionada. Os *Sub-Scores* para cada das sete (6-1) categorias (1, 2, 3a, 3b, 3c, 3d, 3e), resultam da soma das escolhas de resposta para cada item (componente), dividindo-se pelo número de itens correspondente.

A operacionalização das variáveis baseia-se numa escala ordinal com um *Score* de 0 a 11, representando o 0 o nível mais baixo ou de quase ausência de cuidados (*Score* 0 – 2) e o 11 (*Score* 9 – 11) o nível mais elevado, de excelência dos cuidados crónicos. Esta escala desdobra-se em quatro níveis, de um *continuum* de cuidados: **D** (0 a 2), **C** (3 a 5), **B** (6 a 8) e **A** (9 a 11).

Obtivemos, junto do autor da tradução do questionário para português, a respectiva autorização formal (anexo IX), não só para a sua aplicação no estudo, como para a sua alteração, alteração esta, pontual adaptada apenas aos objectivos deste estudo. Salientamos que este questionário é um dos primeiros instrumentos abrangentes especificamente focalizado sobre a organização dos cuidados para doenças crónicas. Ele foi primeiramente desenvolvido como um instrumento prático de melhoria de qualidade para ajudar as equipas de saúde a avaliar as forças e fraquezas das suas prestações de cuidados para doença crónica nas seis áreas definidas no Modelo de Cuidados Crónicos. Wagner EH (1996, 2001) e consideradas como intervenções efectivas para assegurar a continuidade e a melhoria da qualidade dos cuidados crónicos.

A administração do questionário foi feita somente após o pedido de autorização oficial para a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – extinta Sub – Região de Saúde de Lisboa, pela Coordenadora (anexo VIII). Contactamos pessoalmente todos os Centros de Saúde que constituíram a amostra, tendo optado pela entrega pessoal dos questionários aos directores e enfermeiros chefes, excepto numa organização, em que procedemos à entrega pessoal de todos os questionários aos profissionais incluídos na amostra sendo neste a taxa de entrega de 100%.

Quer os directores, quer os enfermeiros chefes ou eventualmente enfermeiros com a responsabilidade de chefia atribuída, procederam à entrega dos mesmos em reuniões de serviço ou de outro modo que consideraram mais pertinente.

Consideramos que esta estratégia adoptada (intermediários) não foi uma boa escolha, pois tal como nos descreve Gil (1999, p. 138), "*Quando os questionários forem aplicados em grupo, tornar-se-á necessário que a atmosfera da secção seja suficientemente séria para que sejam respondidos objectivamente.*"

Julgamos que a mensagem não foi bem conseguida pelos intermediários deste processo, tendo sido necessário a nossa presença e grande insistência e persuasão, verificando-se uma grande dificuldade na obtenção dos questionários respondidos.

A informação foi transmitida verbalmente, mas constava igualmente na folha de instruções do questionário. Foram entregues 204, o número de questionários correspondentes ao número de profissionais com critérios de inclusão na amostra.

Totalizando 101 questionários, respondidos. O tempo de resposta, apesar de estar previamente definido, variou entre 4 semanas e 3 meses, mais do que inicialmente esperado, tendo-se inclusive verificado uma taxa de não resposta de 50,5%.

Assim, a taxa de resposta foi de 49,5% (**quadro 1**).

Procedemos a recolha directa em todos os Centros de Saúde, contudo em um deles procederam ao envio de dois questionários por correio.

O preenchimento dos questionários obedeceu a um critério de auto-administração pelos respondentes.

Vários autores, tal como Carmo e Ferreira (1998), alertam, que há que prevenir a elevada taxa das não respostas, que é um dos problemas dos inquiridos por questionário. Estávamos cientes, que esta pesquisa abordaria uma temática de interesse evidente para os inquiridos, sendo todos com formação superior na área da saúde, julgamos que haveria uma maior tendência a cumprir o desafio proposto.

Todavia, não sendo o sistema de perguntas considerado por nós o mais simples em termos de objectividade, tinha no entanto, instruções muito claras. Como estratégia de reforço, foi solicitado a elementos exteriores ao estudo, credíveis na área da saúde, para incentivar a adesão dos inquiridos.

4.5 – Pré - Teste

Consideramos não ser necessário aplicar o pré-teste do já referido questionário. Contudo, Bell (2004, p. 129) refere que, "*O objectivo de um exercício-piloto consiste em descobrir os problemas apresentados pelo instrumento de recolha de informação (...) de modo que os indivíduos no seu estudo real não encontrem dificuldades em responder (...)*".

Uma vez que este questionário já tinha sido aplicado a uma população com as mesmas características, não foi considerado relevante. Julgamos que a validade e precisão do questionário estava presente. Gil (1999)

4.6 – Contextualização e Caracterização do Local do Estudo

Esta breve descrição tem como finalidade o melhor conhecimento da realidade da área de abrangência deste agrupamento de Centros de Saúde, da Unidade E – caracterizada por um conjunto de seis Centros de Saúde, respectivamente, Centro de Saúde de Alenquer, Alhandra, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Póvoa de Santa Iria e Vila Franca de Xira. No total abrange 4 Concelhos do distrito de Lisboa.

Os recursos humanos, nomeadamente, os cerca de 100 médicos e cerca de 104 enfermeiros, que exercem a sua actividade nestes Centros de Saúde, têm como missão dar resposta a nível de cuidados de saúde a cerca de 210 774 pessoas inscritas, dos quais 6 470, têm diagnosticado, uma doença crónica, a diabetes. Dados constantes no programa SINUS dos respectivos, Centros de Saúde, e fornecidos pelos mesmos Centros de Saúde, objecto deste estudo. (Anexo X)

Esta Unidade, situa-se no distrito de Lisboa, extinta Sub-Região de Saúde de Lisboa, e actualmente, dependente da respectiva Administração Regional de Saúde, de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.

Este trabalho de caracterização global da Unidade E, poderá fornecer pistas quanto a possíveis áreas de intervenção no âmbito da gestão da doença, visando eventuais correcções e uma melhoria dos cuidados à pessoa com doença crónica, nomeadamente diabetes.

Só um melhor conhecimento do objecto de intervenção deste trabalho, fornece os instrumentos necessários para se poder actuar sobre ele de forma eficaz.

No âmbito da saúde, este objecto é alvo de um esforço diário constante, que são sem dúvida as pessoas, mas também o ambiente em que estão inseridas.

Conhecer a realidade humana e circunstancial desta Unidade, torna-se pois, mais do que um pretexto para um trabalho de Mestrado, um meio para o trabalho que desenvolveremos no futuro, no terreno, aprendendo com a realidade, para além dos modelos teóricos.

Contando com o vertiginoso aumento das doenças crónicas, a actuação em equipa multiprofissional exige medidas audaciosas. As equipas terão que aumentar a capacidade de intervenção para lidar com o crescente problema desta doença crónica.

Tal como WHO (2002) descreve, o futuro depende da escolha feita hoje. Ainda reforçando com o que o relatório mundial refere, WHO (2002), é reforçada a relevância dos cuidados de saúde primários numa intervenção pró-activa. Nos países em desenvolvimento, as doenças

crónicas surgem basicamente no nível dos cuidados de saúde primários, e devem ser cuidadas principalmente nesse âmbito. No entanto, grande parte dos cuidados de saúde primários está voltada para problemas agudos e mais urgentes das pessoas. Como parte de um conjunto de esforços, deve-se em primeiro lugar melhorar os cuidados de saúde primários.

Sem sermos ambiciosos e audazes na nossa visão, esta Unidade, apenas serve de espelho, provavelmente do todo, que é o Sistema Nacional de Saúde. Este sim, terá que se antecipar, com uma intervenção adequada, porque se tal não acontecer, poderemos ter que enfrentar, um flagelo. Como nos relata a WHO (2002), a doença crónica, não só será a primeira causa de incapacidade em todo o mundo, até ao ano 2020, mas também se tornarão nos problemas de saúde mais dispendiosos para os nossos sistemas de saúde, isto se não forem tomadas medidas de gestão da doença adequadas.

Descreve também que, se assim for, os resultados dos serviços integrados serão, sem dúvida, saúde melhorada, menos desperdício, maior eficiência e uma experiência menos frustrante para as pessoas com doença crónica, e para as equipas que com eles colaboram.

Os mapas que se seguem, permitem-nos uma melhor visualização da localização geográfica de todos os Centros de Saúde estudados.

Este estudo, serviu também para o conhecimento real de diabéticos inseridos nesta base de dados neste agrupamento de Centros de Saúde da Unidade E, utilizando para o efeito o sistema informático disponível (SINUS).

4.6.1 - Dados Epidemiológicos da Diabetes na Unidade E

Em 1998 foi subscrito um Protocolo de actuação entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS), a Federação das Associações de Diabéticos, e a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD), assim como com todas as entidades externas intervenientes no processo de cuidados prestados à população com diabetes, que viria a ser subscrito, apenas em 2000, por todos os restantes sistemas de saúde. As farmácias e associações grossistas, prescindiram da sua margem legal de lucro, na comercialização dos produtos de auto-injecção e auto-vigilância, com a finalidade de promover a operacionalização das estratégias consideradas fundamentais para a implementação do Programa Nacional.

A estratégia Nacional de Saúde 1998-2002 permitiu definir as linhas de acção do programa, a operacionalizar num serviço de saúde, com componentes de actuação modeladas pelas

diferentes formas de provisão de cuidados e seu pagamento, com o propósito de que fosse possível promover a equidade dos mesmos centrando aqueles no cidadão.

A primeira medida, seria então a identificação da população alvo, e esta, foi tornada possível através da dispensa do Guia do Diabético, como instrumento de acesso aos benefícios oferecidos pelo protocolo já referenciado, no acesso aos produtos de autoinjecção e autovigilância. A associação, da dispensa do Guia, e a codificação no cartão de utente do SNS permitiu a criação de um registo nacional, com sede nominal nos Centros de Saúde. Os dados relativos aos Centros de Saúde, foram obtidos tendo em conta este sistema.

O Guia do Diabético foi criado com o objectivo de permitir ao diabético a obtenção de informação individualizada sobre os seus objectivos de tratamento, e a sua progressiva monitorização, desde que adequadamente utilizado, quer pelos mesmos, quer pelos profissionais de saúde seus cuidadores.

A identificação nominal nos Centros de Saúde permitiu a base para convocatória para actividades de prevenção, revestindo-se de particular importância a incidência da retinopatia diabética, considerada como a primeira causa de cegueira não traumática antes dos 50 anos. Dos dados obtidos junto dos respectivos Centros de Saúde da Unidade E, conclui-se que no total, esta Unidade abrange 210 774 pessoas inscritas, e destas 6 470, estão diagnosticadas como diabéticas.

De uma forma mais precisa:

- O Centro de Saúde de Alenquer, possui 40 892 utentes inscritos, com 755 diagnosticados com diabetes;
- O Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos, possui 10 889 utentes inscritos com 672 diagnosticados com diabetes;
- O Centro de Saúde de Alhandra, possui 48 299 utentes inscritos com 2 223 diagnosticados com diabetes;
- O Centro de Saúde de Vila Franca de Xira, possui 33 490 utentes inscritos com 1 580 diagnosticados com diabetes;
- O Centro de Saúde da Póvoa de Santa Iria, possui 54 767 utentes inscritos com 553 diagnosticados com diabetes;
- O Centro de Saúde de Azambuja, possui 22 437 utentes inscritos com 687 diagnosticados com diabetes.

Dados fornecidos pelos respectivos Centros de Saúde, objecto deste estudo. (Anexo XI)

Todavia, acreditamos, tal como nos descreve Correia (2008), que em Portugal ainda existe um número considerável por diagnosticar, esta área com apenas 3.06% diagnosticados desta do que se estima em termos nacionais.

Mapa 1 – Concelho de Alenquer

Fotografia 1 – Centro de Saúde de Alenquer



Fonte: <http://viajar.clix.pt/com/index.php>

O **Concelho de Alenquer** situa-se na Estremadura e faz parte do distrito de Lisboa. Tem uma superfície de 302.160.656 km² e entre os quinze concelhos que formam o distrito, apenas o de Torres Vedras e o de Sintra superam esta área.

Na carta distrital o concelho desenha aproximadamente um quadrado. Ao norte está limitado pelos concelhos de Azambuja e Cadaval, ao sul pelos de Vila Franca de Xira, Arruda dos Vinhos e Sobral de Monte Agraço, a poente pelo de Torres Vedras e a nascente pelo de Azambuja e pelo rio Tejo.

Está repartido pelas seguintes 16 freguesias: Abrigada, Aldeia Galega, Aldeia Gavinha, Cabanas de Torres, Cadafais, Carnota, Carregado, Meca, Olhalvo, Ota, Pereiro de Palhacana, Ribafria, Santo Estêvão, Triana, Ventosa e Vila Verde dos Francos.

Mercê da sua disposição em encosta, partindo do topo de um outeiro em direcção ao vale, há muito que Alenquer conquistou o epíteto de "Presépio de Portugal".

Possui um riquíssimo património: sítios pré-históricos, castelos, conventos, igrejas, ermidas, quintas e casas senhoriais. Cabeça, há oito séculos, de um vasto concelho – terceiro em área no distrito de Lisboa – limitado a norte pelas faldas do Montejunto e a sul pela campina do Ribatejo, apresenta uma paisagem característica, transição entre o campo outeirado da Estremadura e a planície, onde a vinha é predominante e base ancestral da sua economia.

O concelho de Alenquer apresenta uma população residente de 39 069 habitantes (censos 2001), sendo que a freguesia mais representativa é a do Carregado com 8 974 habitantes (censos 2001).

O concelho de Alenquer pode ser visto, em traços gerais, como um espaço em processo de expansão, sobretudo urbanisticamente, e em que a base económica é fortemente marcada pela agricultura, em especial a vinha e o vinho.

O sector primário revela um peso ainda significativo da população a trabalhar nas actividades agrícolas, identificando-se como um sector de especialização. A actividade agrícola desenvolvida em regime de acumulação com outras actividades e a tempo parcial.

No que ao sector secundário diz respeito, verifica-se relevância da actividade extractiva que se baseia na oferta de materiais para a construção civil, e que se assume como um vector de especialização concelhio.

Por sua vez, no sector terciário assiste-se ao peso dos serviços mais directamente relacionados com a actividade produtiva, nomeadamente o comércio grossista.

Mapa 2 – Concelho de Arruda dos Vinhos

Fotografia 2 – Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos



Fonte: <http://viajar.clix.pt/com/index.php>

O **Concelho de Arruda dos Vinhos** situa-se no Distrito de Lisboa, confinando a Sul com o Município de Loures, a Norte com o de Alenquer, a Poente com os de Sobral de Monte Agraço e Mafra e a Nascente com o de Vila Franca de Xira. Faz parte integrante da Associação do Municípios do Oeste. Com uma área total de 77,7 Km² (representando 2,8 % da superfície do distrito), este Concelho é constituído por 4 freguesias: Arruda dos Vinhos (34,24 km²), Arranhó (21,23 Km²), S. Tiago dos Velhos (16,25 km²) e Cardosas (5,99 km²). A Freguesia de Arruda dos Vinhos é muito diversificada, apresentando zonas mais urbanas e zonas muito rurais, onde existem Casais e Quintas Agrícolas. Ao nível das actividades

secundárias estão implantadas algumas indústrias, nomeadamente na Zona Industrial de Corredouras. O sector terciário é o que prolifera. Os Entrepósitos Comerciais, nomeadamente nas vertentes do comércio de frutas e de sucatas, assim como os transportes comerciais são as principais actividades económicas da Freguesia de Arranhó e Santiago dos Velhos. É na Freguesia de Arranhó que se desenvolverá o complexo da Zona Industrial de Reciclagem. A Freguesia de Cardosas apresenta muitas características rurais, vivendo essencialmente do sector agrícola. No que à população concerne, Arruda dos Vinhos apresenta uma população residente de 10 350 indivíduos (censos 2001), sendo que a maioria desta população reside na Freguesia de Arruda dos Vinhos (5835 habitantes) e a minoria na Freguesia de Cardosas (746 habitantes).

Mapa 3 – Concelho de Azambuja

Fotografia 3 – Centro de Saúde de Azambuja



Fonte: <http://viajar.clix.pt/com/index.php>

Município geograficamente caracterizado como o mais oriental do distrito de Lisboa, localização que o torna charneira e porta de entrada na Grande Lisboa, quer por auto-estrada, quer por Caminho de Ferro.

Estendendo-se por uma área de 261,652 Km² onde vivem cerca de 22 000 pessoas, tem o rio Tejo como limite natural Sul, que o separa dos concelhos de Vila Franca de Xira, Benavente e Salvaterra de Magos, circunvizinho ainda dos municípios do Cartaxo, Santarém, Rio Maior, Cadaval e Alenquer. Composto hoje de muitos aglomerados habitacionais, lugares e aldeias, relativamente importantes que têm como cabeça a sede das nove freguesias - Alcoentre, Aveiras de Baixo, Aveiras de Cima, Azambuja, Macussa, Manique do Intendente, Vale do Paraíso, Vila Nova da Rainha e Vila Nova de São Pedro.

A nível populacional, em Azambuja residem 20 837 habitantes (censos 2001), sendo que a freguesia mais populosa é a de Azambuja com 6 914 habitantes (censos 2001).

Região essencialmente agrícola, o concelho de Azambuja tem no vinho, no milho e no arroz os seus mais importantes produtos. A nível industrial, as principais áreas que proliferam no concelho são basicamente a da logística e a automóvel.

Mapa 4 – Concelho de Vila Franca de Xira**Fotografia 4 – Centro de Saúde de Alhandra**

Fonte: <http://viajar.clix.pt/com/index.php>

Fotografia 5 – Centro de Saúde de Vila Franca de Xira**Fotografia 6 – Centro de Saúde da Póvoa de Santa Iria**

Na encruzilhada dos caminhos do Norte e das estradas do Sul, com a Ponte Marechal Carmona a ligar as margens, surge a cidade de **Vila Franca de Xira**. A meia hora de Lisboa, Vila Franca de Xira divide-se essencialmente em duas zonas distintas: a Zona Oriental, constituída pela Lezíria e Mouchões e a Zona Ocidental, onde se distinguem por sua vez, duas áreas: a faixa litoral do Tejo, caracterizada pela localização dos núcleos urbanos com alguma indústria e o interior, caracterizado nomeadamente pela agricultura de pequena propriedade. Vila Franca de Xira, possui características singulares numa região de transição entre a Estremadura e o Ribatejo.

É possível usufruir em todo o **Concelho**, de uma cultura específica e diversificada ligada à trilogia – Toiro, Campino e Lezíria -, ao mesmo tempo que a Gastronomia e o Folclore vêm assinalando ao longo do tempo, a origem diversa dos seus habitantes.

Com uma população residente de 122 908 habitantes (censos 2001) e uma superfície de 936 Km², a melhoria das comunicações rodoviárias, com a construção da ponte sobre o Tejo e o troço da auto-estrada Lisboa - Vila Franca, consolidou o processo de industrialização, atraindo para a região populações de diversas zonas do País. A par da actividade industrial também a agricultura, praticada na Lezíria, provocou uma forte corrente migratória, principalmente da Beira e do Alentejo. A criação de gado bravo nas Lezírias de Vila Franca de Xira, trouxe a esta região o gosto e a vivência das festas ligadas à tauromaquia e ao campino. Ao nível da actividade económica, actualmente, o concelho apresenta uma estrutura bastante terciarizada, centrada no comércio, serviços prestados a empresas e logística, tendo o sector secundário diminuído o peso que detinha, principalmente na indústria transformadora.

De salientar ainda que este concelho é composto por 11 freguesias: Alhandra, Alverca do Ribatejo, Póvoa de Santa Iria, Cachoeiras, Calhandriz, Castanheira do Ribatejo, Forte da Casa, São João dos Montes, Vialonga, Sobralinho e Vila Franca de Xira. A freguesia mais representativa do concelho é a de Alverca do Ribatejo com 29 086 habitantes (censos 2001).

4.7 – Selecção da Amostra

Na amostra foi considerada a população de médicos e enfermeiros que exercem a sua actividade nos 6 Centros de Saúde que constituem a Unidade E.

É uma amostra não probabilística seleccionada por conveniência utilizando-se um grupo de participantes que se mostrou disponível e voluntário, no entanto os resultados “(...) *não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência, mas do qual se poderão obter informações preciosas, embora não as utilizando sem as devidas cautelas e reserva*” Carmo e Ferreira (1998, p. 197).

Reportando-nos ao que escreve Gil (1999, p. 101), sobre amostras não probabilísticas encontramos que “ (...) *grupo (...) dependendo unicamente de critérios do pesquisador. Este mesmo autor (1999, p. 104), no que diz respeito à amostra seleccionada por conveniência diz que, “(...) selecciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo. Aplica-se este tipo de amostragem em estudos exploratórios (...)*”.

Neste tipo de estudo, é mais importante averiguar se a amostra é susceptível de fornecer dados válidos e completos do que questionarmos se os dados são ou não representativos da população de onde provém a amostra.

Foram definidos como critérios de inclusão na amostra:

- Ser médico de medicina geral e familiar;
- Ser enfermeiro;
- Prestar cuidados de saúde nos Centros de Saúde que integram a já referenciada Unidade E;
- Prestarem cuidados à pessoa com diabetes no âmbito dos cuidados de saúde primários;
- Mostrar disponibilidade para participar no estudo.

Terminámos a recolha de dados quando atingimos os 101 participantes, nomeadamente 71 enfermeiros e 30 médicos inquiridos.

Quadro 2 - Os Médicos e Enfermeiros que integram a amostra

Centro de Saúde	Médicos	Enfermeiros
C S Alenquer	17	20
C S Alhandra	22	20
C S Arruda dos Vinhos	4	9
C S Azambuja	13	18
C S Alhandra	16	16
C S Póvoa de Santa Iria	28	21
TOTAL	100	104

Trata-se de uma amostra heterogénea, que partilha da característica comum de serem profissionais na área da saúde pertencentes a organizações de prestação de cuidados da rede nacional de cuidados de saúde, com recursos a populações heterogéneas, onde são cuidadas pessoas com diabetes, objecto deste estudo.

4.8 – Procedimentos

Após termos definido o estudo que pretendíamos realizar, em Janeiro de 2007, enviamos por escrito, à Coordenadora da Sub-Região de Saúde de Lisboa, o pedido para a realização da investigação na Unidade E.

Foi concedida a autorização por escrito (Anexo VIII), com a indicação que no final do trabalho, os directores dos respectivos Centros de Saúde devem ter conhecimento dos resultados obtidos.

Assim, o trabalho de campo teve início a 1 de Março e terminou a 31 de Maio de 2007. O recrutamento dos participantes do estudo, foi efectuado através de contacto directo com todos os directores e enfermeiros chefes dos Centros de Saúde, solicitando que colaborassem na distribuição e recolha dos questionários, encontrando-nos disponíveis para qualquer esclarecimento.

Como houve grande dificuldade em recolher os questionários, reformulou-se a estratégia e houve muitos contactos pessoais, quer nos próprios Centros de Saúde, quer em outros locais

onde os mesmos profissionais também eram colaboradores. Isto, na tentativa de reunir o maior número possível de questionários.

A nossa premissa inicial de que médicos e enfermeiros deveriam ter predisposição para participar nele interessadamente e sem reservas, que não as decorrentes dos condicionalismos do seu próprio trabalho, não correspondeu às nossas expectativas. A adesão foi muito, mas muito difícil, provavelmente fruto da recente reforma dos cuidados de saúde primários, reforma esta com repercussões num futuro próximo, tanto na estrutura do sistema como no modelo organizacional de cuidados.

4.9 – Questões Éticas

Com a realização do estudo, os ganhos para os participantes traduzem-se na tentativa de conhecer melhor na realidade o conceito da gestão da doença, e a partir daí melhorar as práticas e as estratégias de intervenção, com vista à obtenção de uma melhoria da eficiência e da qualidade dos cuidados diabéticos visando a obtenção de melhores resultados clínicos e de maior bem estar para as pessoas.

4.10 – Tratamento e Análise dos Dados

Após a realização dos questionários e respectiva codificação de respostas, elaborou-se uma base de dados com o intuito de procedermos ao tratamento dos mesmos. Para tal, recorreremos a uma investigação detalhada da informação recolhida, recorreu-se à estatística descritiva, através do *Programa Statistical Package for Social Sciences 13,0 for Windows* (SPSS for Windows).

O tratamento estatístico constitui uma análise, à luz da estatística descritiva utilizada para caracterizar a população respondente, recorrendo a Frequências – absolutas (n.º) e relativas (%); Medidas de tendência central – média (X) e Medidas de dispersão ou variabilidade – desvio padrão ().

“A estatística descritiva e indutiva permite, com base nos elementos observados ou experimentados, tirar conclusões para um domínio mais vasto, de onde esses elementos provieram”. (Pestana, M.; Gageiro, J., 2000)

Alguns dados e resultados pertinentes para as questões de investigação colocadas, serão apresentados, através de tabelas e gráficos, nos quais se omite a fonte, dado que são o resultado dos dados obtidos neste trabalho.

4.11 – Validade e Fiabilidade do Estudo

O instrumento de colheita de dados, usado para a realização deste estudo, o já referido questionário *ACIC*, permite-nos obter dados em relação às respostas dadas e também obter relações entre elas.

Ao escrever sobre este assunto, Bell (2004, p. 98), refere que *"A validade (...) diz-nos se um método mede ou descreve o que supostamente deve medir ou descrever."*

Fortin (1999), faz referência à validade como esta, sendo uma característica essencial que determina a qualidade de qualquer instrumento de medida.

Outras opiniões salientam que, um questionário por inquérito tem validade de conteúdo se abrange o domínio das áreas de conteúdo da temática em estudo. (Jackson, 2000; Gil, 1999) Como já foi mencionado, as áreas de conteúdo foram elaboradas por uma painel de peritos em doença crónica, os quais basearam-se na evidência recolhida na literatura disponível ao nível internacional, este aspecto sustenta, por si, a validade de conteúdo do questionário utilizado.

Da mesma opinião é Fortin (1999, p. 225), que refere que, *"A noção da validade não se aplica igualmente a todos os métodos de colheita de dados. Por ex.:, o uso do questionário (...) que tem por objectivo recolher informação factual junto dos sujeitos, necessita que se verifique a validade do conteúdo junto de peritos"*.

Esta mesma autora reforça que *"(...) o investigador recorre ao julgamento de especialistas de um domínio específico, a fim de se assegurar que o seu instrumento de medida é representativo do domínio que ele deseja avaliar."*

Em relação à fiabilidade do estudo, Bell (2004, p. 97), refere que, *"A fiabilidade (...) de recolha de dados consiste na sua capacidade de fornecer resultados semelhantes sob condições constantes em qualquer ocasião."* Assim também Fortin (1999, p. 225 – 226), defende que, *"(...) propriedade essencial dos instrumentos de medida, designa a precisão e a constância dos resultados que eles fornecem. Uma escala de medida é fiel se ele dá em situações semelhantes resultados idênticos"*.

Todos estes aspectos foram, tidos em conta na realização da investigação.

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO E ANÁLISE DE DADOS - APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Os resultados de uma investigação serão diferentes, dependendo da forma de olhar a realidade.”

Marta Lima Basto

É neste capítulo que iremos apresentar os resultados da pesquisa efectuada na sua vertente descritiva e analítica.

Com base no questionário aplicado a 30 médicos e 71 enfermeiros, procedeu-se ao seu tratamento estatístico, iniciando-se este pela descrição dos valores obtidos na análise das várias componentes do questionário, após o que se procedeu à aplicação de técnicas analíticas para obter as respectivas correlações entre as componentes em estudo.

Nos quadros apresentados não estão referidas as fontes, locais e datas, facto que se justifica, pois os dados neles contidos foram obtidos através do instrumento de colheita de dados aplicado no período descrito.

Em função dos dados obtidos, e face às componentes intervenientes seleccionadas, passaremos a descrever alguns dos resultados encontrados.

Após ter sido concluída a análise dos dados obtidos, procedeu-se à realização do relatório de análise de resultados.

Este capítulo irá abarcar a caracterização da amostra, com o objectivo de enquadrar os participantes no fenómeno em estudo.

5.1 – Apresentação dos Resultados

5.1.1 Introdução

O inquérito aplicado resulta da versão portuguesa, adaptada por Guerra (2002), de um questionário relativo ao ACIC (*Assessment of Chronic Illness Care*) - um modelo integrado de cuidados crónicos. Pretende-se registar em suporte informático, apurar e analisar os resultados da aplicação deste instrumento a dois grupos de profissionais de saúde na área de diabetes, que exercem a sua profissão em 6 Centros de Saúde do distrito de Lisboa:

- ✓ 71 enfermeiros;
- ✓ 30 médicos.

Os objectivos deste estudo consistem em:

- ✓ Apurar os resultados da amostra global (médicos e enfermeiros em conjunto), analisando a abordagem à doença crónica diabetes, por item, por sub-escala e para a escala global.
- ✓ Comparar os dois grupos entre si a nível descritivo (quanto aos itens, sub-escalas e escala) e inferencial (só para sub-escalas e escala).
- ✓ Relacionar as sub-escalas entre si, no total e para cada grupo separadamente.
- ✓ Para a amostra global, analisar descritivamente a relação entre o valor das sub-escalas e escala e o tempo de exercício profissional (total e na área de diabetes).

5.2 Registo da Informação

Após a obtenção da totalidade dos questionários preenchidos em papel para cada um dos dois grupos de inquiridos, (médicos e enfermeiros), passaremos a descrever;

O questionário aplicado divide-se nas seguintes partes correspondentes a 6 aspectos chave dos cuidados crónicos:

- ✓ **Parte 1** - Organização do Sistema de Prestação de Cuidados de Saúde: composta por 6 itens
- ✓ **Parte 2** – Ligações à comunidade: composta por 3 itens
- ✓ **Parte 3** – Nível prático: composta por 4 sub-partes, a saber,
- ✓ **Parte 3a** – Apoio à auto-gestão do doente: composta por 4 itens
- ✓ **Parte 3b** – Mecanismos de suporte à decisão: composta por 4 itens
- ✓ **Parte 3c** – Organização do sistema de prestação: composta por 6 itens
- ✓ **Parte 3d** – Sistema de informação: composta por 9 itens, mas que poderão ser subdivididos, criando-se uma nova **parte (3e)** que agregue os 4 itens relativos aos custos.

Cada um dos itens que compõem as partes e sub-partes do questionário corresponde a uma escala ordinal de avaliação de **0 a 11**, em que:

- ✓ De **0 a 2** está associado um **nível D** (nível mais baixo de cuidados crónicos)
- ✓ De **3 a 5** está associado um **nível C**
- ✓ De **6 a 8** está associado um **nível B**
- ✓ De **9 a 11** está associado um **nível A** (nível mais elevado – integrado – de cuidados crónicos)

A partir dos valores atribuídos aos itens calcula-se um *score* médio (sub-escala), por cada uma das partes ou sub-partes e, a partir desses *scores* médios ou *sub-scores*, um *score* médio total (escala) de avaliação da instituição de prestação de cuidados médicos.

Os questionários serão numerados, e serão atribuídos códigos às categorias de resposta das diversas questões. Será então criada uma base de dados em suporte informático, em que a informação dos questionários respectivos será registada. A essa base de dados são aplicados procedimentos de validação e controle de qualidade, para assegurar que não existem erros sistemáticos, nem valores impossíveis que enviesem ou invalidem os resultados a apurar.

5.3 Metodologia

Estatística Descritiva

Os resultados foram apurados e analisados com estatística descritiva univariada e bivariada.

Foram construídas tabelas de frequências das variáveis nominais em estudo. Essas tabelas apresentam para as variáveis em causa as frequências absolutas (contagens do número de inquiridos para cada categoria de resposta) e frequências relativas (percentagens de inquiridos com base no total da amostra e nalguns casos, percentagens com base no total de respostas e percentagens acumuladas).

Para as variáveis contínuas ou ordinais em análise, construíram-se tabelas de estatísticas descritivas, em que se apresentam:

- ✓ **Medidas de tendência central:** A média ou o ponto médio que é a média aritmética; a mediana que divide a distribuição em duas partes iguais, isto é o valor abaixo do qual se encontram 50% das observações.

- ✓ **Medidas de dispersão:** O desvio padrão que representa o desvio médio das observações relativamente à média; o mínimo e o máximo que são os valores maior e menor observados numa determinada variável.

- ✓ **N:** número de observações ou indivíduos com resposta válida que no nosso caso corresponde ao total da amostra.

Para facilitar a visualização de determinados resultados, construíram-se alguns gráficos (circulares, barras, diagramas de caixa e bigodes, de aranha...).

Os diagramas de extremos e quartis (*Box & Whiskers*, também designados por “caixas e bigodes” ou *Boxplots*) permitem visualizar facilmente: as variáveis contínuas em estudo que apresentam tendencialmente valores superiores ou inferiores, as diferenças entre os grupos que queremos comparar, definidos pelas variáveis discretas seleccionadas, e também “prever” os resultados dos testes de diferenças de médias que estamos à espera de encontrar:

- ✓ a linha grossa representa a mediana: uma distribuição simétrica terá a mediana centrada relativamente às extremidades superior e inferior da caixa;
- ✓ os limites superior e inferior da caixa correspondem respectivamente aos valores da observação no percentil 75 e no 25, isto é, a altura da caixa representa o intervalo interquartil (IIQ);
- ✓ os valores que se afastarem mais de 1,5 IIQ do percentil 25 ou 75 são considerados *outliers* e identificados com um O e com o número da observação a que dizem respeito;
- ✓ os valores que se afastarem mais de 3 IIQ do percentil 25 ou 75 são considerados pontos extremos e identificados com um * e com o número da observação a que dizem respeito.

Testes paramétricos de diferenças de médias para 2 amostras independentes

Vamos querer testar se os valores de cada escala construída são significativamente diferentes, em média, entre dois grupos de inquiridos. Para cada escala ou sub-escala, queremos testar a hipótese nula da sua média ser igual nos grupos em estudo.

Quando queremos comparar dois grupos de observações ou de indivíduos desta forma, queremos aplicar testes t de diferenças de médias para amostras independentes. Estes testes são paramétricos, exigindo que sejam cumpridas as condições de normalidade da variável escala em cada grupo de inquiridos e de homogeneidade das variâncias da escala entre grupos, para que os seus resultados sejam fiáveis.

Assim, começamos por testar para cada escala, se segue uma distribuição normal em cada grupo de inquiridos. Note-se que, quando cada grupo tem uma dimensão inferior a 50 observações, aplicamos um teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*, senão utilizamos o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, mais adequado para amostras de dimensão superior.

Se a condição de normalidade for violada, temos de aplicar testes não-paramétricos de *Mann-Withney*.

Para as escalas que seguem uma distribuição normal, testamos a segunda condição de aplicabilidade: a homogeneidade entre as variâncias dos grupos. Essa condição é verificada aplicando-se um teste de *Levene*. Se a hipótese de homogeneidade das variâncias não for violada podemos ler os resultados do teste t na primeira linha da tabela de *output*. Se a hipótese de homogeneidade das variâncias for violada, o *software* fornece os resultados de um teste t ajustado à violação desta condição e lemos os resultados do teste t na segunda linha da tabela de *output*.

Quando se rejeita a hipótese de igualdade de médias entre os dois grupos, sabemos logo pela observação do valor das médias que grupo apresenta um valor de escala superior ao outro.

Para as escalas em que são violadas a primeira ou as duas condições de aplicabilidade, aplicam-se testes de *Mann-Withney*. No caso de se detectarem diferenças significativas entre médias dos *ranks* das escalas, observamos as médias dos *ranks* em cada grupo e sabemos que grupo apresenta um valor de escala superior ao outro.

Tanto para a aplicação dos testes paramétricos, como dos não-paramétricos, esta análise é complementada pela observação dos restantes resultados descritivos, de que destacamos os diagramas de *Box & Whiskers* respectivos, para nos assegurarmos que não existem *outliers* ou valores extremos que façam, nomeadamente, com que a média não seja uma estatística fiável.

Note-se que os níveis de significância utilizados como referência para rejeitar ou não as hipóteses nulas em estudo são os habituais: 1%, 5% ou 10%. Assim, se por exemplo o valor de significância apresentado for inferior a 0.05 – tomando como nível de significância (n.s.) padrão 5% – rejeitamos a hipótese nula que se tiver a testar.

5.4 Amostra Global

A análise dos resultados sobre a amostra global contempla as variáveis de caracterização (anexo I), as escalas individualmente (anexo I) e a relação entre escalas (anexo II).

5.4.1 Variáveis de Caracterização

No que respeita às variáveis de caracterização, verificamos que:

- ✓ A maioria dos inquiridos são enfermeiros (70%), o que faz com que a caracterização e a opinião da amostra global esteja próxima da dos enfermeiros.
- ✓ A esmagadora maioria dos inquiridos é do sexo feminino (88%).
- ✓ Em média os inquiridos exercem a sua profissão há 18 anos e há 11 anos, mais especificamente, na área da diabetes. Cerca de 69% do total de indivíduos exerce a sua profissão há 15 ou mais anos. Por outro lado, cerca de 71% exercem a sua profissão na área de diabetes há menos de 15 anos.

Figura 2. Grupo

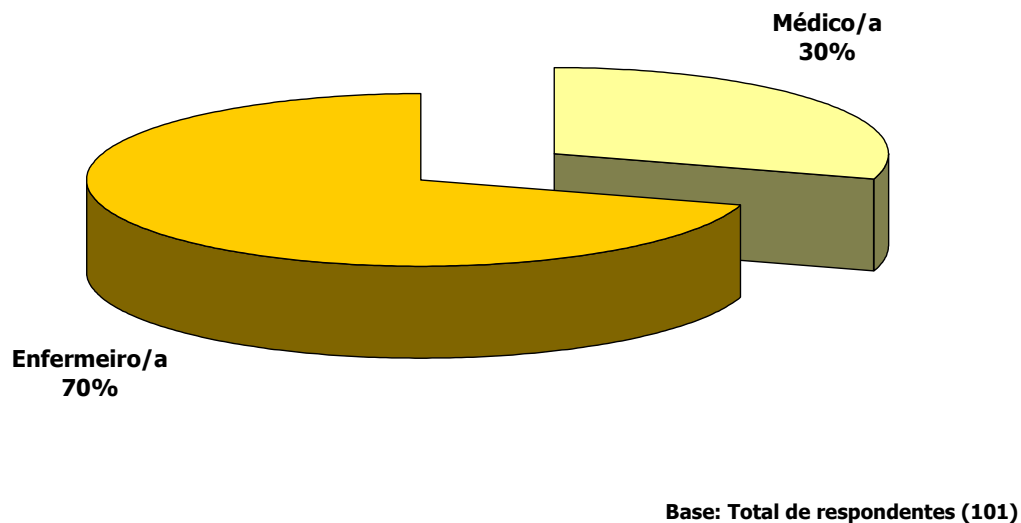
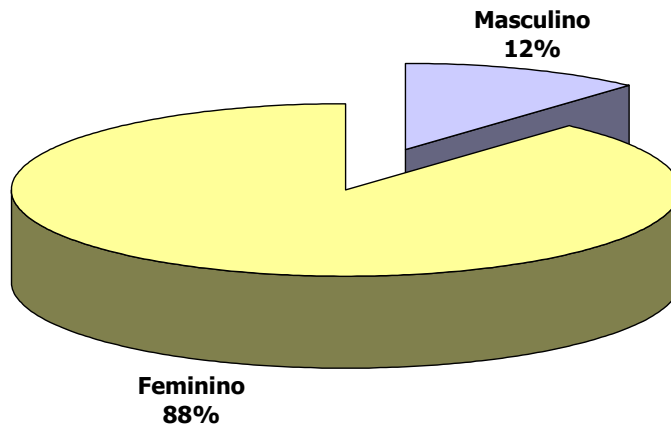
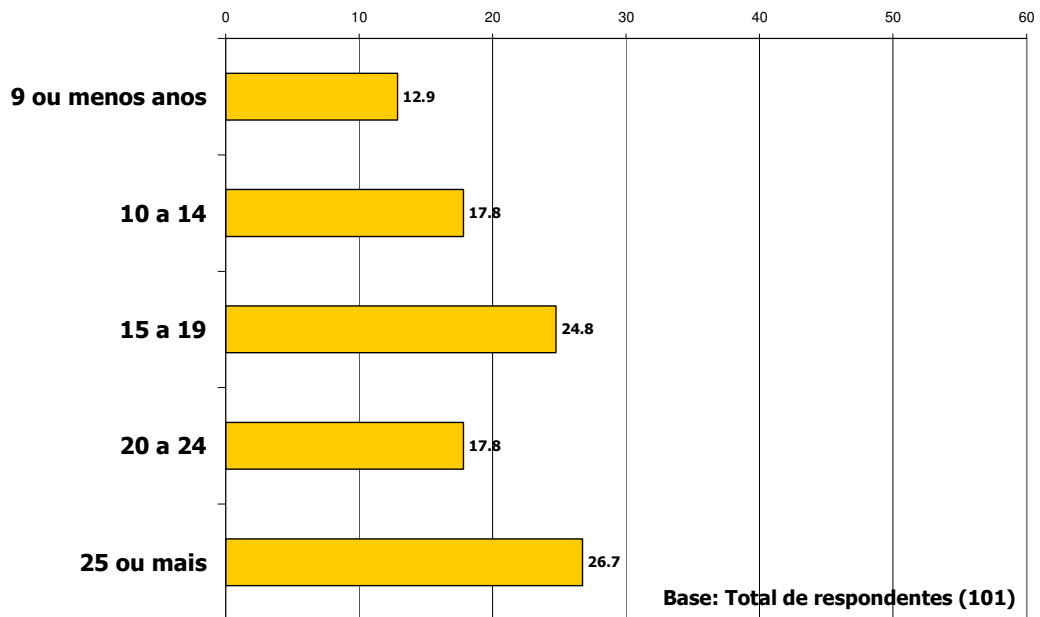


Figura 3. Sexo

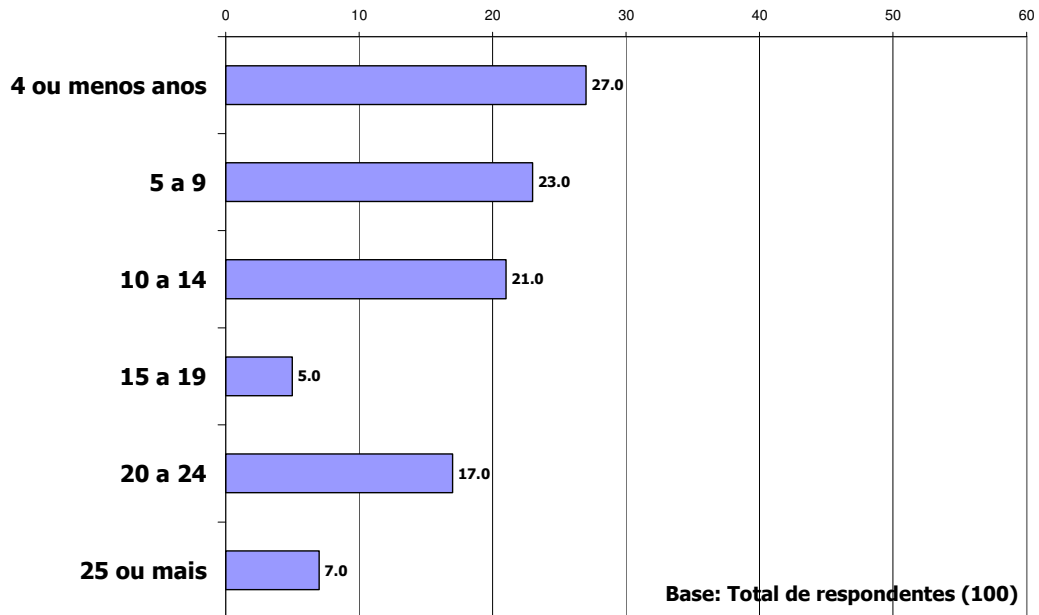


Base: Total de respondentes (95)

Figura 4. Tempo de Exercício Profissional



Base: Total de respondentes (101)

Figura 5. Tempo de Exercício Profissional na Área da Diabetes**Tabela 1. Estatísticas descritivas sobre o tempo de exercício profissional no total e na área da diabetes**

	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	N Válido
Tempo de Exercício Profissional (em anos)	18.3	17.00	7.9	3.00	36.00	101
Tempo de Exercício Profissional na Área da Diabetes (em anos)	11.0	9.50	8.3	1.00	32.00	100

5.4.2 Escalas

As figuras 6 a 11 apresentam os níveis médios associados a cada item de resposta. Nas tabelas 2 a 8, podemos ainda observar a mediana, o desvio-padrão, os valores mínimo e máximo e o número válido de observações.

A figura 13 resume os resultados, no que respeita às classificações médias de cada item, em cada parte do questionário. Podemos aí identificar que:

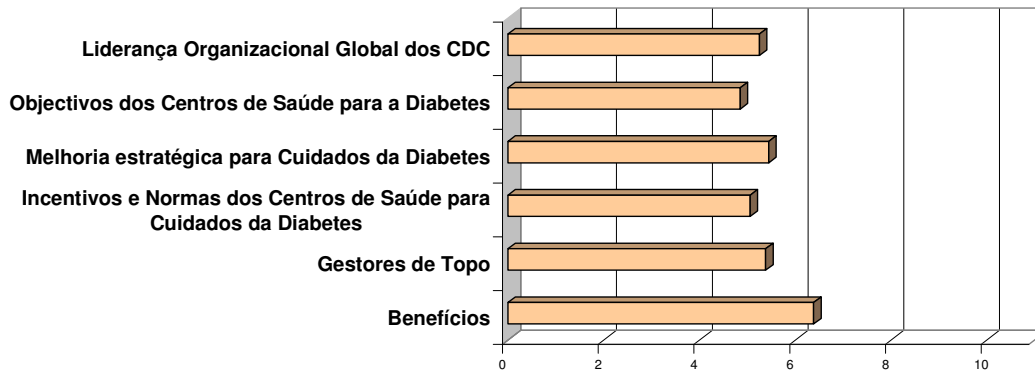
- ✓ nenhum dos itens se situa no nível A;
- ✓ apenas itens da parte 3d (Nível Prático: Sistema de Informação) se situam no nível D, a saber os seguintes aspectos: Info Custos Variáveis de Prestação de Cuidados, Info fornece visão global dos Padrões de Prática Específicos da Diabetes, Info sobre Resultados Económicos, Gestão de Dados Fornece Informação sobre Impacto Económico Padrões de Prática Médica Individual vs Melhores Práticas;
- ✓ a maior parte dos itens se encontra no nível C;
- ✓ mas alguns atingem o B, a saber: Benefícios (da parte 1 sobre Organização do Sistema de Prestação dos Cuidados de Saúde), Comportamento Efectivo para Intervenções de Mudança e Apoio aos Pares, Preocupação com Doentes e Familiares (da parte 3a sobre Nível Prático - Apoio à Auto-Gestão do Doente), Consultas Planeadas para Cuidados Dirigidos à Diabetes, Seguimento (*Follow-up*), Sistema de Marcação de Consultas (da parte 3c sobre Nível Prático - Organização do Sistema de Prestação).

No entanto, se analisarmos as medianas (menos sensíveis a valores *outliers* do que as médias), constatamos que:

- ✓ alguns itens adicionais sobem para o nível B, a saber: Melhoria estratégica para Cuidados da Diabetes, Gestores de Topo (da parte 1 sobre Organização do Sistema de Prestação dos Cuidados de Saúde), Normas de Orientação Baseadas na Evidência (*Guidelines*), Informação dos Diabéticos sobre as Normas de Orientação, Seguimento (*Follow-up*) (da parte 3b sobre Nível Prático - Mecanismos de suporte à decisão), Planos de Tratamento dos Doentes (da Parte 3d – Nível prático: Sistema de informação).

- ✓ o seguinte item desce de B para C: Sistema de Marcação de Consultas (da parte 3c sobre Nível Prático - Organização do Sistema de Prestação).
- ✓ descem para o nível D os itens: Envolvimento de Especialistas na Melhoria dos Cuidados Primários (da parte 3b sobre Nível Prático - Mecanismos de suporte à decisão), Informação de Retorno, Informação sobre Sub-grupos Relevantes de Diabéticos a Necessitar dos Serviços diferenciados (estratificação de risco) (da Parte 3d – Nível prático: Sistema de informação).

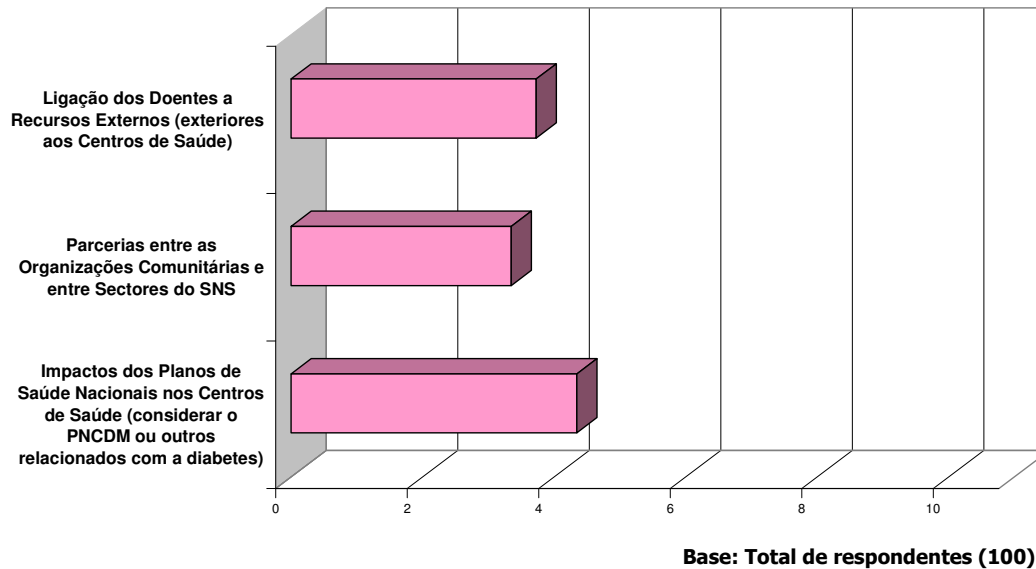
Figura 6. Classificações médias dos itens da Parte 1 - Organização do Sistema de Prestação de Cuidados de Saúde



Base: Total de respondentes (101)

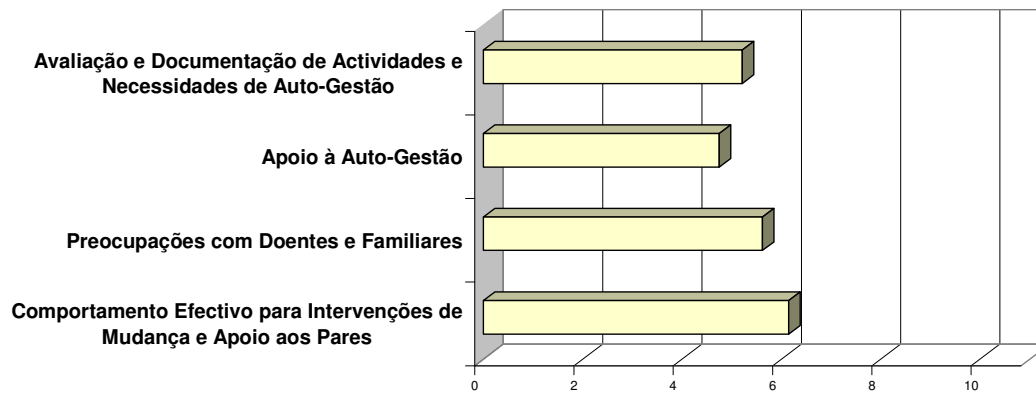
Tabela 2. Estatísticas descritivas dos itens da Parte 1 - Organização do Sistema de Prestação de Cuidados de Saúde

	Média	Mediana Nível ACIC	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	N Válido
p1_1 Liderança Organizacional Global dos CDC	5.3	4 C	2.7	0	11	101
p1_2 Objectivos dos Centros de Saúde para a Diabetes	4.9	4 C	2.0	1	11	101
p1_3 Melhoria estratégica para Cuidados da Diabetes	5.4	6 B	1.9	0	11	101
p1_4 Incentivos e Normas dos Centros de Saúde para Cuidados da Diabetes	5.1	5 C	2.5	0	11	101
p1_5 Gestores de Topo	5.4	6 B	2.2	2	11	101
p1_6 Benefícios (para os Diabéticos)	6.4	6 B	2.1	2	11	101

Figura 7. Classificações médias dos itens da Parte 2 – Ligações à Comunidade**Tabela 3. Estatísticas descritivas dos itens da Parte 2 – Ligações à Comunidade**

	Média	Mediana Nível ACIC	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	N Válido
p2_1 Ligação dos Doentes a Recursos Externos (exteriores aos Centros de Saúde)	3.7	4 C	2.3	0	10	100
p2_2 Parcerias entre as Organizações Comunitárias e entre Sectores do SNS	3.4	3 C	2.7	0	9	100
p2_3 Impactos dos Planos de Saúde Nacionais nos Centros de Saúde (considerar o PNCDM ou outros relacionados com a diabetes)	4.4	5 C	2.5	0	10	100

Figura 8. Classificações médias dos itens da Parte 3a – Nível prático: Apoio à Auto-Gestão do Doente



Base: Total de respondentes (101)

Tabela 4. Estatísticas descritivas dos itens da Parte 3a – Nível prático: Apoio à Auto-Gestão do Doente

	Média	Mediana Nível ACIC	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	N Válido
p3_3a_1 Avaliação e Documentação de Actividades e Necessidades de Auto-Gestão	5.2	5 C	2.9	0	11	101
p3_3a_2 Apoio à Auto-Gestão	4.8	5 C	2.4	0	11	101
p3_3a_3 Preocupações com Doentes e Familiares	5.6	6 B	2.3	.00	11.00	101
p3_3a_4 Comportamento Efectivo para Intervenções de Mudança e Apoio aos Pares	6.1	6 B	2.8	.00	11.00	101

Figura 9. Classificações médias dos itens da Parte 3b – Nível prático: Mecanismos de suporte à decisão

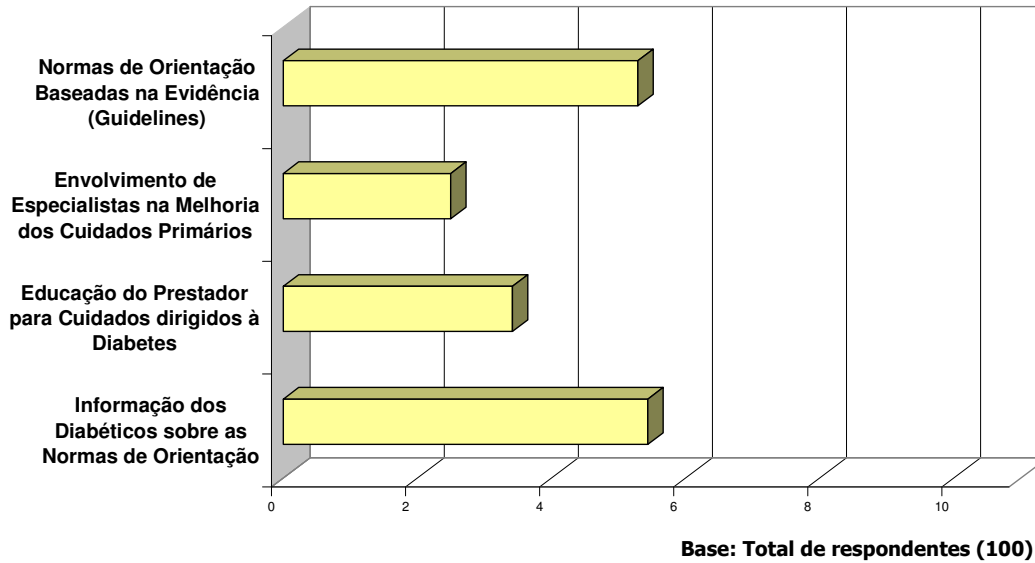
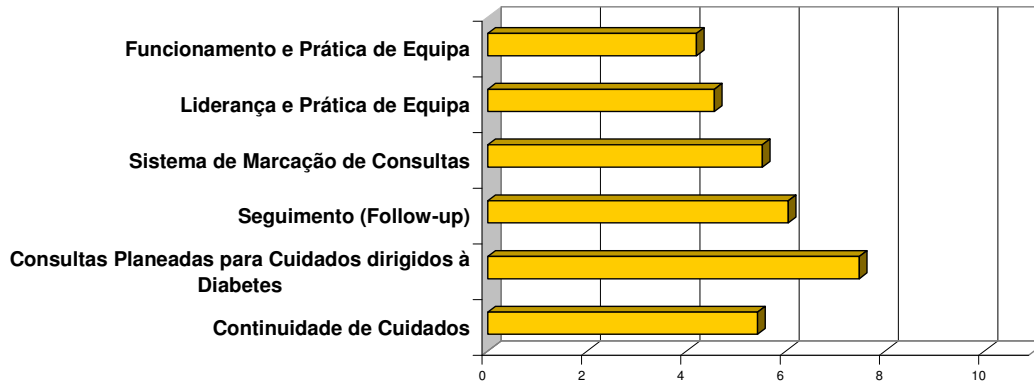


Tabela 5. Estatísticas descritivas dos itens da Parte 3b – Nível prático: Mecanismos de suporte à decisão

	Média	Mediana Nível ACIC	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	N Válido
p3_3b_1 Normas de Orientação Baseadas na Evidência (Guidelines)	5.3	6 B	3.1	.00	10.00	100
p3_3b_2 Envolvimento de Especialistas na Melhoria dos Cuidados Primários	2.5	2 D	2.1	.00	11.00	100
p3_3b_3 Educação do Prestador para Cuidados dirigidos à Diabetes	3.4	3 C	2.4	.00	9.00	100
p3_3b_4 Informação dos Diabéticos sobre as Normas de Orientação	5.4	6 B	2.2	1.00	11.00	100

Figura 10. Classificações médias dos itens da Parte 3c – Nível prático: Organização do sistema de prestação

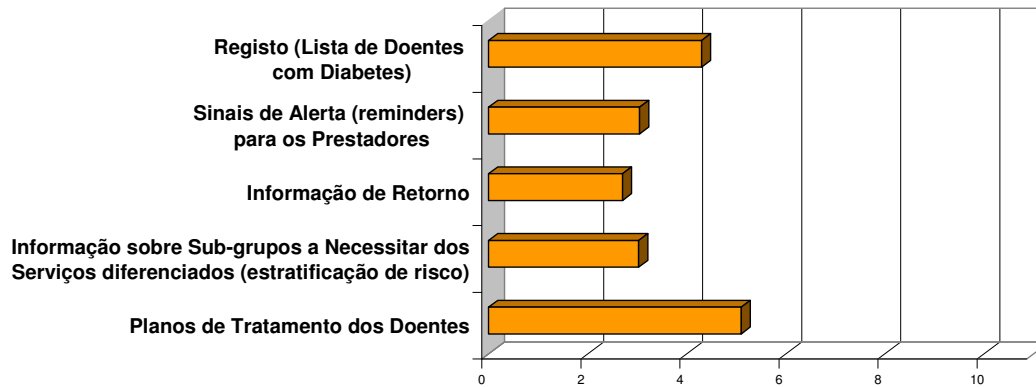


Base: Total de respondentes (101)

Tabela 6. Estatísticas descritivas dos itens da Parte 3c – Nível prático: Organização do sistema de prestação

	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	N Válido
p3_3c_1 Funcionamento e Prática de Equipa	4.2	4 C	1.7	1.00	10.00	101
p3_3c_2 Liderança e Prática de Equipa	4.6	4 C	2.6	1.00	10.00	101
p3_3c_3 Sistema de Marcação de Consultas	5.5	5 C	2.3	1.00	11.00	101
p3_3c_4 Seguimento (Follow-up)	6.0	5 C	2.6	2.00	11.00	101
p3_3c_5 Consultas Planeadas para Cuidados dirigidos à Diabetes	7.5	8 B	2.4	.00	11.00	100
p3_3c_6 Continuidade de Cuidados	5.4	5 C	2.3	2.00	10.00	100

Figura 11. Classificações médias dos itens da Parte 3d – Nível prático: Sistema de informação

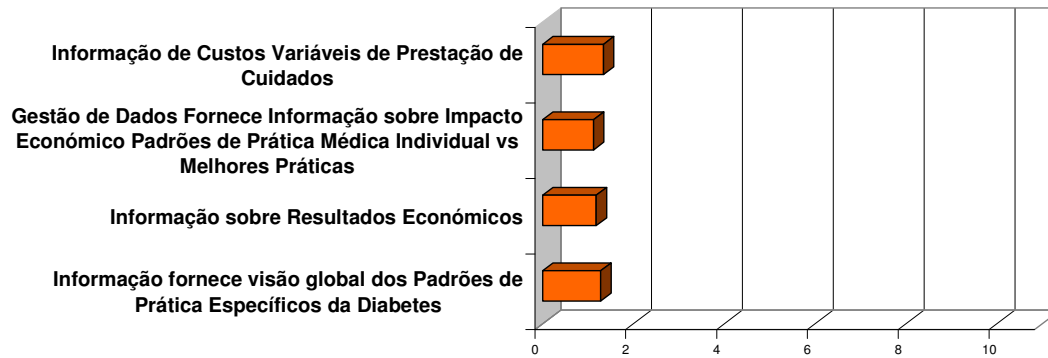


Base: Total de respondentes (100)

Tabela 7. Estatísticas descritivas dos itens da Parte 3d – Nível prático: Sistema de informação

	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	N Válido
p3_3d_1 Registo (Lista de Doentes com Diabetes)	4.3	4 C	2.5	.00	11.00	101
p3_3d_2 Sinais de Alerta (reminders) para os Prestadores	3.0	3 C	2.4	.00	11.00	101
p3_3d_3 Informação de Retorno	2.7	2 D	2.4	.00	9.00	101
p3_3d_4 Informação sobre Sub-grupos Relevantes de Diabéticos a Necessitar dos Serviços diferenciados (estratificação de risco)	3.0	2 D	2.8	.00	9.00	101
p3_3d_5 Planos de Tratamento dos Doentes	5.1	6 B	2.7	.00	11.00	100

Figura 12. Classificações médias dos itens da Parte 3e – Nível prático: Sistema de informação sobre Custos



Base: Total de respondentes (101)

Tabela 8. Estatísticas descritivas dos itens da Parte 3e – Nível prático: Sistema de informação sobre Custos

	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	N Válido
p3_3e_1 Informação de Custos Variáveis de Prestação de Cuidados ao Diabético	1.3	0	2.0	.00	10.00	100
p3_3e_2 A Gestão de Dados Fornece Informação sobre o Impacto Económico dos Padrões de Prática Médica Individual vs Melhores Práticas	1.1	0	1.7	.00	7.00	100
p3_3e_3 Informação sobre Resultados Económicos (identifica Eventos como: Internamentos, Consultas, Visitas ao Serviço de Urgência ...)	1.2	0	1.9	.00	9.00	100
p3_3e_4 Informação fornece uma visão global dos Padrões de Prática Específicos da Diabetes, ligando todos os serviços ao doente	1.3	0	1.9	.00	9.00	100

Figura 13. Quadro Resumo: Distribuição na Escala de ACIC dos itens por cada parte do questionário

A	B	C	D
1 – Organização do Sistema de Prestação do Cuidado de Saúde			
	- Benefícios	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria estratégica para Cuidados da Diabetes - Gestores de Topo - Liderança Organizacional Global dos CDC - Incentivos e Normas dos CS para Cuidados da Diabetes - Objectivos dos CS para a Diabetes 	
2 – Ligações à Comunidade			
		<ul style="list-style-type: none"> - Impactos dos Planos de Saúde Nacionais nos CS - Ligação dos Doentes a Recursos Externos - Parcerias entre Organizações Comunitárias e entre Sectores do SNS 	
3a – Nível Prático: Apoio à Auto-Gestão do Doente			
	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamento Efectivo para Intervenções de Mudança e Apoio aos Pares - Preocupação com Doentes e Familiares 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação e Documentação de Actividades e Necessidades de Auto-Gestão - Apoio à Auto-Gestão 	
3b – Nível Prático: Mecanismos de Suporte à Decisão			
		<ul style="list-style-type: none"> - Informação a dos Diabéticos sobre as Normas de Orientação - Normas de Orientação Baseadas na Evidência (Guidelines) - Educação do Prestador para Cuidados dirigidos à Diabetes - Envolvimento de Especialistas na Melhoria dos Cuidados Primários 	
3c – Nível Prático: Organização do Sistema de Prestação			
	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas Planeadas para Cuidados Dirigidos à Diabetes - Seguimento (Follow-up) - Sistema de Marcação de Consultas 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuidade de Cuidados - Liderança e Prática de Equipa - Funcionamento e Prática de Equipa 	
3d – Nível Prático: Sistema de Informação			
Cont.		<ul style="list-style-type: none"> - Planos de Tratamento dos Doentes - Registo (Lista de Doentes com Diabetes) - Sinais de Alerta para os Prestadores (Reminders) - Informação sobre Sub-grupos a Necessitar dos Serviços diferenciados (Estratificação de Risco) - Informação de Retorno 	<ul style="list-style-type: none"> - Info Custos Variáveis de Prestação de Cuidados - Info fornece visão global dos Padrões de Prática Especificos da Diabetes - Info sobre Resultados Económicos - Gestão de Dados

			Fornecer Informação sobre Impacto Económico Padrões de Prática Médica Individual vs Melhores Práticas
--	--	--	--

Quando analisamos os resultados dos *sub-scores* e *score ACIC* (figuras 14, 15 e 17), verificamos que, em média, todos se situam no nível C, excepto: S3c Organização do sistema de prestação que se encontra no B e S3e Sistema de Informação: Custos que surge no nível D.

Todavia, ao nos debruçarmos sobre as medianas respectivas (figura 16 e tabela 9), constatamos que o *score* 3a (Nível Prático: Apoio à auto-gestão do doente) sobe para o nível B e que o 3de desce para o nível D (Sistema de Informação).

Figura 14. Classificações médias dos *scores* 1, 2 e total

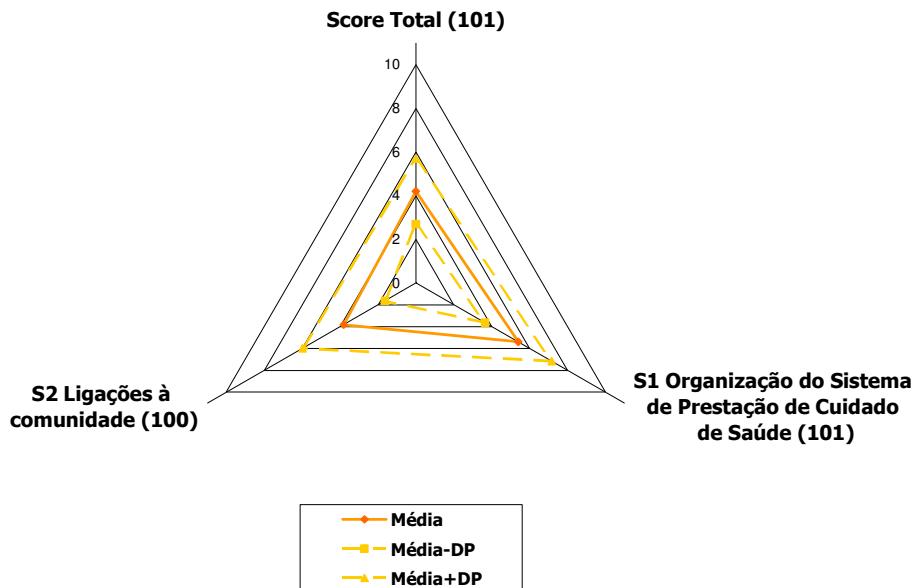


Figura 15. Classificações médias dos *scores* 3ª a 3de e total

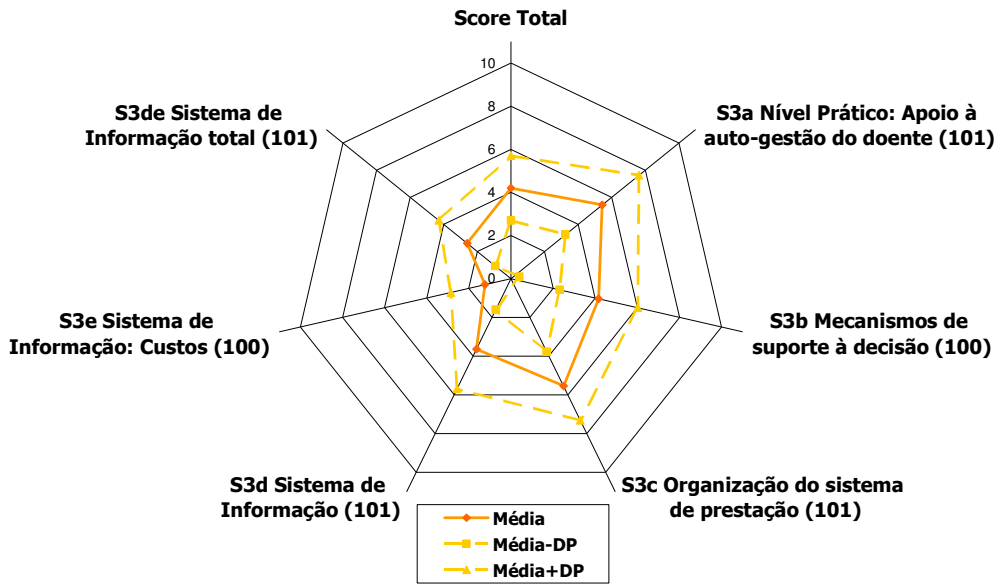


Figura 16. Diagrama de Caixa e Bigodes para os *Sub-Scores* e *Score Total* da Escala de ACIC

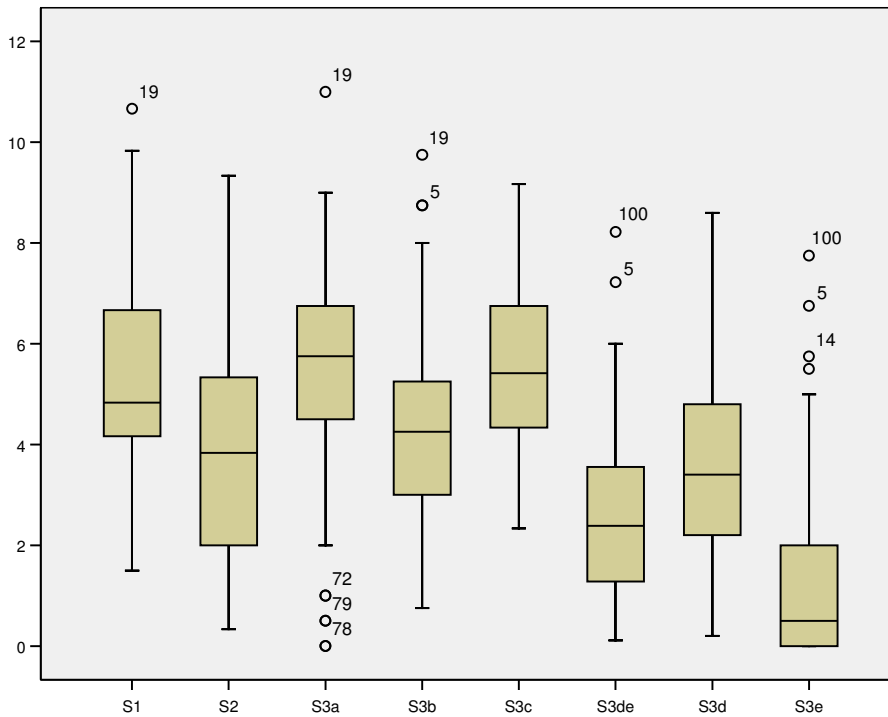


Figura 17. Quadro Resumo: Distribuição na Escala de ACIC dos *Sub-Scores* e *Score* Total construídos

A	B	C	D
Sub-Scores			
	S3c Organização do sistema de prestação	S1 Organização do Sistema de Prestação de Cuidado de Saúde S3a Nível Prático: Apoio à auto-gestão do doente S3b Mecanismos de suporte à decisão S2 Ligações à comunidade S3d Sistema de Informação S3de Sistema de Informação total SCORE TOTAL ACIC	S3e Sistema de Informação: Custos

Tabela 9. Estatísticas descritivas dos *sub-scores* e *score* global ACIC

	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	Percentíl 25	Percentíl 75	N Válido	N Total
S1	5.4	5 C	1.8	1.50	10.67	4.2	6.7	101	101
S2	3.8	4 C	2.2	.33	9.33	2.0	5.3	100	101
S3a	5.4	6 B	2.2	.00	11.00	4.5	6.8	101	101
S3b	4.2	4 C	1.9	.75	9.75	3.0	5.3	100	101
S3c	5.6	6 B	1.8	2.33	9.25	4.3	6.8	101	101
S3d	3.6	4 C	2.0	.20	9.50	2.2	4.8	101	101
S3e	1.2	0 D	1.6	.00	7.75	.0	2.0	100	101
S3de	2.6	2 D	1.7	.11	9.50	1.3	3.6	101	101
Stot	4.2	4 C	1.5	1.26	8.56	3.3	5.2	101	101

5.4.3 Relação entre Escalas

Calculámos as correlações entre *scores*, com vista a identificar a intensidade do grau da sua associação linear entre *scores*. Os resultados encontram-se no anexo II.

Tabela 10. Testes de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Statistic	df	Sig.
Tempo de Exercício Profissional (em anos)	.080	101	.107
Tempo de Exercício Profissional na Área da Diabetes (em anos)	.149	100	.000
S1	.154	101	.000
S2	.103	100	.011
S3a	.097	101	.021
S3b	.108	100	.006
S3c	.075	101	.180
S3de	.091	101	.037
S3d	.123	101	.001
S3e	.224	100	.000
Stot	.074	101	.191

a Lilliefors Significance Correction

Os resultados obtidos pelo cálculo do coeficiente de *Spearman* e do de *Pearson* são idênticos para as variáveis com distribuição normal.

Da matriz de correlações de *Spearman* apresentada no anexo II, verificamos que todos os *sub-scores* se encontram correlacionados positivamente e de forma elevada (coeficientes de 0.4 ou mais) e significativa a um n.s. de 1%, com a exceção do *sub-score* S3e com S3a e com S3c.

Correlações de Spearman entre Scores

		S1	S2	S3a	S3b	S3c	S3de	S3d	S3e
S1	Correlation	1.000	.596(**)	.522(**)	.502(**)	.436(**)	.616(**)	.617(**)	.422(**)
	Coef								
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	101	100	101	100	101	101	101	100
S2	Correlation	.596(**)	1.000	.304(**)	.467(**)	.355(**)	.622(**)	.619(**)	.464(**)
	Coef								
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.002	.000	.000	.000	.000	.000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
S3a	Correlation	.522(**)	.304(**)	1.000	.598(**)	.544(**)	.510(**)	.595(**)	.108
	Coef								
	Sig. (2-tailed)	.000	.002	.	.000	.000	.000	.000	.285
	N	101	100	101	100	101	101	101	100
S3b	Correlation	.502(**)	.467(**)	.598(**)	1.000	.510(**)	.571(**)	.584(**)	.265(**)
	Coef								
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.008
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
S3c	Correlation	.436(**)	.355(**)	.544(**)	.510(**)	1.000	.496(**)	.596(**)	.039
	Coef								
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.700
	N	101	100	101	100	101	101	101	100
S3de	Correlation	.616(**)	.622(**)	.510(**)	.571(**)	.496(**)	1.000	.931(**)	.701(**)
	Coef								
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000
	N	101	100	101	100	101	101	101	100
S3d	Correlation	.617(**)	.619(**)	.595(**)	.584(**)	.596(**)	.931(**)	1.000	.459(**)
	Coef								
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000
	N	101	100	101	100	101	101	101	100
S3e	Correlation	.422(**)	.464(**)	.108	.265(**)	.039	.701(**)	.459(**)	1.000
	Coef								
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.285	.008	.700	.000	.000	.
	N	100	100	100	100	100	100	100	100

5.5 Médicos e Enfermeiros

Após a análise dos resultados sobre a amostra global, vamos comparar as respostas entre médicos e enfermeiros. Note-se que o grupo dos médicos é bastante mais pequeno que o dos enfermeiros, pelo que deve-se ser cauteloso na interpretação de resultados. Começamos por comparar os dois grupos do ponto de vista descritivo (anexo III), e em seguida aplicamos testes de hipóteses, com vista a verificar se as diferenças observadas a nível descritivo são significativas do ponto de vista estatístico (anexo IV).

5.5.1 Análise descritiva

As tabelas comparativas por grupo podem ser consultadas no anexo III, enquanto que no anexo IV se encontram diagramas de Caixa e Bigodes que facilitam a comparação entre grupos.

No que respeita às variáveis de caracterização de base da amostra, verificamos que:

- ✓ Quase todos os enfermeiros são do sexo feminino (97%), bem como a grande maioria dos médicos (69%) – Figura 18.
- ✓ O tempo de exercício profissional dos médicos tende a ser muito superior ao dos enfermeiros inquiridos: em média, os médicos exercem a sua profissão há 26 anos e há 21 na área da diabetes, contra médias respectivas de 15 e 7 para os enfermeiros – Figura 19.

Quanto à Parte 1 - Organização do Sistema de Prestação de Cuidados de Saúde, não detectamos grandes diferenças nas médias dos itens entre médicos e enfermeiros (Figura 20). Todavia, ao observarmos as medianas (anexo III), verificamos que:

- ✓ os médicos registam um nível C (mediana de 5) na Melhoria estratégica para Cuidados da Diabetes, contra um nível B (mediana de 6) para os enfermeiros.
- ✓ Inversamente, os médicos registam um nível B (mediana de 6) para os Incentivos e Normas dos Centros de Saúde para Cuidados da Diabetes, contra um nível C (mediana de 5) para os enfermeiros.

No que concerne a Parte 2 – Ligações à Comunidade por Grupo, as tendências observadas são também mais claras quando analisamos as medianas associadas a cada item por grupo de inquiridos. Assim, verificamos que:

- ✓ Os enfermeiros apresentam um nível mediano C (mediana de 3) para as Parcerias entre as Organizações Comunitárias e entre Sectores do SNS, contra um nível D (mediana de 2) para os médicos.

- ✓ Os enfermeiros apresentam um nível mediano C (mediana de 4) para as Parcerias entre as Organizações Comunitárias e entre Sectores do SNS, contra um nível B (mediana de 6) para os médicos.

Quanto à Parte 3a – Nível prático: Apoio à Auto-Gestão do Doente, os enfermeiros apresentam níveis médios claramente superiores aos dos médicos (figura 22). Com a excepção do Apoio à Auto-Gestão (apesar de bastante superior para os enfermeiros, ambos os valores se encontram no nível C), os enfermeiros registam valores médios para todos os itens sempre no nível B, contra médias para os médicos no nível C. As medianas são coerentes com os resultados das médias.

No que diz respeito à parte 3b – Nível prático: Mecanismos de suporte à decisão, os enfermeiros apresentam valores médios superiores aos dos médicos, embora ambos dentro do nível C, para as Normas de Orientação Baseadas na Evidência (*Guidelines*) e para a Informação dos Diabéticos sobre as Normas de Orientação. Ao considerarmos as medianas, observamos mesmo que os enfermeiros registam valores medianas para estes dois itens no nível B (medianas de 6), contra medianas no nível C para os médicos (medianas de 4).

Quando analisamos os valores médios para os itens da Parte 3c – Nível prático: Organização do sistema de prestação, os enfermeiros apresentam médias bastante superiores aos médicos para todos os itens, com a excepção do Funcionamento e Prática de Equipa, em que os resultados são muito próximos. Essa diferença torna-se mais clara ao observarmos os valores das medianas:

- ✓ Os enfermeiros registam medianas no nível B para as Consultas Planeadas para Cuidados dirigidos à Diabetes p3_3c_3 (mediana de 8), o Seguimento-*Follow-up* (mediana de 7), a Continuidade de Cuidados (mediana de 6) e o Sistema de Marcação de Consultas (mediana de 6), contra medianas no nível B (mas n o outro extremos) e sobretudo no C para os médicos (respectivamente medianas de 6, 5, 4 e 5).

Ao analisarmos os valores médios dos itens para a parte 3d – Nível prático: Sistema de informação, encontramos um valor claramente superior para os enfermeiros nos Planos de Tratamento dos Doentes (média e mediana no nível B, contra valores respectivos no nível C para os médicos). Para as medianas, detectamos também que os enfermeiros apresentam

um valor inferior ao dos médicos para a Informação sobre Sub-grupos Relevantes de Diabéticos a Necessitar dos Serviços diferenciados (estratificação de risco): uma mediana no nível D (valor de 2), contra uma no C (3).

Finalmente, quanto aos itens da Parte 3e – Nível prático: Sistema de informação sobre Custos, não se identificam diferenças relevantes nem nas médias, nem nas medianas, entre enfermeiros e médicos, situando-se os valores no nível D para todos os itens.

Na figura 27, apercebemo-nos que os enfermeiros tendem a registar médias nos *scores* das partes da escala *ACIC* superiores aos médicos, com especial relevo para os *scores* S3a e S3c. Pela análise das medianas (tabela 11), verificamos que os valores medianos para os enfermeiros para S3a e S3c se situam no nível B (medianas respectivas de 6), enquanto que esse valor se encontra no nível C para os médicos (medianas de 5). Para o *score* S3de, os enfermeiros registam porém uma mediana inferior aos médicos (mediana de 2 no nível D, contra 3 no C).

Quando analisamos a escala *ACIC* global (figura 28), observamos que o valor global associado aos enfermeiros se encontra sobretudo no nível C e um pouco no B, enquanto que para os médicos as respostas mais frequentes se situam no nível D e no C.

Vejamos se as diferenças observadas descritivamente nos *scores* são confirmadas pela aplicação de testes de hipóteses.

Figura 18. Sexo por Grupo

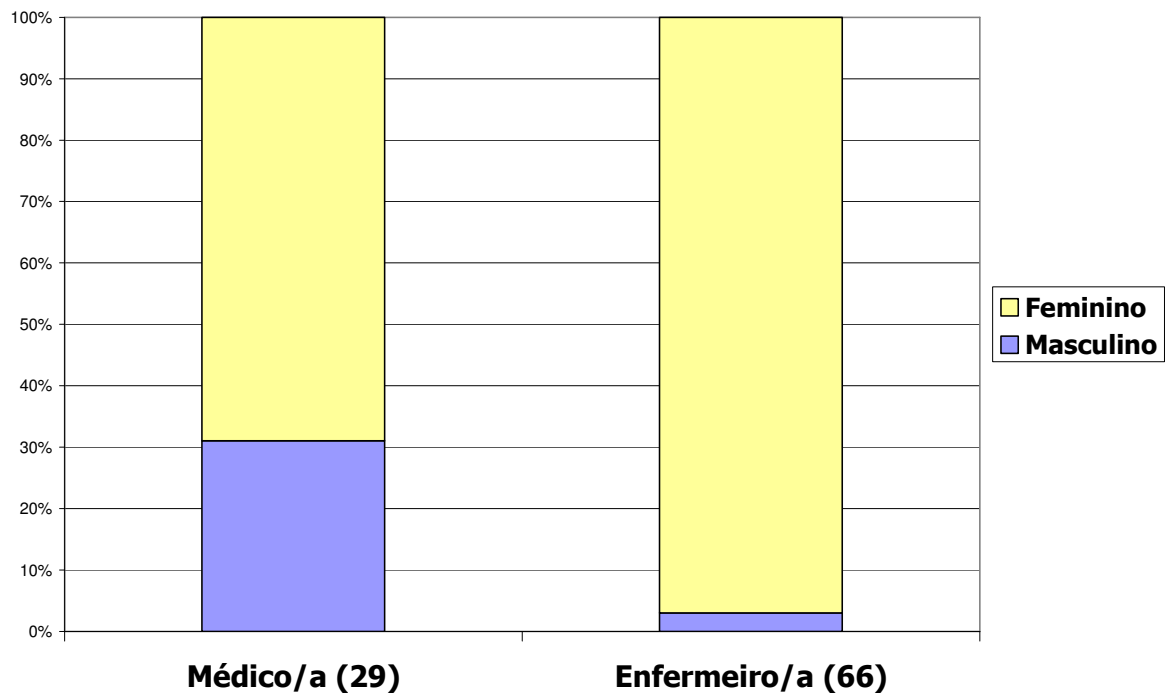


Figura 19. Tempo médio de exercício total e na área da diabetes por Grupo

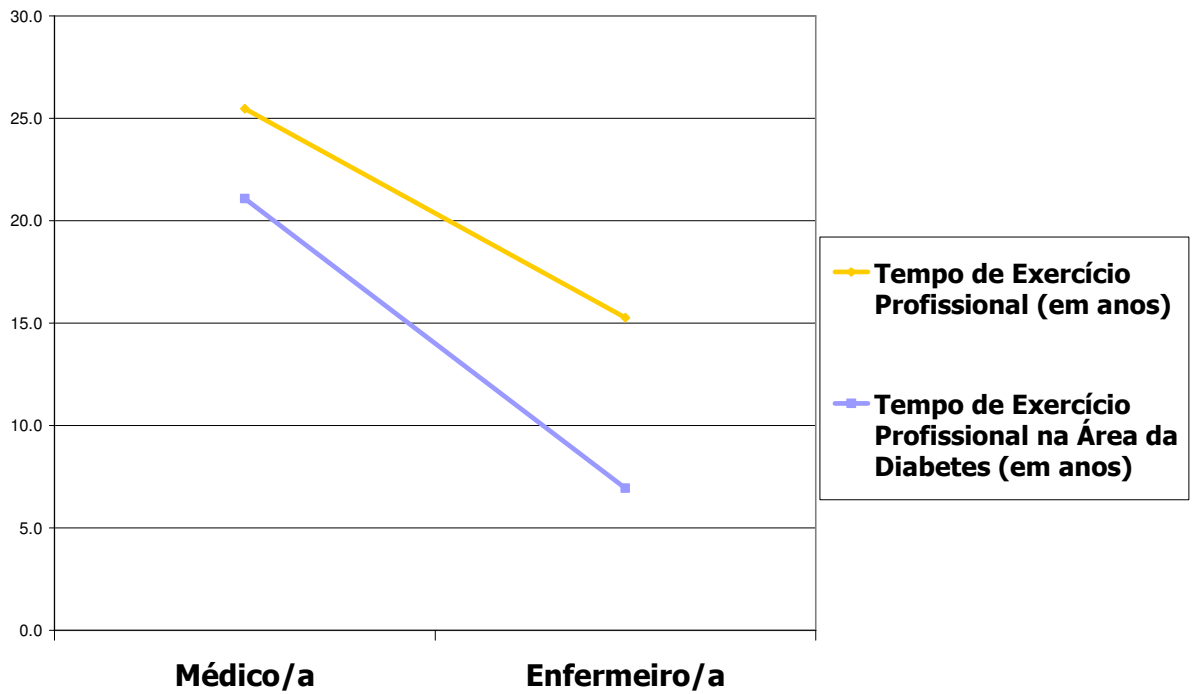


Figura 20. Classificações médias dos itens da Parte 1 - Organização do Sistema de Prestação de Cuidados de Saúde por Grupo

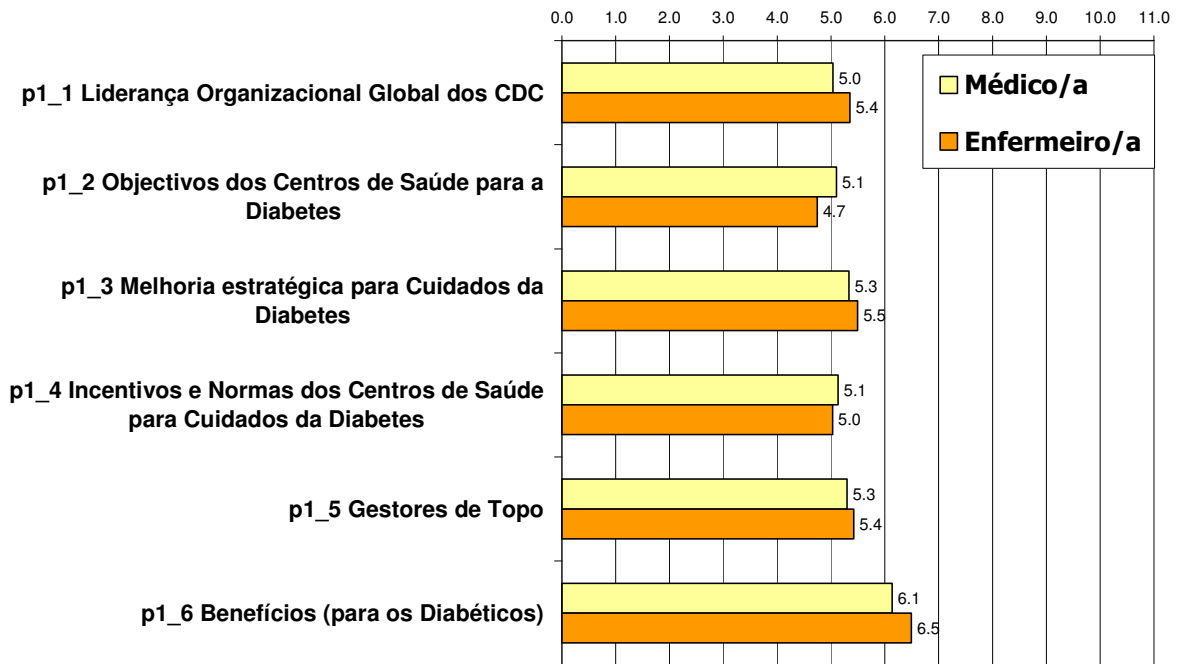


Figura 21. Classificações médias dos itens da Parte 2 – Ligações à Comunidade por Grupo

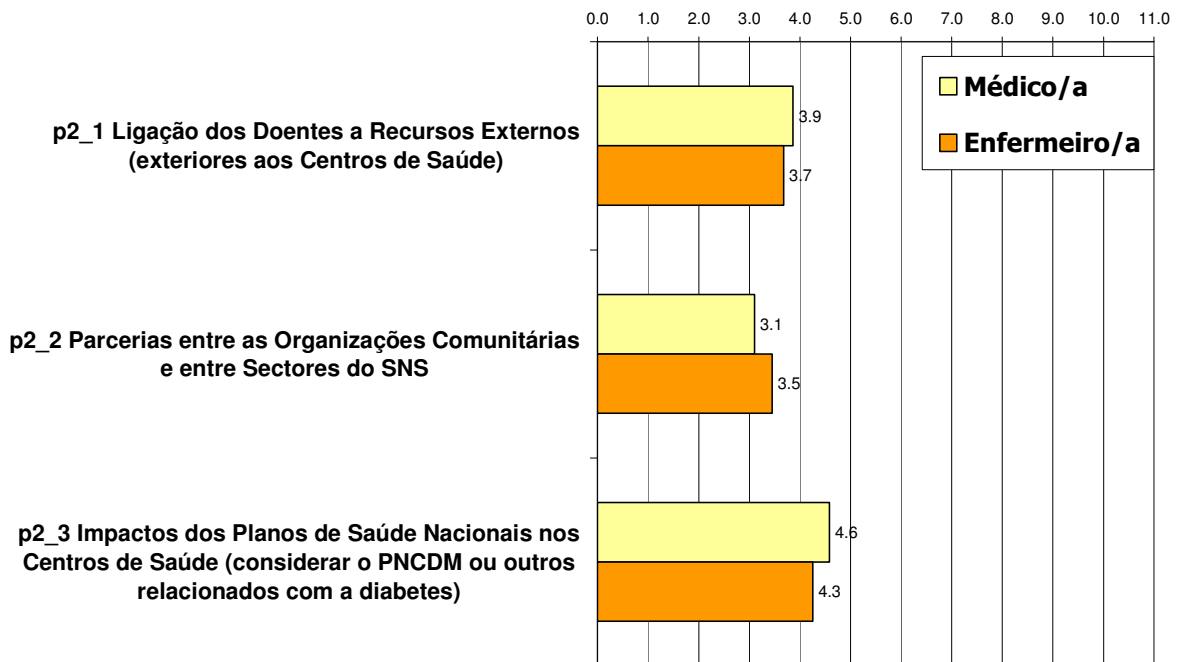


Figura 22. Classificações médias dos itens da Parte 3a – Nível prático: Apoio à Auto-Gestão do Doente por Grupo

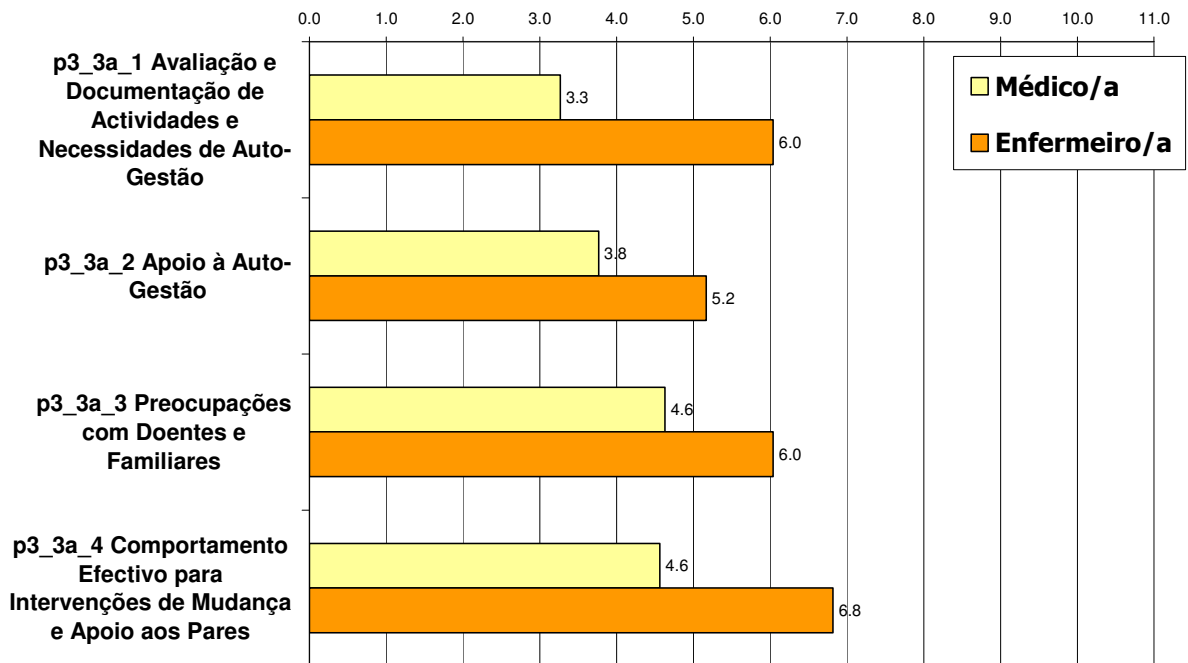


Figura 23. Classificações médias dos itens da Parte 3b – Nível prático: Mecanismos de suporte à decisão por Grupo

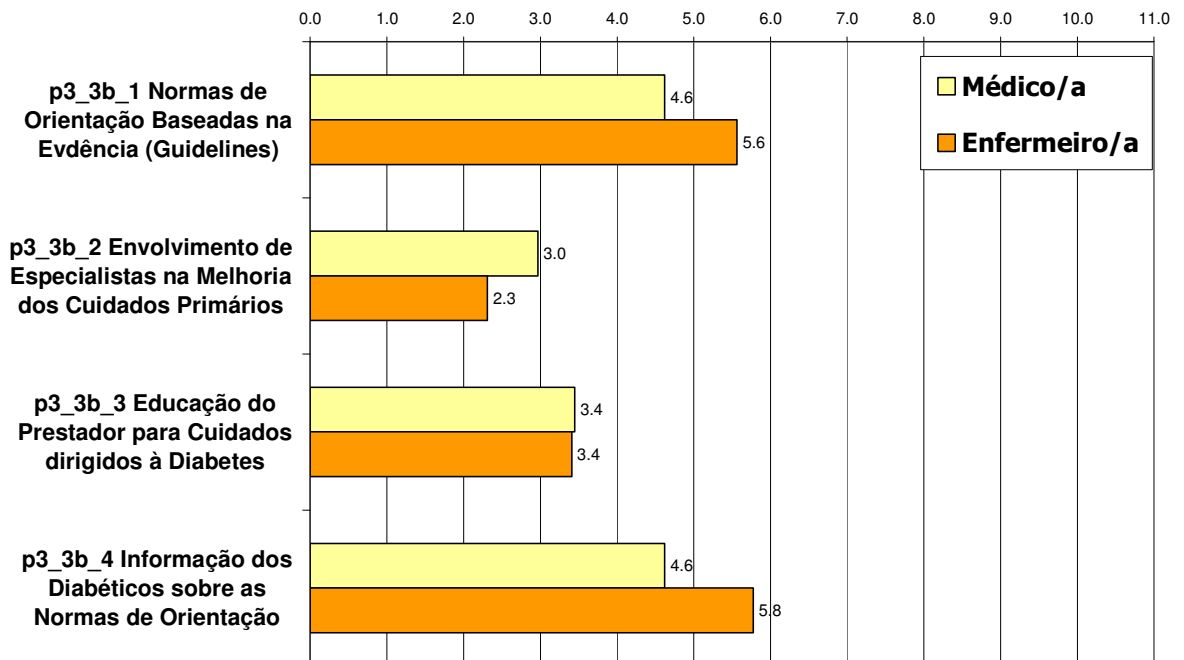


Figura 24. Classificações médias dos itens da Parte 3c – Nível prático: Organização do sistema de prestação por Grupo

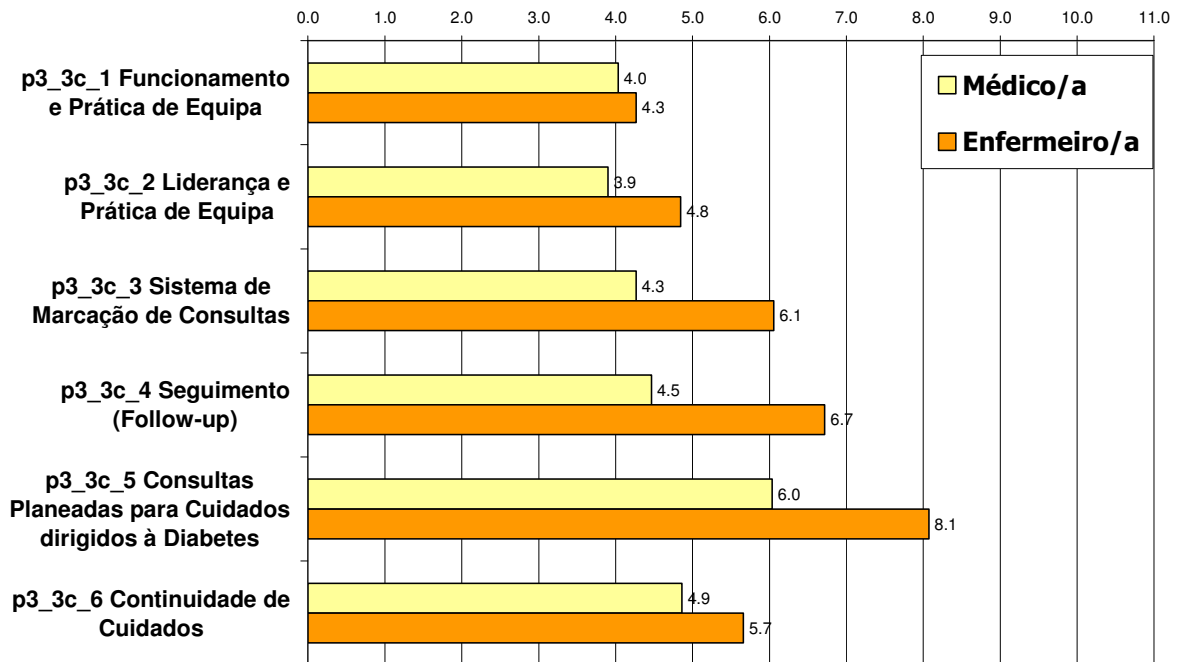


Figura 25. Classificações médias dos itens da Parte 3d – Nível prático: Sistema de informação por Grupo

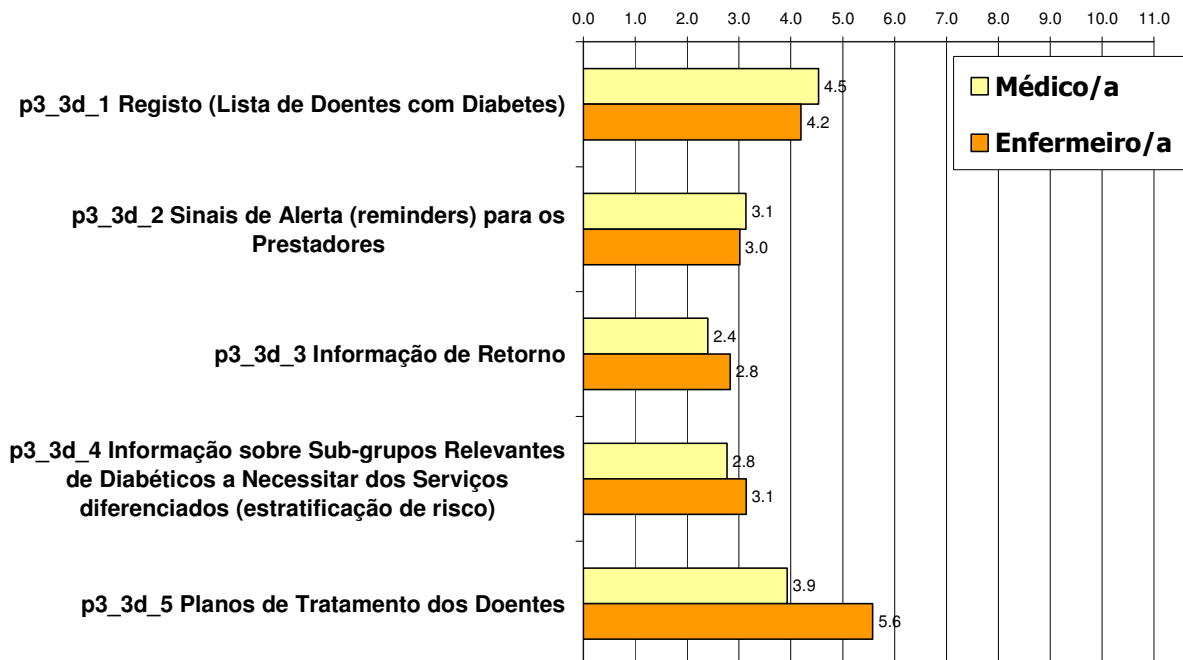


Figura 26. Classificações médias dos itens da Parte 3e – Nível prático: Sistema de informação sobre Custos por Grupo



Figura 27. Classificações médias dos sub-scores e score total por Grupo

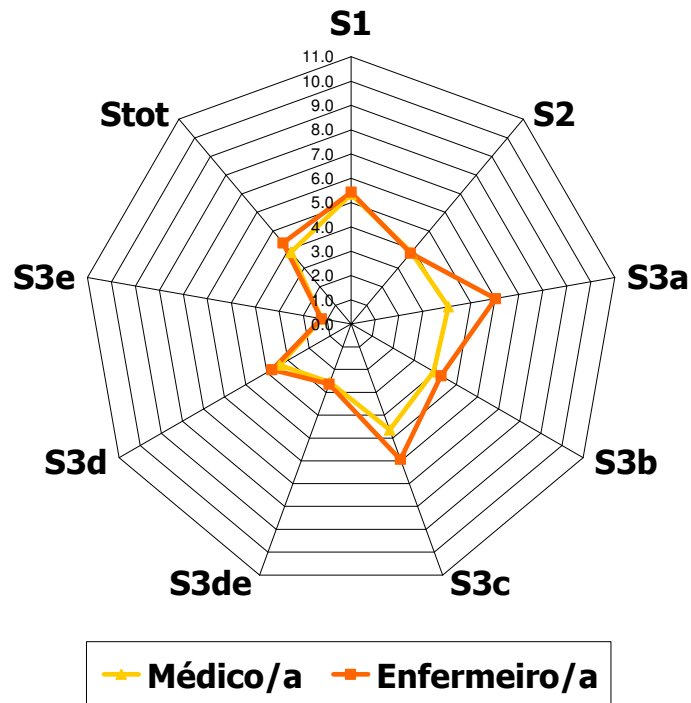
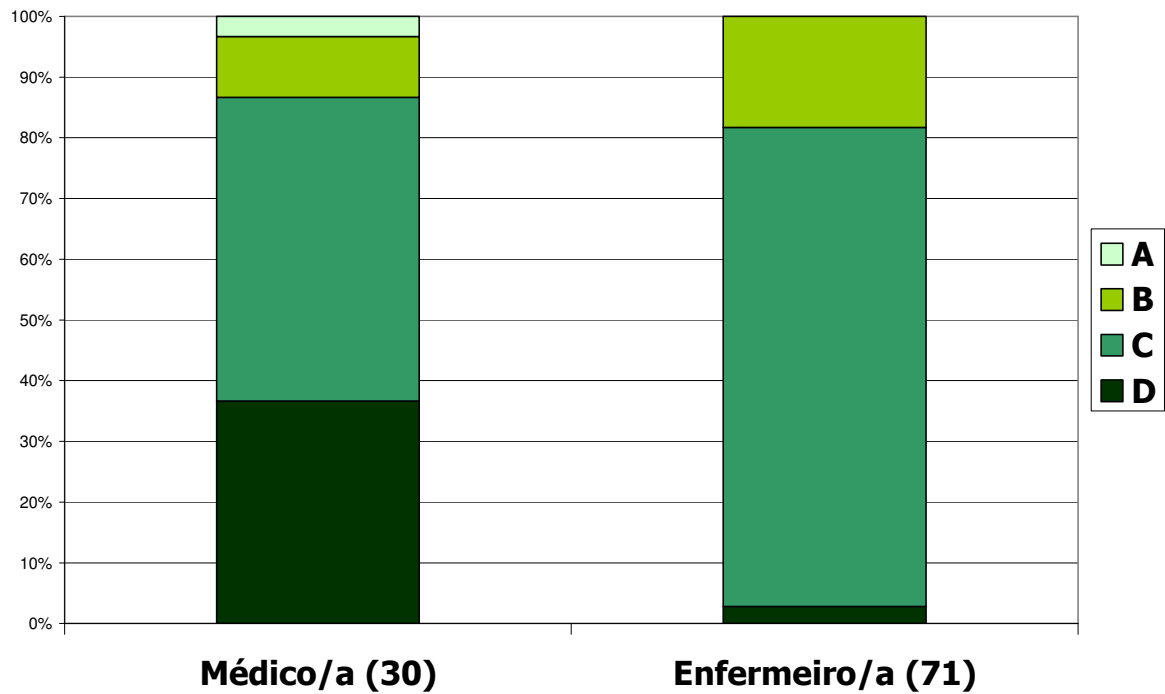


Tabela 11. Estatísticas descritivas para os *scores* (média, mediana, desvio-padrão e N válido) por grupo

	Grupo							
	Médico/a			N	Enfermeiro/a			N
Média	Mediana	Desvio Padrão	Média		Mediana	Desvio Padrão		
S1	5.3	5	1.6	30	5.4	5	1.8	71
S2	3.9	3	2.3	29	3.8	4	2.1	71
S3a	4.1	5	2.5	30	6.0	6	1.8	71
S3b	3.9	4	2.1	29	4.3	4	1.7	71
S3c	4.6	5	1.9	30	5.9	6	1.6	71
S3de	2.6	3	2.3	30	2.6	2	1.4	71
S3d	3.4	4	2.5	30	3.8	3	1.9	71
S3e	1.2	1	1.7	29	1.2	1	1.6	71
Stot	3.9	4	1.9	30	4.3	4	1.3	71

Figura 28. Níveis da Escala de ACIC por Grupo



5.5.2 Testes de Hipóteses

Os resultados completos dos testes aplicados encontram-se no anexo IV.

A aplicação de testes de Normalidade adequados à dimensão de cada grupo (testes de *Shapiro-Wilks* para o grupo dos médicos e de *Kolmogorov-Smirnov* para o grupo dos enfermeiros), leva-nos a rejeitar (n.s. 5%) a condição de aplicabilidade de normalidade dos testes t de diferenças de médias para amostras independentes para todos os *scores*, excepto o S3a. Vamos aplicar, em sua substituição, testes não-paramétricos de *Mann-Whitney*.

Tabela 12. Testes de Normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* e de *Shapiro-Wilks*

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
S1	Médico/a				.913	30	.018
	Enfermeiro/a	.167	71	.000			
S2	Médico/a				.911	29	.018
	Enfermeiro/a	.125	71	.008			
S3a	Médico/a				.962	30	.354
	Enfermeiro/a	.100	71	.076			
S3b	Médico/a				.943	29	.123
	Enfermeiro/a	.164	71	.000			
S3c	Médico/a				.901	30	.009
	Enfermeiro/a	.087	71	.200(*)			
S3de	Médico/a				.835	30	.000
	Enfermeiro/a	.114	71	.022			
Stot	Médico/a				.927	30	.042
	Enfermeiro/a	.133	71	.003			

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

A tabela 13 apresenta os resultados da aplicação de um teste t de diferenças de médias de S3a por grupo, antecedido de um teste de homogeneidade das variâncias de *Levene*. Rejeitamos a hipótese de homogeneidade das variâncias (n.s. 5%), o que nos leva a ler o resultado do teste t na segunda linha da tabela. Conforme podemos verificar, rejeitamos a hipótese de igualdade das médias (n.s. 5%) de S3a entre os grupos, o que significa que os enfermeiros registam um *score* médio S3a, no nível B, significativamente superior ao dos médicos, no nível C.

Dada a diferença de dimensão de ambos os grupos, vamos confirmar estes resultados aplicando, também para o *score* S3a, um teste não-paramétrico de *Mann-Withney*.

Na tabela 14, podemos observar que são identificadas diferenças significativas (n.s. 5%) para os *scores* 3a e 3c. Pelos diagramas de Caixa e Bigodes (figuras 28 e 29), é claro que os enfermeiros tendem a registar valores superiores em ambos estes *scores*.

Tabela 13. Teste t de diferenças de médias de S3a por grupo

Group Statistics

	Grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
S3a	Médico/a	30	4.0583	2.47111	.45116
	Enfermeiro/a	71	6.0176	1.77650	.21083

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
S3a	Equal variances assumed	6.997	.009	-4.487	99	.000	-1.95927	.43661	-2.82560	-1.09294
	Equal variances not assumed			-3.934	42.215	.000	-1.95927	.49799	-2.96411	-.95443

Tabela 14. Testes de *Mann-Withney* dos *scores* por grupo

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
S1	1007.000	1472.000	-.432	.666
S2	967.000	3523.000	-.476	.634
S3a	565.000	1030.000	-3.724	.000
S3b	963.000	1398.000	-.506	.613
S3c	596.500	1061.500	-3.488	.000
S3de	957.500	1422.500	-.800	.424
S3d	984.000	1449.000	-.603	.547
S3e	1027.000	1462.000	-.020	.984
Stot	904.000	1369.000	-1.197	.231

Figura 29. Diagrama de Caixa e Bigodes do *score* 3a por Grupo

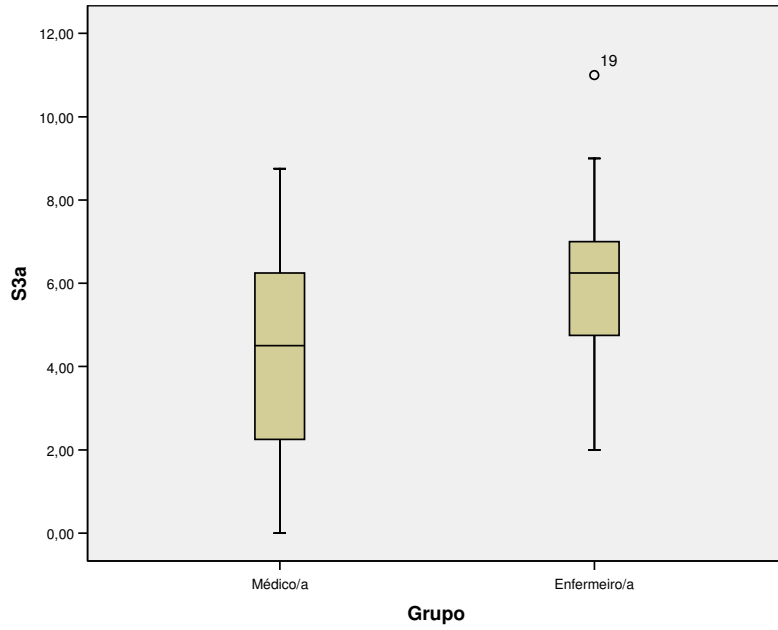
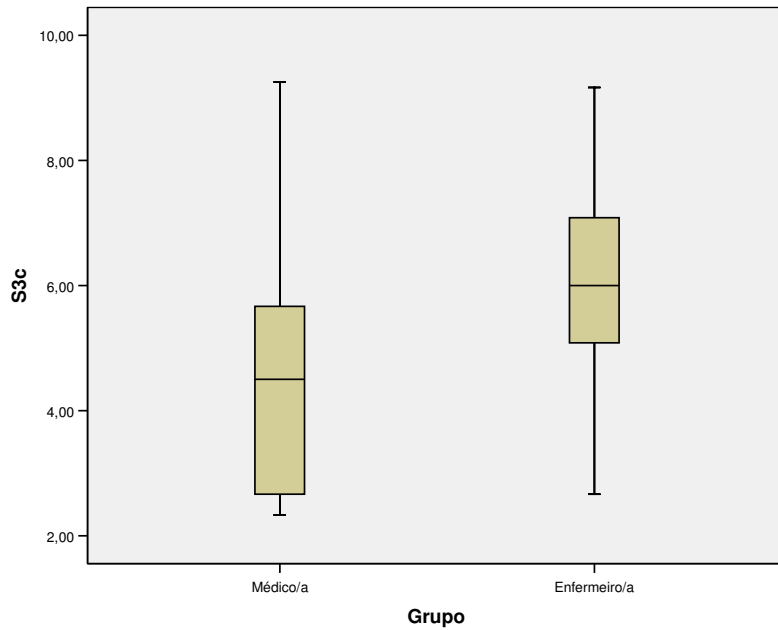


Figura 30. Diagrama de Caixa e Bigodes do *score* 3c por Grupo



5.5.3 Relações entre Escalas por Grupo

Calcularam-se coeficientes de correlações de *Spearman* entre *scores* para cada grupo de inquiridos em estudo, bem como os respectivos testes de significância. Os resultados encontram-se no anexo III. A tabela 15 apresenta a matriz de correlações para o grupo dos médicos e a tabela 16 a matriz para o grupo dos enfermeiros.

Conforme podemos verificar, as correlações dos *scores* para os médicos são todas positivas, fortes (acima de 0.5) e significativas a 1%.

Quanto aos enfermeiros, as respostas não parecem ser tão coesas. Assim, encontramos correlações mais fracas (abaixo de 0.3) entre o *score* S2 e os *scores* S3a e S3b, assim como entre o *score* S3e e os *scores* S3a, S3b e S3c. Todas as restantes correlações são mais elevadas, mas não tanto como para o grupo dos médicos.

Tabela 15. Coeficientes de correlação de Spearman dos scores para o grupo dos médicos

		S1	S2	S3a	S3b	S3c	S3de	S3d	S3e	Stot
S1	Correlation Coefficient	1.000	.640(**)	.797(**)	.625(**)	.581(**)	.662(**)	.636(**)	.502(**)	.764(**)
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.006	.000
	N	30	29	30	29	30	30	30	29	30
S2	Correlation Coefficient	.640(**)	1.000	.797(**)	.719(**)	.625(**)	.801(**)	.781(**)	.760(**)	.897(**)
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29
S3a	Correlation Coefficient	.797(**)	.797(**)	1.000	.823(**)	.729(**)	.788(**)	.758(**)	.693(**)	.886(**)
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	30	29	30	29	30	30	30	29	30
S3b	Correlation Coefficient	.625(**)	.719(**)	.823(**)	1.000	.837(**)	.858(**)	.871(**)	.713(**)	.908(**)
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29
S3c	Correlation Coefficient	.581(**)	.625(**)	.729(**)	.837(**)	1.000	.831(**)	.853(**)	.711(**)	.828(**)
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000
	N	30	29	30	29	30	30	30	29	30
S3de	Correlation Coefficient	.662(**)	.801(**)	.788(**)	.858(**)	.831(**)	1.000	.972(**)	.922(**)	.947(**)
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000
	N	30	29	30	29	30	30	30	29	30
S3d	Correlation Coefficient	.636(**)	.781(**)	.758(**)	.871(**)	.853(**)	.972(**)	1.000	.851(**)	.928(**)
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000
	N	30	29	30	29	30	30	30	29	30
S3e	Correlation Coefficient	.502(**)	.760(**)	.693(**)	.713(**)	.711(**)	.922(**)	.851(**)	1.000	.851(**)
	Sig. (2-tailed)	.006	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Stot	Correlation Coefficient	.764(**)	.897(**)	.886(**)	.908(**)	.828(**)	.947(**)	.928(**)	.851(**)	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.
	N	30	29	30	29	30	30	30	29	30

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 16. Coeficientes de correlação de *Spearman* dos *scores* para o grupo dos enfermeiros

		S1	S2	S3a	S3b	S3c	S3de	S3d	S3e	Stot
S1	Correlation Coefficient	1.000	.549(**)	.421(**)	.359(**)	.353(**)	.581(**)	.571(**)	.384(**)	.782(**)
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.002	.003	.000	.000	.001	.000
	N	71	71	71	71	71	71	71	71	71
S2	Correlation Coefficient	.549(**)	1.000	.165	.292(*)	.369(**)	.522(**)	.512(**)	.315(**)	.731(**)
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.168	.014	.002	.000	.000	.007	.000
	N	71	71	71	71	71	71	71	71	71
S3a	Correlation Coefficient	.421(**)	.165	1.000	.546(**)	.357(**)	.396(**)	.553(**)	-.107	.610(**)
	Sig. (2-tailed)	.000	.168	.	.000	.002	.001	.000	.373	.000
	N	71	71	71	71	71	71	71	71	71
S3b	Correlation Coefficient	.359(**)	.292(*)	.546(**)	1.000	.368(**)	.364(**)	.385(**)	.040	.616(**)
	Sig. (2-tailed)	.002	.014	.000	.	.002	.002	.001	.739	.000
	N	71	71	71	71	71	71	71	71	71
S3c	Correlation Coefficient	.353(**)	.369(**)	.357(**)	.368(**)	1.000	.303(*)	.494(**)	-.201	.601(**)
	Sig. (2-tailed)	.003	.002	.002	.002	.	.010	.000	.092	.000
	N	71	71	71	71	71	71	71	71	71
S3d	Correlation Coefficient	.581(**)	.522(**)	.396(**)	.364(**)	.303(*)	1.000	.887(**)	.620(**)	.762(**)
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001	.002	.010	.	.000	.000	.000
	N	71	71	71	71	71	71	71	71	71
S3d	Correlation Coefficient	.571(**)	.512(**)	.553(**)	.385(**)	.494(**)	.887(**)	1.000	.276(*)	.801(**)
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.	.020	.000
	N	71	71	71	71	71	71	71	71	71
S3e	Correlation Coefficient	.384(**)	.315(**)	-.107	.040	-.201	.620(**)	.276(*)	1.000	.312(**)
	Sig. (2-tailed)	.001	.007	.373	.739	.092	.000	.020	.	.008
	N	71	71	71	71	71	71	71	71	71
Stot	Correlation Coefficient	.782(**)	.731(**)	.610(**)	.616(**)	.601(**)	.762(**)	.801(**)	.312(**)	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.008	.
	N	71	71	71	71	71	71	71	71	71

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

5.6 Tempo de exercício Profissional

Finalmente, vamos comparar as respostas às escalas consoante o tempo de exercício dos inquiridos (anexo V).

Conforme podemos constatar nas figuras 31 e 32, não se identificam tendências claras nos valores dos *scores* em termos do tempo de exercício profissional, no total e na área da diabetes, quando observamos as médias por categoria.

No entanto, quando consideramos os coeficientes de correlação de *Spearman* (anexo II e tabela 17), detectamos uma correlação negativa significativa (apesar de não muito forte) entre o tempo de exercício profissional, no total e na área da diabetes, e os *scores* S3a e S3c. Assim, quanto maior o tempo de exercício, menor o valor associado aos *scores* S3a e S3c e, inversamente, quanto menor o tempo de exercício, maior o valor associado aos *scores* S3a e S3c.

Figura 31. Scores médios por tempo de exercício profissional

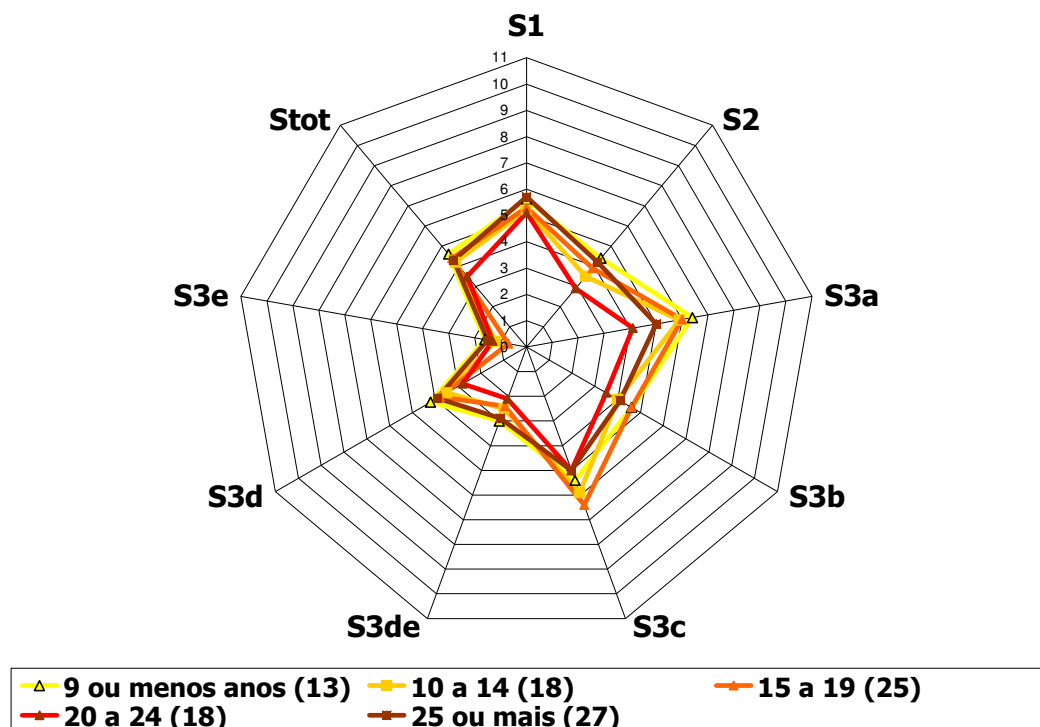


Figura 32. Scores médios por tempo de exercício profissional na área da diabetes

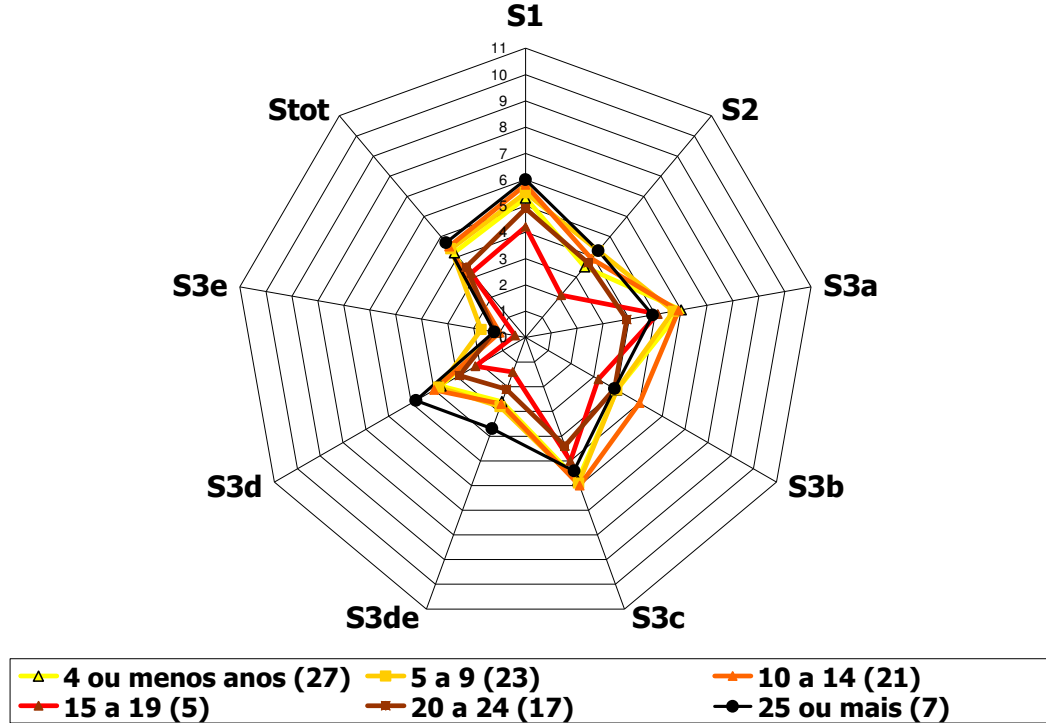


Tabela 17. Coeficientes de Correlação de Spearman e Tempo de exercício profissional, no total e na área da diabetes

		Tempo de Exercício Profissional	Tempo de Exercício Profissional na Diabetes
S1	Correlation Coef	.057	-.102
	Sig. (2-tailed)	.574	.314
	N	101	100
S2	Correlation Coef	.059	.054
	Sig. (2-tailed)	.559	.593
	N	100	99
S3a	Correlation Coef	-.251(*)	-.259(**)
	Sig. (2-tailed)	.011	.009
	N	101	100
S3b	Correlation Coef	-.064	.033
	Sig. (2-tailed)	.524	.742
	N	100	99
S3c	Correlation Coef	-.207(*)	-.215(*)
	Sig. (2-tailed)	.038	.032
	N	101	100
S3de	Correlation Coef	-.027	-.089
	Sig. (2-tailed)	.792	.377
	N	101	100
S3d	Correlation Coef	-.027	-.074
	Sig. (2-tailed)	.788	.463
	N	101	100
S3e	Correlation Coef	.050	-.066
	Sig. (2-tailed)	.619	.515
	N	100	99

5.7 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

É neste capítulo que iremos analisar os dados e discutir as suas implicações. Nesta fase o investigador tenta dar sentido às análises, compreender o que significam as descobertas, *“analisar se corroboram ou fracassam em fortalecer um referencial teórico, e discutir o que elas possam implicar”*. (Polit D. e Hungler, B., 1995, p. 331)

Deste modo, com base nos resultados obtidos através da aplicação de um questionário a 30 médicos e a 71 enfermeiros, dos Centros de Saúde que integram a Unidade E, procede-se agora à discussão dos resultados, iniciando-se esta, pela caracterização da amostra com o objectivo de enquadrar os inquiridos no fenómeno em estudo. Serão ainda apresentados e discutidos os resultados obtidos em relação à amostra global (médicos e enfermeiros), e para cada grupo separadamente.

Avaliaremos, também ao nível da amostra global a relação com o tempo de exercício profissional.

Na base da discussão, está a análise à abordagem da pessoa com diabetes, enquanto doença crónica.

Pensamos que através deste estudo, possamos talvez sugerir um conjunto de recomendações e reflexões, que consideramos necessárias para esta mudança no sistema de saúde, para que possam ser atingidos outros patamares de qualidade, eficácia, e satisfação, das pessoas com diabetes e dos próprios profissionais.

Consideramos que o desafio da diabetes enquanto doença crónica, exige força e determinação. É um compromisso que as equipas, nomeadamente médicos e enfermeiros devem assumir, não só para hoje, mas também para o futuro.

No que respeita à caracterização da população em estudo, verificamos que os resultados obtidos nos permitem tecer as seguintes considerações:

A maioria dos inquiridos situa-se no grupo profissional dos enfermeiros, o que faz com que a caracterização e a opinião da amostra global esteja próxima da dos enfermeiros. Todavia esperamos que esta opinião possa contribuir para a união de esforços que possibilitem termos uma nova visão da saúde, dos cuidados prestados, das próprias organizações, assim como do papel das pessoas com diabetes.

No que respeita ao sexo, assiste-se a um predomínio do sexo feminino, valor que está de acordo com a sua maior incidência actual em ambas as profissões, onde se encontra uma preponderância da população feminina no âmbito destes dois grupos profissionais estudados.

Quanto ao tempo de exercício profissional em média os dois grupos profissionais exercem a sua profissão há 18 anos. Por outro lado exercem a sua profissão especificamente na área da diabetes, há 11 anos.

Tendo por base o que é descrito por Boavida (2007), quando refere, que é necessário dar uma nova formação aos profissionais de saúde e preparação para estes colaborarem com as pessoas com diabetes a gerir a sua própria doença, obrigando-os a desenvolver novos conhecimentos, assim como novas perícias, sempre enquadrados numa equipa multiprofissional, remete-nos para um vasto campo a explorar. Cuidados centrados na pessoa e num clima de aprendizagem contínua independentemente da experiência profissional, temos que ser estudantes toda a vida.

Verificamos que aproximadamente cerca de 69% do total dos inquiridos exerce a sua profissão há 15 ou mais anos, contudo cerca de 71% exercem a sua profissão na área da diabetes há menos de 15 anos.

Não podemos, nem devemos esquecer o que continua a ser defendido por Boavida (2007), que nos diz que, no passado tínhamos um modelo centrado nas doenças agudas, nas urgências, nas práticas ditas curativas, é pois imprescindível passar destas práticas, para as práticas dirigidas à prevenção, aos rastreios, ao acompanhamento a longo prazo. Diz este autor, que é necessário intervir, mudando a organização dos cuidados de saúde, para um acompanhamento efectivo no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Após ter sido concluída a análise dos dados obtidos, Fortin (1999, p. 329), refere que " (...) *a etapa seguinte consiste em apresentar os resultados e interpretá-los à luz das questões de investigação.*"

Em toda a pesquisa realizada para o desenvolvimento do enquadramento teórico, há que manter como linha orientadora, o enorme peso que a diabetes representa no âmbito dos cuidados de saúde e que por outro lado, há evidência de que existem intervenções efectivas para resolver esta problemática, nomeadamente programas de gestão da doença. Por último focamos a nossa atenção no modelo de cuidados crónicos como resposta a esta problemática.

O contributo deste estudo pretende-se que seja a melhoria da qualidade de vida das pessoas com diabetes, utilizando para tal os resultados a que chegamos, como base de instrumento de trabalho.

É nosso entender que os programas nacionais de controlo da diabetes, os próprios registos, assim como os rastreios, surgiram como importantes contributos na diminuição das consequências graves desta doença, contudo continuamos longe de ser suficientes.

Os resultados deste estudo fornecem alguma evidência sobre a caracterização do estado actual das práticas médicas e de enfermagem e também organizacionais, dirigidas às pessoas com diabetes mellitus.

A medicina e a enfermagem, como quaisquer outras áreas da actividade, baseada no conhecimento e na ciência, necessitam de produção e renovação contínuas que apenas a investigação assegura.

Neste momento faz sentido relembrar a **questão de partida**:

- **De que modo é que as práticas médicas e de enfermagem, se enquadram nos princípios do conceito da gestão da doença?**

No sentido de dar resposta a esta questão, colocamos como objectivos de investigação dar resposta às seguintes questões:

1. Dispõem os Centros de Saúde da Unidade E, de uma organização de prestação de serviços para gerir com efectividade as pessoas com diabetes?
2. A gestão da estrutura¹ e dos processos² actuais dos cuidados médicos e de enfermagem orientam-se para a satisfação das necessidades específicas das pessoas com diabetes?
3. Como estão os Centros de Saúde da Unidade E, a responder às necessidades das pessoas com diabetes que recorrem aos seus serviços?
4. Em que áreas da prestação dos cuidados crónicos (cuidados à pessoa com diabetes) se apuram níveis mais reduzidos de desempenho dos Centros de Saúde?
5. Os Centros de Saúde da Unidade E, comportam-se ou não, como um sistema fragmentado? Pode a gestão da doença intervir como instrumento para reduzir esta fragmentação?

¹ Estrutura – São os recursos disponíveis para fornecer o serviço.

² Processo – “*O próprio atendimento*”, ou seja, o conjunto de procedimentos realizados para caracterizar o serviço in *Improving Medical Hospital and Health Services Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J 1995, Makrom Books.*

6. Com base nos resultados do estudo, quais os principais obstáculos à introdução e implementação da gestão da doença nos Centros de Saúde da Unidade E?

No intuito de explorar as relações entre as componentes presentes, e apesar de este não ser um estudo correlacional, desenvolvemos uma análise nesse campo. Utilizamos o coeficiente de correlação linear de *Pearson*® e o coeficiente de correlação de *Spearman* (rs), para determinar a força e o sentido de correlação entre variáveis.

Nestes testes, é importante considerarmos o sentido da correlação, isto é, correlação positiva ou negativa, que pode mudar dependendo das variáveis se deslocarem no mesmo sentido ou em sentidos opostos.

O sentido da força de correlação oscila entre -1 e $+1$. "*Por convenção sugere-se que "r" menor que 0,2 indica uma oscilação muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; por fim, entre 0,9 e 1, uma associação muito alta.*" (Pestana, M.; Gageiro; J. 2000).

Para este efeito, verificámos se as variáveis respeitam as condições de aplicabilidade dos testes paramétricos: serem variáveis ordinais, medidas a nível intercalar, para se poder trabalhar por *Scores* e terem distribuição normal. Sempre que estas condições não se verificarem, nomeadamente em relação às correlações envolvendo variáveis nominais, utilizamos o coeficiente de correlação de postos de *Spearman*.

Os testes paramétricos aplicados foram os de *Pearson*, que é válido para uma distribuição normal. Quando a amostra é considerada reduzida (abaixo dos 50 indivíduos), utilizou-se o teste de normalidade *Shapiro-Wilks*, quando a amostra é superior a 50 indivíduos, aplicamos testes de *Kolmogorov-Smirnov*.

Se a hipótese da variável em estudo ser normal for rejeitada, neste caso não se pode calcular coeficientes de correlações de *Pearson* e calculamos coeficientes de correlação de *Spearman*.

Os testes não paramétricos aplicados foram os de *Mann-Whitney* para a comparação entre os diferentes grupos profissionais, (quando a condição de normalidade for violada) os de *Kruskal-Wallis* para as diferenças de médias entre os profissionais e a correlação de *Spearman* para a análise da correlação entre cada par de *scores*.

Optamos pela definição de pressupostos para a confirmação/não confirmação das hipóteses em estudo.

Os pressupostos para a confirmação/não confirmação das hipóteses específicas baseiam-se nos seguintes critérios:

- 1.** Considerar apenas os resultados da totalidade da amostra (nível obtido da escala), na medida em que esta reflecte melhor o perfil global dos cuidados crónicos praticados, neste agrupamento de Centros de Saúde – Unidade E;
- 2.** Considerar como critério de resposta positiva, os cuidados crónicos para os níveis B (*Score* 6 a 9 exclusive) e A (*Score* 9 a 11 inclusive) e como resposta não positiva para os níveis C (*Score* 3 a 6 exclusive) e D (*Score* 0 a 3 exclusive), sendo este, considerado o nível mais baixo de cuidados crónicos;
- 3.** Considerar o nível da escala obtido por cada um dos grupos profissionais em separado;
- 4.** Considerar o nível da escala obtido pela média dos *Scores* médios das 7 categorias do questionário, tendo por base os resultados da totalidade da amostra, uma vez que esta espelha melhor o perfil global dos cuidados crónicos praticados, neste agrupamento de Centros de Saúde – Unidade E.

HIPÓTESE 1 – A organização global da provisão de cuidados de saúde (liderança, objectivos, incentivos) está positivamente orientada para uma resposta efectiva das necessidades das pessoas com diabetes.

Tabela 18 – Pressupostos para a confirmação/não confirmação da Hipótese 1

Pressupostos	Critério	Score	Nível Obtido	Resultado
Diabetes*	Nível B e A	5.4	C/B	Não confirmada
Média dos <i>Scores</i> médios das 7 categorias do questionário, para os dois grupos profissionais no seu todo.	Nível B e A	4.2	C	Não confirmada
Confirmação Final				Não confirmada

NOTA: * Tabela 2 e 9; Figura 5, 12 e 16

Como se observa na Tabela 18, o nível obtido nos Centros de Saúde da Unidade E, não satisfaz os critérios na totalidade dos pressupostos, pelo que entendemos que, os resultados não confirmam a Hipótese 1. É muito redutor apenas se considerar o nível B em relação aos benefícios, isto é, dizem respeito à promoção da auto-gestão ou eventuais mudanças no sistema. Este facto parece estar de acordo com a bibliografia que serviu de suporte ao enquadramento teórico, uma vez que subsiste uma contradição entre o modelo actual de prestação de cuidados de saúde, modelo este que está vocacionado para a intervenção nas doenças agudas, e não voltado para as reais necessidades das pessoas com diabetes.

De acordo com Silva (2004), são várias as doenças crónicas, entre elas a diabetes, que não são passíveis de esquecimento por parte de quem as tem. Este acontecimento, prende-se com a necessidade de integrar o controlo da doença nas actividades de vida diária, assim como das expectativas do que poderá vir a acontecer se este controlo não for feito de forma adequada.

Vários estudos já providenciaram a evidência do valor do auto-controlo da pessoa doente em diferentes aspectos da sua doença. (Greenfield; Kaplan; Ware, 1985), concluíram que os doentes que foram incentivados ao envolvimento na gestão da sua doença desenvolveram atitudes de controlo mais frequentes, condicionando melhores resultados terapêuticos.

Em vários estudos, citados por (DiMateo; Reiter; Gambone, 1994), o sentimento de controlo sobre a doença, em pessoas com doença crónica, é associado a mecanismos educacionais de envolvimento, resultando daí uma maior “*compliance*” com as intervenções estabelecidas.

- Deste modo, a não confirmação desta hipótese vem dar suporte a uma resposta negativa às questões 1 e 2 desta investigação. Com efeito, neste agrupamento de Centros de Saúde, enquanto organizações de prestação de cuidados de saúde que integram a Unidade E, sugerem os resultados que não existe uma organização da prestação de serviços para gerir com efectividade a diabetes, enquanto doença crónica, e que adicionalmente, a gestão da estrutura e dos processos actuais das práticas médicas e de enfermagem não se orientam correctamente para a satisfação das necessidades próprias das pessoas com diabetes nos seus diversos contextos.

É muito preocupante o facto de ser esta uma população doente a crescer e representando um consumo cada vez mais elevado de recursos de saúde. Havendo potencial para intervenção numa perspectiva de promoção da saúde e gestão da doença, esta deve ser implementada.

É constado pela nossa prática, que a diabetes é uma doença exigente, com um tratamento complexo e multifacetado.

Por isto reforça-se a ideia de equipas multiprofissionais, tal como refere Henderson e Martin (2004, p. 95), “*A razão de ser das equipas multidisciplinares está em poder reunir um conjunto de perspectivas diferentes nos cuidados a prestar às pessoas.*”

Se todos acreditarem e investirem na prevenção como o melhor tratamento, fica a mensagem, que esta prática, deverá ser iniciada o quanto antes. Provavelmente, “*(...) em pequenas comunidades onde algumas das medidas podem ser mais fáceis de implementar localmente (...)*”, tal como refere Duarte (2008, p. 40).

São respostas e estratégias como estas, que farão a diferença no cuidar no âmbito da doença crónica, e mais especificamente em relação à diabetes.

HIPÓTESE 2 – Há integração e coordenação positivas entre os três níveis do sistema de prestação de cuidados (prática dos médicos e enfermeiros nestes níveis), e os recursos existentes na comunidade. (programas de auto-gestão baseados na comunidade)

Tabela 19 – Pressupostos para a confirmação/não confirmação da Hipótese 2

Pressupostos	Critério	Score	Nível Obtido	Resultado
Diabetes*	Nível B e A	3.8	C	Não confirmada
Média dos <i>Scores</i> médios das 7 categorias do questionário, para os dois grupos profissionais no seu todo.	Nível B e A	4.2	C	Não confirmada
Confirmação Final				Não confirmada

NOTA: * Tabela 3 e 9; Figura 6, 12 e 16

Como se observa na tabela 19, o nível obtido nos Centros de Saúde da Unidade E, não satisfaz os critérios em todos os pressupostos, pelo que os resultados não confirmam a Hipótese 2. Tal facto evidencia um fraco nível de integração e de coordenação entre estes três níveis do sistema de prestação de cuidados.

Ou seja, há uma ausência de estruturas adaptadas às necessidades destas pessoas.

- A não confirmação desta hipótese suporta uma resposta negativa à 3.^a questão. Com efeito, considerando o agrupamento destes Centros de Saúde da Unidade E, pode-se deduzir que estas instituições, em consequência do fraco nível de integração e coordenação evidenciado pelo nível obtido nesta categoria, não estão a responder positivamente às necessidades das pessoas com diabetes, nomeadamente no que respeita à garantia da continuidade dos cuidados crónicos nos diferentes contextos.

De facto, terá de surgir alterações marcantes nas relações de poder, estabelecidas na interacção entre profissionais de saúde e pessoas com doença crónica. (Arksey e Sloper, 1999) Muitas as vezes estes profissionais julgam que as iniciativas para participar no processo de tomada de decisão, por parte das pessoas com doença crónica, consistem numa invasão do seu território profissional. Paterson, B. (2001)

- A não confirmação desta hipótese sustenta a resposta à primeira parte da questão n.º 5, podendo afirmar-se, que os Centros de Saúde, comportam-se como um sistema fragmentado na prestação dos cuidados às pessoas com diabetes.

Existe actualmente investigação e consenso sobre a necessidade de pessoas com diabetes desenvolverem competências no que diz respeito à gestão da sua doença. Parece-nos que este facto está de acordo com a verificação na pesquisa em que encontramos vários testemunhos. Todavia não deixa de ser curioso, pois as pessoas com doença crónica também referem a necessidade de desenvolver estudos, que determinam de que forma é que estes podem colaborar com a própria equipa prestadora de cuidados.

É reconhecido actualmente, que a família e os recursos comunitários devem ser encarados como parceiros na equipa de saúde, razão pela qual devem ser avaliados no processo da gestão da doença.

De acordo com Hesbeen (2001), a família tem um papel importante na motivação e no apoio familiar de quem tem uma doença. No entanto, não pode ser esquecido, que muitas vezes a família vive com o seu familiar a sua doença, sofre com ele e também necessita de ser cuidada.

Silva (2004, p. 164), reforça esta ideia dizendo que, "(...) *gerir a doença é uma aprendizagem que se faz ao longo do tempo e que envolve adaptação ao nível da organização do quotidiano e em todas as esferas da vida social.*"

Neste sentido, nenhuma estratégia de mudança terá sucesso se não envolver todos os actores no processo.

Por isso a necessidade de formar equipas cada vez mais vastas, em que se promove uma abordagem integrada da pessoa com doença crónica, e em que a sinergia de saberes leva à maior satisfação profissional de todos os envolvidos, assim como a ganhos em saúde mais significativos e sustentáveis.

Só desta forma é que contribuiremos para um modelo que corresponde tanto às necessidades destas pessoas com diabetes, como às expectativas dos profissionais, em relação ao plano traçado para aquela pessoa/família.

HIPÓTESE 3 – A nível prático, existem apoios efectivos à auto-gestão (integração dos apoios de auto-gestão na rotina dos cuidados) que contribuem positivamente, de forma explícita para ajudar a pessoa/família (cuidadores informais, a enfrentar os desafios/complicações/problemas da diabetes mellitus, tendo por objectivo a sua minimização).

Tabela 20 – Pressupostos para a confirmação/não confirmação da Hipótese 3

Pressupostos	Critério	Score	Nível Obtido	Resultado
Diabetes*	Nível B e A	5.4	C/B	Não confirmada
Média dos <i>Scores</i> médios das 7 categorias do questionário, para os dois grupos profissionais no seu todo.	Nível B e A	4.2	C	Não confirmada
Confirmação Final				Não confirmada

NOTA: * Tabela 4 e 9; Figura 7, 12 e 16

Como se observa na tabela 20, o nível obtido nos Centros de Saúde da Unidade E, não satisfaz os critérios na totalidade dos pressupostos, é extremamente limitativo apenas se encontrar no nível B no âmbito dos cuidados de saúde primários, que se refere essencialmente aquilo que as pessoas têm maior necessidade e apenas encontram no âmbito da especialização, pelo que consideramos que os resultados não confirmam a Hipótese 3. Este facto evidencia que as pessoas com diabetes ainda não beneficiam em larga escala de apoios efectivos à auto-gestão da sua doença.

- A não confirmação desta hipótese suporta uma parte da resposta à 4.^a questão. Com efeito, uma das áreas essenciais dos cuidados crónicos é a componente de auto-gestão da doença, a qual se mantém num nível insuficiente de desenvolvimento, representando uma das áreas mais carenciadas dos cuidados de longo-prazo para as pessoas com diabetes.

Por este motivo, (Heisler et al, 2003; Deci, 2004), referem que as pessoas com diabetes que demonstram um nível de conhecimentos mais elevado, maior confiança sobre a eficácia do tratamento sugerido, e que colaboram em conjunto com a equipa multiprofissional nas

decisões sobre o seu tratamento, revelam melhores resultados no auto-cuidado da diabetes. Também Jahng et al (2005), efectuaram um estudo que pretendeu avaliar a colaboração entre o profissional de saúde e a pessoa com diabetes, e concluiu que quando existe congruência sobre as crenças de saúde e a forma de colaboração da pessoa nos cuidados de saúde, a satisfação, a adesão à terapêutica e os ganhos em saúde são significativamente maiores. Williams et al (2000), parecem estar de acordo com estes pressupostos, uma vez que revelam no seu estudo que, quando os profissionais dos cuidados de saúde primários estabelecem uma relação centrada na pessoa, a satisfação com os cuidados recebidos é maior, a adesão aos tratamentos e a manutenção dos novos comportamentos adoptados faz-se com maior eficácia.

Estes resultados traduzem-se numa melhoria tanto do estado físico como psicológico da pessoa. Os trabalhos de Kindelan e Kent (1987) referidos por Joyce-Moniz e Barros (2005), revelam que por vezes os médicos tendem a avaliar inadequadamente a intenção da pessoa em colaborar ou envolver-se no tratamento. Corroborada da mesma opinião Brooks (2005), ao fazer referência que os médicos, parecem demorar um pouco mais a adaptar-se a esta forma de abordagem, no entanto, muitas enfermeiras especialistas em diabetes já alteraram a sua abordagem no tratamento da pessoa com diabetes, e estão activamente implicadas no envolvimento da pessoa, em todo o processo.

Ó do Nascimento (2007), alerta-nos que enquanto que há profissionais que consideram a partilha de conhecimentos como perda de poder, outros há que percebem esta partilha como uma satisfação profissional contribuindo e promovendo a motivação na pessoa com diabetes para se responsabilizar e gerir o seu tratamento.

A não confirmação desta hipótese, bem como, os argumentos para a resposta à segunda parte da questão n.º 5: o nível insatisfatório de prestação de cuidados no que respeita a esta componente (apoios efectivos à auto-gestão da doença) deixa antever a janela de oportunidade que representa a gestão da doença para, na prática, contribuir para uma gestão mais efectiva desta importante componente dos cuidados crónicos. Kleinmam (1980), citado por Helmam (2003), refere que o sector informal de cuidados de saúde, a família revela-se como principal cuidadora, sendo assim a principal fonte de suporte social. Reforçando, Raposo (2008, p. 12), acrescenta que, *“O papel dos profissionais de saúde na diabetes é, obrigatoriamente, diferente do que habitualmente fazem nas doenças agudas. Para o sucesso nos objectivos de compensação desejados, é necessário que exista uma transferência eficaz de responsabilidades dos profissionais de saúde, para o cuidador efectivo – a pessoa com diabetes.”* Potenciar estas intervenções é um desígnio da gestão da doença.

HIPÓTESE 4 – A nível prático, o acesso dos médicos e enfermeiros à informação baseada na evidência, está positivamente associado ao suporte de decisão para tratar a pessoa com diabetes de forma custo-efectiva.

Tabela 21 – Pressupostos para a confirmação/não confirmação da Hipótese 4

Pressupostos	Critério	Score	Nível Obtido	Resultado
Diabetes*	Nível A	4.2	C	Não confirmada
Média dos <i>Scores</i> médios das 7 categorias do questionário, para os dois grupos profissionais no seu todo.	Nível A	4.2	C	Não confirmada
Confirmação Final				Não confirmada

NOTA: * Tabela 5 e 9; Figura 8, 12 e 16

Como se observa na tabela 21, o nível obtido nos Centros de Saúde da Unidade E, não satisfaz os critérios em todos os pressupostos, pelo que os resultados não confirmam a Hipótese 4. Este facto evidencia que as decisões para tratar pessoas com diabetes não são suportadas, sistematicamente e em larga escala, nas recomendações da medicina/enfermagem baseada na evidência. Não estão optimizados os benefícios da aplicação dos resultados dos melhores ensaios clínicos, ou seja, da melhor evidência científica, à prática médica/enfermagem relacionada com os cuidados crónicos.

- A não confirmação desta hipótese sustenta, completamente, a resposta à 4.ª questão, na medida em que os cuidados crónicos parecem não estar a beneficiar da aplicação de *guidelines* e protocolos baseados na melhor evidência científica disponível, reflectindo esta situação um baixo nível de desempenho dos Centros de Saúde estudados, quanto aos cuidados à pessoa com diabetes efectivamente praticados. Configura-se neste contexto mais uma oportunidade para a gestão da doença como instrumento capaz de dar corpo efectivo às componentes dos cuidados crónicos que podem ser integradas num programa de gestão de cuidados, o que constitui mais um reforço à resposta da segunda parte da questão 5.

Os cuidados têm que ser verdadeiramente centrados na pessoa com diabetes, o objectivo principal dos cuidadores é promover uma maior compreensão e gestão da doença por parte da pessoa com diabetes.

HIPÓTESE 5 – A nível prático, a organização do sistema de prestação de cuidados contempla mudanças positivas nas práticas organizacionais visando uma gestão efectiva da diabetes.

Tabela 22 – Pressupostos para a confirmação/não confirmação da Hipótese 5

Pressupostos	Critério	Score	Nível Obtido	Resultado
Diabetes*	Nível B e A	5.6	B/C	Não confirmada
Média dos <i>Scores</i> médios das 7 categorias do questionário, para os dois grupos profissionais no seu todo.	Nível B e A	4.2	B/C	Não confirmada
Confirmação Final				Não confirmada

NOTA: * Tabela 6 e 9; Figura 9, 12 e 16

Como se observa na tabela 22, o nível obtido nos Centros de Saúde da Unidade E, não satisfaz os critérios no total dos pressupostos, pelo que encaramos, que os resultados não confirmam a Hipótese 5.

- Esta não confirmação sugere que, a não se verificar uma tendência sustentada e generalizada de mudança, os Centros de Saúde estudados estão ainda vinculados ao modelo biomédico da prática tradicional da medicina, que é consensualmente reconhecido como inadequado para responder às expectativas e às necessidades da diabetes, enquanto doença crónica. Todavia pela literatura actual apercebemo-nos que a nível prático há um esforço mantido em que a organização do sistema de prestação seja alvo de mudança para oferecer qualidade, que se traduz essencialmente, no sistema de marcação de consultas/consultas planeadas e eventualmente o respectivo seguimento.

De acordo com Ribeiro (2005a) , que cita Leventhal e Cameron (1987), refere-se este autor ao modelo biomédico, descrevendo que a pessoa doente é vista como um mero executor de regimes que devem ser aceites e obedecidos.

Collins (2005), salienta ainda, que os enfermeiros desenvolvem um estilo de comunicação mais centrado na pessoa, em que a opinião desta é mais valorizada, e que os médicos utilizam mais uma abordagem caracterizada pelo modelo biomédico. De acordo com este

autor, as duas abordagens podem e devem ser complementares, tornando-se uma mais valia para maximizar a gestão da doença.

Este contexto representa um aspecto desfavorável à introdução da gestão da doença nos Centros de Saúde da Unidade E, e sustenta uma resposta negativa à questão 6. Pode, pois, admitir-se que a introdução da gestão da doença, nesta Unidade E, não encontra presentemente um terreno favorável à sua implementação, no que respeita à estrutura e aos processos actuais dos cuidados avaliados.

Chavarel (2003), salienta a importância que a adopção de um modelo de decisão partilhada pode ter, na relação estabelecida, entre o médico ou o enfermeiro e a pessoa com doença crónica. Este modelo implica que haja um reconhecimento de toda a individualidade da pessoa e que através da partilha de informação, não só sobre a própria doença, mas também sobre os tratamentos a seguir, se consiga que a pessoa atinja um grau de autonomia que lhe permita gerir a sua doença.

Ó do Nascimento (2007), refere que o objectivo da equipa deverá passar por capacitar as pessoas com diabetes e as próprias famílias para a tomada de decisões em relação à gestão da sua doença, promovendo o máximo de independência possível tanto dos serviços de saúde como dos profissionais de saúde, os quais passarão a desempenhar progressivamente o papel de consultores.

Para que se encontre factores favoráveis à implementação de programas de gestão da doença, há que concretizar em acções tangíveis os compromissos políticos, as declarações e as recomendações existentes. Esta concretização exige um apoio político e uma liderança ao mais alto nível, com o redireccionamento estratégico dos incentivos e recursos existentes, de acordo com a transformação de um sistema de saúde centrado nas doenças agudas, num modelo baseado em cuidados crónicos e continuados.

De acordo com a *Health Strategies in Europe* (2007), no que diz respeito ao controlo mais efectivo das doenças crónicas nomeadamente na diabetes, este controlo deverá implicar:

Reconhecimento, ao nível político, de que melhores e mais oferta de cuidados, implicam maior proximidade à população; Apoio massivo, a programas de auto-controlo baseados em políticas centradas no doente, destinadas a transformar os doentes passivos em doentes activos; Sistemas de cuidados de saúde direccionados para a prevenção: quer a nível da promoção de saúde (incluindo a prevenção das complicações da diabetes), baseados numa política orientadora e de apoio aos países e às organizações de saúde sobre como transformar os serviços de saúde, para melhor lidarem com o controlo das doenças crónicas. É neste âmbito que devemos investir, para atingir resultados com evidência.

HIPÓTESE 6 – A nível prático, o sistema de informação disponibiliza uma informação útil e em tempo oportuno, acerca dos resultados clínicos, humanísticos e económicos (análise de custos globais), relacionados com os doentes individualmente ou com populações de pessoas com diabetes, e que são utilizadas positivamente como meios de suporte às tomadas de decisão, na prestação de cuidados.

Tabela 23 – Pressupostos para a confirmação/não confirmação da Hipótese 6

Pressupostos	Critério	Score	Nível Obtido	Resultado
Diabetes*	Nível B e A	3.6	C/D	Não confirmada
Média dos <i>Scores</i> médios das 7 categorias do questionário, para os dois grupos profissionais no seu todo.	Nível B e A	4.2	C/D	Não confirmada
Confirmação Final				Não confirmada

NOTA: * Tabela 7 e 10; Figura 9, 12 e 16

Como se observa na tabela 23, o nível obtido nos Centros de Saúde da Unidade E, não satisfaz os critérios em todos os pressupostos, pelo que os resultados não confirmam a Hipótese 6.

Este facto parece evidenciar uma das áreas dos cuidados crónicos mais deficientes nos Centros de Saúde. Esta deficiência estrutural é consensualmente reconhecida na literatura como o principal obstáculo à introdução e implementação da gestão da doença em qualquer sistema de saúde.

- A não confirmação desta hipótese suporta também, completamente, a resposta à 4.^a questão, visto que parece ser este, de facto, a componente individual dos cuidados crónicos que apresenta, de modo uniforme, um desenvolvimento menos positivo nestes Centros de Saúde.

Esta limitação do Sistema de informação parece ser a componente em que os resultados demonstram, uniformemente, maiores dificuldades e portanto, constitui isoladamente, nos Centros de Saúde estudados, o obstáculo estrutural mais importante a ultrapassar para a introdução da gestão da doença no sistema de saúde. Outro obstáculo importante é a dominância do modelo biomédico, como sugere a não confirmação da hipótese 5.

Relembramos as hipóteses gerais levantadas, as quais devem ser consideradas derivadas das específicas:

Hipótese geral 1: Os Centros de Saúde da Unidade E, mantêm características de um sistema fragmentado, condicionador de uma abordagem da diabetes mellitus predominantemente episódica e reactiva.

Hipótese geral 2: A gestão da doença, ao integrar os aspectos clínicos com os da gestão e melhoria da qualidade dos cuidados pode contribuir, na prática, para uma integração efectiva das componentes essenciais dos cuidados crónicos.

- A confirmação/não confirmação destas hipóteses gerais, derivadas directamente das hipóteses específicas, depende particularmente do sentido interpretativo da não confirmação das hipóteses específicas.

Assim, a não confirmação das hipóteses 2 (integração e coordenação) e 5 (organização do sistema de prestação) em particular, sustenta a confirmação das hipóteses gerais. Com efeito, é perceptível dos resultados associados a estas duas categorias dos cuidados crónicos que os Centros de Saúde são estruturalmente fragmentados, não garantindo a continuidade de cuidados, e não evidenciam esforços nem mudanças positivas no sentido de uma integração efectiva dos cuidados crónicos.

A não confirmação da hipótese 6 (Sistema de Informação), associada ao pressuposto descrito, de que a gestão da doença não é viável sem um sólido e estruturado sistema de informação que proceda à medição sistemática e objectiva do resultado das intervenções, permite confirmar a segunda hipótese geral. Neste sentido a gestão da doença pode funcionar como um instrumento útil para facilitar e estimular, na prática, a integração efectiva das diferentes componentes dos cuidados crónicos, em qualquer sistema de saúde, existindo evidência significativa sobre os resultados da sua aplicação.

Prosseguindo esta discussão, em **termos globais**, a não confirmação das hipóteses específicas, contribui a base de evidência para sustentar a resposta à questão de partida da investigação.

De facto, no conjunto da amostra e tendo em conta o enquadramento teórico e os pressupostos definidos, os resultados sugerem que os Centros de Saúde da Unidade E, face

aos recursos disponíveis, não estão a utilizar, no nível que as *leges artis* aconselham, as intervenções mais custo-efectivas para melhorar a qualidade e otimizar os custos dos cuidados crónicos, não estando assim, a contribuir positivamente para reduzir o peso das doenças crónicas.

A não confirmação destas hipóteses significa que os Centros de Saúde, quanto à prestação de serviços, estão a responder de forma não positiva às necessidades das pessoas com doença crónica, isto é, com diabetes, nomeadamente a todas as categorias dos cuidados crónicos avaliados pelo questionário.

Os resultados apelam, por isso, à necessidade de se romper com este arcaico paradigma dos cuidados e de se enveredar para um novo modelo, mais adaptado e capacitado a responder às expectativas e necessidades globais da pessoa com diabetes, como sugere a evidência.

Em relação às variáveis de caracterização, verificamos que a quase totalidade da amostra é representada pelo sexo feminino, e o tempo de exercício profissional tende a ser muito superior nos médicos inquiridos do que nos enfermeiros. Isto revela-nos, o que é constatado na prática, há um envelhecimento considerável desta categoria profissional.

No que se refere às componentes, poderemos confirmar que nenhuma área de articulação parece estar a responder positivamente às necessidades. Contudo, na análise global dos Centros de Saúde, verifica-se que as categorias essenciais dos cuidados crónicos que requerem uma maior atenção, continuam a ser as relativas ao sistema de informação/custos. Isto significa, mais explicitamente, que as componentes que exigem melhor vigilância são o registo dos doentes, os sinais de alerta aos prestadores para serviços necessários, a informação de retorno, a estratificação de risco, os planos de tratamento dos doentes e a informação sobre os custos variáveis da prestação de cuidados e do impacto económico dos padrões da prática médica.

Da análise efectuada a esta categoria, tanto os médicos como os enfermeiros se encontram no nível mais baixo de prestação de cuidados crónicos, nível D, não se identificando nos dois grupos inquiridos, diferenças significativas.

Este facto, está de acordo com os dados da literatura, na medida em que é consensualmente confirmada, como a mais carenciada e crítica de implementar (também é a que requer maiores custos de investimento), em iniciativas de implementação de programas de gestão da doença.

Com base nas tabelas comparativas por grupo, os resultados revelam algumas diferenças consideráveis entre grupos profissionais individualmente analisados.

Esta diferença acentua-se, no que se refere à organização do sistema de prestação de cuidados de saúde, isto significa mais especificamente, que as componentes relacionadas

com a liderança, objectivos, melhoria estratégica, incentivos e normas para cuidados crónicos são as que devem ser activamente incorporadas no planeamento deste tipo de cuidados. Devem sim, sem dúvida, ser encaradas como oportunidades de melhoria. No entanto, tanto os médicos como os enfermeiros se articulam entre os níveis B e C, não correspondendo de todo, positivamente, aos objectivos pretendidos em termos de eficácia. Quando se procede à análise separada de cada uma das categorias dos cuidados crónicos, verificamos que os enfermeiros, em relação às ligações à comunidade, é o grupo profissional que apresenta uma maior margem de variação nas respostas às necessidades das doenças crónicas, contrastando com os médicos que apresentam uma tendência que se situa ao nível mais baixo no âmbito que o questionário apresenta, nível D.

O não atingir o nível de excelência poderá resultar da inexistência de incentivos e inadequada afectação de recursos para esta actividade, o que é vital.

A categoria de apoio à auto-gestão do doente (categoria 3a), revela uma resposta pouco satisfatória dos Centros de Saúde em relação à diabetes. A longa tradição da diabetes no que toca à educação para o auto-controlo e autovigilância dos doentes, faria esperar resultados mais optimistas para esta importante categoria da gestão da doença. Esta discrepância levanta algumas incertezas sobre a efectividade das intervenções do Programa Nacional de Controlo da Diabetes, em termos do impacto das suas recomendações quer nas organizações, quer nos prestadores de cuidados, assim como nos próprios doentes.

No que respeita à categoria dos Mecanismos de Suporte à Decisão (categoria 3b), para a diabetes os dois grupos inquiridos estão num nível considerado baixo de desenvolvimento desta categoria.

Para contribuir para uma resposta positiva, na prática médica e de enfermagem, há que reforçar a utilização de uma ou mais das seguintes componentes da gestão da doença:

1. *Guidelines* baseadas na evidência;
2. Envolvimento de especialistas na melhoria dos cuidados de saúde primários;
3. Formação aos prestadores para os cuidados crónicos, e especificamente na diabetes;
4. Informação dos doentes sobre as *guidelines*.

A categoria relacionada com a Organização do Sistema de Prestação (categoria 3c) apresenta resultados semelhantes aos verificados na componente anterior. Para estes Centros de Saúde, na sua prática, isso pode significar uma tendência de mudança e transição das práticas tradicionais para práticas mais consentâneas com as necessidades das pessoas com a doença crónica, e que se podem traduzir por:

1. Maior funcionamento, prática e liderança de equipas dedicadas;

2. Sistema de marcação de consultas flexível, inovador e que pode incorporar a observação do doente por múltiplos prestadores, numa única consulta;
3. Seguimento adaptado às necessidades do doente, variando em intensidade e metodologia;
4. Consultas planeadas em que se dá ênfase às intervenções preventivas e atenção aos apoios à auto-gestão, no mesmo plano valorativo do tratamento.
5. A continuidade dos cuidados é uma prioridade em que todas as intervenções dirigidas à diabetes incluem coordenação activa entre os cuidados de saúde primários, especialistas e outros prestadores relevantes do sistema de saúde.

Com base nos testes não-paramétricos de *Mann-Withney* e *Kruskal-Wallis*, para todas as categorias, e o de *Spearman* para as diferenças dos *Scores* verificadas entre os dois grupos profissionais são estatisticamente significativas.

Quando analisamos os Centros de Saúde comparando o grupo constituído pelos médicos com o grupo formado pelos enfermeiros, verificamos que há uma diferença estatisticamente significativa, representando esta diferença respostas para os enfermeiros mais ao nível C e um pouco no B, enquanto que os médicos encontram-se mais no nível D e no C.

Sendo o nível D, o nível mais baixo de cuidados crónicos, há que nos anteciparmos e intervir operacionalizando tudo o que é preconizado à implementação de um Programa de Gestão da Doença, tal como oportunamente já foi referido.

Sem o qual continuaremos desajustados e afastados do melhor percurso.

III PARTE

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DO ESTUDO

“Não se fez um degrau numa escada para descansar nele, mas apenas para apoiar nele um pé o tempo suficiente para passar a outro mais acima.”

Frank Clark

Embora no capítulo anterior tenham sido apresentados e discutidos os resultados encontrados ao longo do percurso de investigação, não queremos deixar de partilhar algumas noções que consideramos de especial importância, assim como sistematizarmos algumas ideias, de relevante interesse.

Para se conhecer bem a pessoa com diabetes e tudo o que a envolve, é preciso tempo, disponibilidade e competência para o fazer. Todos os conceitos apresentados neste estudo sobre a forma de intervir na pessoa com doença crónica, nomeadamente diabetes, parecem ser contraditórios com a política economicista da saúde. A produtividade parece prevalecer sobre a qualidade, o que pode comprometer um atendimento adequado. Este é um facto que nos preocupa.

Oliveira (2004), refere sobre este assunto que as doenças crónicas colocam um grande desafio à lógica economicista da gestão dos serviços de saúde, pois os profissionais terão que passar muito tempo ouvindo, orientando, aprendendo e educando. Este facto não deveria ser entendido como uma perda produtiva, mas antes como um investimento preventivo a médio - longo prazo na melhoria da vida das pessoas, diminuindo custos ao nível dos medicamentos, e contribuindo para um maior bem-estar do indivíduo e da comunidade.

Os profissionais de saúde devem estar conscientes que constituem uma fonte de suporte para os diabéticos, contribuindo na ajuda e orientação à gestão eficaz da diabetes. É fundamental construir e manter uma boa relação, profissional / pessoa com doença crónica, enfatizando o conceito da intervenção centrada na pessoa e desenvolvendo o *empowerment*. Seria deste modo desejável, que os diabéticos adquirissem conhecimentos e habilidades que os ajudassem a gerir a doença de forma adequada, tornando-se assim, cada vez menos dependentes dos profissionais de saúde.

Esta investigação mostra os aspectos positivos e não positivos ao nível da prestação dos cuidados de saúde à pessoa com diabetes enquanto doença crónica, num conjunto de 6 Centros de Saúde, da ARS LVT, IP.

As principais conclusões referem-se em primeiro lugar às hipóteses específicas, em que a não confirmação sugere, na generalidade, que o Modelo de Cuidados Crónicos se depara com um considerável desfasamento em relação às práticas médicas e de enfermagem ao nível destes mesmos cuidados.

Por outro lado, a confirmação das duas hipóteses gerais, resultantes das específicas, que testemunham a fragmentação do sistema de prestação de cuidados ao nível dos cuidados de saúde primários, e a necessidade de se encarar a gestão da doença como um instrumento fundamental para a mudança, identificam uma conjuntura em que a gestão da doença deve assumir uma posição de relevância, como estratégia fundamental na organização dos cuidados na doença crónica.

Para além do papel desenvolvido pelos profissionais na educação da pessoa com diabetes perante a sua doença e determinantes futuras, outras estratégias deverão ser desenhadas, de forma a potenciar as capacidades dos diabéticos para se auto-gerirem e obterem uma melhor qualidade de vida.

Assim as **principais conclusões** deste estudo são as seguintes:

Relembramos que, a população em análise é uma população maioritariamente do sexo feminino e do grupo profissional – enfermeiro.

- A organização geral da prestação de cuidados na doença crónica, não está orientada para uma resposta efectiva das necessidades das pessoas com diabetes. (não confirmação da Hipótese 1);
- Constata-se que não existe articulação / coordenação efectivas dos cuidados de saúde à pessoa com diabetes. Verificou-se ausência da ligação dos doentes aos recursos comunitários, pelo deficitário desenvolvimento de parcerias entre organizações comunitárias e o próprio Sistema Nacional de Saúde. (não confirmação da Hipótese 2);

- No âmbito prático, não existem apoios à auto-gestão, que contribuam para colaborar com a pessoa doente e família, a encarar a realidade de ter diabetes. (não confirmação da Hipótese 3);
- Na prática, verifica-se que o acesso dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, à informação baseada na evidência, não está efectivamente associada ao suporte de decisão para cuidar das pessoas com diabetes de uma forma custo – efectiva. (não confirmação da Hipótese 4);
- Em termos práticos, verifica-se que, a organização do sistema de prestação de cuidados, tal como o trabalho em equipa, assim como o sistema de marcação de consultas, e também o seguimento da pessoa com diabetes usando novas tecnologias, não se vislumbra num futuro próximo, com o propósito de uma gestão efectiva da diabetes enquanto doença crónica. (não confirmação da Hipótese 5);
- No campo prático, os sistemas de informação não disponibilizam uma informação útil e em tempo oportuno, sobre os resultados clínicos, humanísticos e de custos, que possa ser usada como meio de suporte às tomadas de decisão. (não confirmação da hipótese 6);
- Em relação à **primeira hipótese geral**, a qual foi confirmada, permite demonstrar a fragmentação dos Centros de Saúde alvo deste estudo, na prestação de cuidados no âmbito da doença crónica – diabetes;
- Em relação à **segunda hipótese geral**, a qual foi confirmada, permite reconhecer a gestão da doença como um instrumento fundamental para implementar uma integração efectiva dos cuidados crónicos, em que de facto, a tão almejada prevenção da doença e promoção da saúde, sejam elevadas ao mesmo nível de importância das intervenções curativas. Esta conclusão é resultante da não confirmação da hipótese 6, assim como de todo o enquadramento teórico referente aos aspectos relacionados com os requisitos para o desenvolvimento de programas de gestão da doença.

Na nossa perspectiva, o estudo efectuado apresenta algumas **limitações** tais como:

- O tempo disponível ser escasso para a realização do estudo, e pequena dimensão da amostra, nomeadamente de médicos, e a experiência da investigadora ser pouca, o que impede resultados mais consistentes à investigação e a generalização das conclusões para os cuidados de saúde primários.

Deste modo, a análise dos resultados, deve ser encarada com precaução, e numa base aproximada.

Mas, tendo em conta o enquadramento teórico e o instrumento de colheita de dados, pensamos que os resultados devem ser considerados fiáveis, isto é, reflectem objectivamente a realidade das práticas de cuidados crónicos à pessoa com diabetes nos Centros de Saúde estudados, e respondem às preocupações que suscitaram o empreendimento deste estudo.

Também consideramos como uma limitação, a impossibilidade de utilização de uma população de maiores dimensões, incluindo profissionais de outras unidades de saúde, ou eventualmente outros profissionais das diferentes áreas de intervenção.

Por fim, a informação nacional sobre esta problemática é extremamente reduzida, não nos permitindo reconhecer, por exemplo, outros estudos e poder comparar os resultados obtidos, obrigando-nos a recorrer principalmente aos estudos desenvolvidos ao nível internacional.

Esta investigação, apesar destas limitações, poderá contribuir para uma nova forma de actuar, no domínio dos cuidados à pessoa com diabetes, nos cuidados de saúde primários.

No que diz respeito às **sugestões**, os cuidados de saúde primários estão numa posição privilegiada e são actualmente chamados a intervir, contribuindo para melhorar a saúde das populações, promovendo e educando para a saúde. Devem ter a capacidade de chegar próximo da comunidade e desenvolver as suas actividades não para, mas com a comunidade.

- Os cuidados a prestar deverão ser dirigidos à comunidade de uma maneira global, rentabilizando a despesa. Se investirmos de um modo consistente na prevenção e promoção da saúde, a nível comunitário a intervenção curativa, que é onerosa diminui.

Como tal, deixamos um alerta para quem de direito, no sentido de executar abordagens inovadoras e mais custo – efectivas dos cuidados crónicos, abandonando gradualmente as tradicionais.

- A formação dos profissionais de saúde no âmbito da gestão da doença deverá fazer parte integrante do plano educativo universitário, independentemente da área profissional a abraçar.

Não esquecer, que consideramos fundamental uma reflexão alargada sobre esta temática, com o intuito de contribuir para uma melhoria nos cuidados prestados no âmbito da diabetes e conseqüentemente uma optimização dos custos.

- Qualquer iniciativa de investigação que potencialmente produza resultados que alterem a mentalidade biomédica vigente deve ser incentivada.

A este propósito refere Sakellarides (2001, p. 101) que, *“Os cuidados de saúde primários acontecem todos os dias: quando as pessoas comuns aprendem ou fazem alguma coisa de útil à sua saúde e à dos que lhes estão próximos; sempre que comunicam com alguém habilitando a ouvi-los e apoiá-los sobre as suas dúvidas, medos, fantasias, angustia, preferências ou necessidades de saúde”*.

Para finalizar, diz-nos Lisboa (1999, p. 12) que *“o bom tratamento não há médico que o dê. Só o diabético pode e deve cuidar bem da sua diabetes. Ele é o seu próprio médico.”*

- Os doentes crónicos devem ter acesso a toda a informação necessária para a auto-gestão da sua doença e poder decidir, em consciência e em consonância com os prestadores de cuidados. Estes devem saber aceitar as diferenças.

Julgamos ter atingido os objectivos a que nos propusemos para a realização deste estudo, e esperamos sinceramente que este possa contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Que a implementação de um Programa de Gestão da Doença, contribua e concretize a resposta às reais necessidades em cuidados crónicos das pessoas com diabetes, e conseqüentemente se traduza na permanência destas no seu contexto domiciliário, reduzindo os internamentos.

A diabetes enquanto doença crónica deve merecer uma particular atenção, no sentido de reduzir o peso das doenças crónicas que contribuem desmesuradamente para o aumento da despesa na saúde.

BIBLIOGRAFIA

☞ Almeida, M. R. F. (2003). *A participação dos enfermeiros na promoção da saúde*. Ordem dos Enfermeiros (10), p. 46 – 48.

☞ Alves, M. V.; Ramos, V. (2004). *Medicina Geral e Familiar – 20 anos – Da Vontade*, Lisboa, mvainventlivros, 1.^a ed.

☞ American Diabetes Association (2002a). *Evidence – based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications*. Diabetes Care, 25; S50 – S60.

☞ American Diabetes Association (2002b). *Standarts of medical care for patients with Diabetes Mellitus*. Diabetes Care, 25: S33 - S49.

☞ American Diabetes Association (2003). *Recomendações 2003: Padrões de cuidados médicos para doentes com Diabetes Mellitus: Prevenção e tratamento das complicações macrovasculares*. Rev. Separata Anamnesis.

☞ American Diabetes Association (2005). *Guia prático da diabetes 2005. Normas de Educação em diabetes. Recomendações práticas clínicas*. Carnaxide, Bayer Portugal SA, Divisão Diabetes Care, Diabetes Care, 25, S33 – S49.

☞ American Diabetes Association (2006). *Guia Prático da Diabetes Padrões da assistência médica na diabetes*, Diabetes Care, 29 (supl. 1)

☞ American Diabetes Association. *Clinical Practice Recommendations 2003*. Diabetes Care; 26: Suppl 1.

☞ Anderson, B. (2006). *Empowerment*. Conferência apresentada no 7.º Congresso Português de Diabetes.

- Anderson, B.; Funnell, M. (2005). *The Art of Empowerment*. Virginia, American Diabetes Association.
- Anderson, R.; Funnell, M. (2002). *Using the empowerment approach to help patients change behavior*. Practical Psychology for Diabetes Clinicians. 2.^a ed, American Diabetes Association.
- Andrade, R. (2004). *Caracterização do Subsistema de Saúde CTT/IOS*, in Gestão da Doença e Qualidade em Saúde, Caparica, Eujoa A. G.. 1.^a ed.
- André, O.; Gonçalves, J. (2002). *Hipoglicemia*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3.^a ed. Lisboa, Lidel – Edições Técnicas, Lda. p. 219 – 226.
- Antunes, M. J. (2001). *A Doença da Saúde – Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício*, Lisboa, Quetzal Editores.
- Arksey e Sloper (1999). *Disputed diagnoses: the case of RSI and Childhood Cancer*. Social Science Medicine, 49 (4), p. 483 – 497.
- Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (2003). *Recomendações 2003. Do Grupo de Estudo da Diabetes da APMCG na diabetes tipo 2 para a Prática Clínica Diária em Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa, Novo Nordisk.
- Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (2005). *Recomendações 2006. Do Grupo de Estudo da Diabetes da APMCG na diabetes tipo 2 para a Prática Clínica Diária em Cuidados de Saúde Primários*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21, p. 625 – 629.
- Barreiro, S. (2005). *Referenciação e Comunicação entre Cuidados Primários e Secundários*, Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21, p. 545 – 553.
- Basto, M. L. (1998). *Da Intenção de Mudar à Mudança – Um Caso de Intervenção Num Grupo de Enfermeiras*, Lisboa, Editora Rei dos Livros.
- Bell, J. (2004), *Como realizar um Projecto de Investigação*, Lisboa, Gradiva, 3.^a ed.

- 📖 Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora, Coimbra.
- 📖 Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. 1.^a ed. Lisboa, Climepsi.
- 📖 Biscaia, A. R. (2006). *A reforma dos Cuidados de Saúde Primários e a reforma do pensamento*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, p. 67 – 69.
- 📖 Boavida, J. (2004). *É necessário Integrar as Pessoas Doentes no Controlo e Gestão da sua própria Doença*, in *Gestão da Doença e Qualidade em Saúde*, Caparica, Eujoa A. G.. 1.^a ed.
- 📖 Boavida, J. m. (2007). *Europa Unidade pela Saúde*. Revista da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. Diabetes Viver em Equilíbrio, n.º 44 (Julho/Setembro), p. 6 – 7.
- 📖 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. (2002). *Improving primary care for patients with chronic illness the chronic care model*, part 2. JAMA Oct 16; 288 (15): p. 1909 - 1914.
- 📖 Bodenheimer T., Wagner EH, Grumbach K. (2002). *Improving primary care for patients with chronic illness*. JAMA, Oct 9, 288 (14), p. 1775 - 1779.
- 📖 Bonomi, A. E., et al (2000). *Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A Practical tool to Measure Quality Improvement*. MacColl Institute for Healthcare Innovation – Center for Health Studies, Seattle.
- 📖 Brooks, A. P. (2005). *Aspectos relacionados com a adesão ao tratamento da diabetes*. Diabetografia Medical Review, (2), p. 5 – 7.
- 📖 Bugalho, A.; Carneiro, A. V. (2004). *Intervenção para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa, Ensaio de Cor Lda.
- 📖 Caetano, J. M. (2004). *Obstáculos à Introdução da Gestão da Doença em Portugal*, in *Gestão da Doença e Qualidade em Saúde*, Caparica, Eujoa A. G. 1.^a ed.

- 📖 Caldeira, J. et al (2003). *Tópicos sobre Diabetes*. 7.^a ed. Lisboa, Clínica de Diabetes e Nutrição Hospital de Santa Maria.
- 📖 Calkins, D.; Fernandopulle, R. J.; Marino, B. S., (1995). *Health care Policy*, Black Well Science, Massachussets.
- 📖 Cameron, C. (1996). *Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens*. Journal of Advanced Nursing, 24, p. 244 – 250.
- 📖 Cardoso, S. M. (2007). *Estudo da Prevalência da Hiperglicémia Pós – Prandial em Vila Real (Estudo GLIPP)*. Revista Portuguesa de Diabetes. Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Vol. 2, N.º 1 (Março).
- 📖 Carmo, H.; Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação – Guia para Auto – Aprendizagem*, Lisboa, Universidade Aberta, 1.^a ed.
- 📖 Carrasco, J. P. z. (2007). *Programa Nacional de Controlo da Diabetes – Factores que Influenciam a Implementação do PNCD e a Consecução dos seus Objectivos*. Revista Portuguesa de Diabetes, Vol. 2, n.º2, (Junho).
- 📖 Charavel, M. (2003). *La reation médecin – patient vers la decision partagée, un nouveau champ d`invesyigation en psychologie de la santé*. Bulletin de Psychologie, 56 (1), p. 79 – 88.
- 📖 Charondière, P. (2008), in *Os Centros de Saúde em Portugal – A satisfação dos Utentes e dos Profissionais*. Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 1.^a ed. p. 39.
- 📖 Collins, S. (2005). *Explanotions in consultations: the combined effectiveness of doctors`and nurses` communication with patients*. Medical Education. Aug. 39 (8), p. 785 – 796.

- 📖 Consensus Guidelines for the Management of Insulin-dependent (type 1) Diabetes. *Implementing the St Vincent Declaration. European IDDM Policy Group*, Medicom Europe BV, Bussum, the Netherlands 1993.
- 📖 Coons, Sj. (1996). *Disease Management: Definitions and exploration. Clin Therap.* 18 (6): p. 1321 – 1326.
- 📖 Corrêa, J. N. (2004). *Prevalência da Diabetes Mellitus no Mundo Aumento Preocupantes*. Revista da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, Diabetes Viver em Equilíbrio, n.º 31 (Abril/Junho), p. 6.
- 📖 Correia, C. S. L. (2007). *Adesão e Gestão do Regime Terapêutico em Diabéticos Tipo 2 – O Papel do Suporte Social e da Satisfação com os Cuidados de Enfermagem*. Tese de Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa.
- 📖 Correia, C.; Dias, F.; Coelho, M.; Page, P.; Vitorino, P. (2001). *Os enfermeiros em cuidados de saúde primários*. Revista Portuguesa de Saúde Pública (2), p. 75 – 82.
- 📖 Correia, L. G.; Boavida, J. M. (2001). *Viver com a diabetes – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal*. 1.ª ed. Lisboa, Climepsi Editores.
- 📖 Cosme, A. F. (2004). *A construção das práticas de enfermagem: a formatividade nos cuidados aos diabéticos em contexto comunitário*. Tese de Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação área de especialização em Formação de Adultos, Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação.
- 📖 Couto, L. M. S. L.; Camareiro, A. P. F. (2002). *Desafios na Diabetes – Manual Sinais Vitais*. Coimbra, Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- 📖 Cruz, S. C. (2005). *Tratamento não farmacológico da Diabetes tipo 2*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, (21), p. 587 - 595.
- 📖 Deci, E. L.; Williams, G. C.; McGregor, H. A.; Zeldman, A.; Freedman; Z. R. (2004). *Testing a Self-Determination Theory Process Model for Promoting Glycemic Control Through Diabetes Self-Management*. Health Psychology, Vol. 23 (1), p. 58 - 56.

- 📖 DiMateo, Reiter e Gambone (1994). *Enhancing medication adherence through communication and informed collaborative choice*. *Health Communication*, 6 (4), p. 253 – 265.
- 📖 Diniz, A. (2004). *Aproximação à Gestão da Doença em Portugal*, in *Infarmed - Gestão da Doença e Qualidade em Saúde*, Caparica, Eujoa A. G., 1.ª ed.
- 📖 Direcção Geral da Saúde. Programa de Controlo da Diabetes Mellitus. Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Lisboa, 1998;
- 📖 Direcção Geral de Saúde (2000). *Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus*. Circular Normativa n.º 14. Lisboa, Ministério da Saúde.
- 📖 Direcção Geral de Saúde; Sociedade Portuguesa de Diabetologia (1998). *Dossier Diabetes, em conjunto objectivos comuns. Programa de Controlo da Diabetes Mellitus*. Lisboa, Ed. DGS e SPD.
- 📖 Duarte, R. (2002a). *Epidemiologia da Diabetes*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3.ª ed. Lisboa, Lidel – Edições Técnicas Limitada, p. 43 - 56.
- 📖 Duarte, R. (2002b). *Prevenção na Diabetes*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3.ª ed. Lisboa, Lidel – Edições Técnicas Limitada, p. 405 – 408.
- 📖 Duarte, R. (2008). *O 5.º Congresso Mundial de Prevenção da Diabetes e suas Complicações*. *Diabetes – Viver em Equilíbrio* (47), (Abril/Junho), p. 38.
- 📖 ECO, U. (2004), *Como se faz uma Tese em Ciências Humanas*, Lisboa, Presença, 11.ª ed.
- 📖 Esposito, L. (1995). *The effects of medication education on adherence to medication regimens in an elderly population*. *Journal of Advanced Nursing*, 21, p. 935 - 943.
- 📖 First International Conference on Health Promotion (1987). *Ottawa Charter for Health Promotion*. *Health Promotion*, 1 (4), iii – v.

- 📖 Flores, M. I. (2004). *Empowerment e Promoção de Saúde – Uma Experiência Pedagógica*, in *Gestão da Doença e Qualidade em Saúde*, Caparica, Eujoa A. G., 1.ª ed.
- 📖 Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação – da concepção à realização*. 2.ª ed. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- 📖 Funnell, M.; Anderson, R. (2004). *Empowerment and self-management of diabetes*. Clinical Diabetes, 22 (3), 123 - 127.
- 📖 Gallego, M. R. (2005a). *Diabetes tipo 2: de orientações gerais para um tratamento individualizado*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, (21), 571 – 2.
- 📖 Gallego, R. (2004). Programa Nacional de Controlo da Diabetes – Gestão Integrada da Diabetes, in *Gestão da Doença e Qualidade em Saúde*, Caparica, Eujoa A. G., 1.ª ed.
- 📖 Ganito, M. D. (2002). *A educação terapêutica da criança e família*. Nursing (165), p. 32 - 38.
- 📖 Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo, Atlas S.A., 5.ª ed.
- 📖 Glasgow, R. E. (1995). *A practical modelo of diabetes management and education*. Diabetes Care, 18 (1), p. 117 – 126.
- 📖 Glasgow, R. E.; Hampson, S. E.; Strycker, L. A.; Ruggiero, L. (1997). *Personal-model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self – management*. Diabetes Care, 20 (4), p. 556 – 561.
- 📖 Gouveia, M.; Oliveira, P. (2007). *Diabetes: Os custos da Doença*. Revista Portuguesa de Diabetes, Vol. 2, n.º 2, Junho.
- 📖 Grande, N. R.. *Cuidados de Saúde Primários: pedra angular dos sistemas de saúde*. In *Fórum de Economia da Saúde*. Porto, Departamento de Clínica Geral e Instituto Superior de Estudos Empresariais da Universidade do Porto. p. 77 – 87.

- 📖 Greenfield, Kaplan e Ware (1985). *Expanding Patient Involvement in Care*. Gurklis, J. e Menke, E. (1988). *Identification of Stressors and use of Coping methods in chronic hemodialysis patients*. Nursing Research, 37 (4), p. 236 – 248.
- 📖 Groves, T.; Wagner, E. H. (2005). *Cuidados de elevada qualidade para as pessoas com doenças crónicas*. BMJ, volume XIV Maio p. 239 - 240.
- 📖 Guerra, J. (2004). *Obstáculos à Introdução da Gestão da Doença no Sistema Nacional de Saúde*, in Gestão da Doença e Qualidade em Saúde, Caparica, Eujoa A. G.. 1.ª ed.
- 📖 Guerra, J. L. (2002). *A Gestão das Doenças Crónicas no Sistema Nacional de Saúde*. Tese de Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- 📖 Hanas, R. (2007). *Diabetes Tipo I em crianças, adolescents e jovens adultos*. Lidel, Lisboa.
- 📖 Heisler, M. (2005). *Helping your patients with chronic disease: effective physician approaches to support self-management*. Seminars in Medical Practice, 8, p. 43 – 54.
- 📖 Heisler, M.; Vijan, S.; Anderson, R.; Ubel, P.; Bernstein, S.; Hofer, T. (2003). *When do patients and their physicians agree on diabetes treatment goals and strategies, and what difference does it make?* JGIM, 18, p. 893 – 902.
- 📖 Helman, C. G. (2003). *Cultura, Saúde & Doença*. 4.ª ed. Porto Alegre, Artmed.
- 📖 Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*, Loures, Lusociência.
- 📖 Hesbeen, W. (2004). *Cuidar Neste Mundo*, Loures, Lusociência.
- 📖 Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*, Loures, Lusociência.
- 📖 Illich, Ivan. *Limites para a medicina*. Lisboa: Livraria Sá da Costa Editora, 1977.

- 📖 Imperatoti, E. (1985). *Avaliação de Centros de Saúde: aspectos conceptuais*. Lisboa: Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários.
- 📖 Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm – A New Health System for the 21 st Century*. Washington, DC: National Academy Press.
- 📖 International Diabetes Federation, (2003). *Diabetes Atlas*. Bruxelas IDF.
- 📖 Jackson, S.D. (2000). *Disease Management*. Institute for Health Care Studies. Michigan State University.
- 📖 Jahng, K. H.; Martin, L. R.; Golin, C. E.; DiMatteo, M. R. (2005). *Preferences for medical collaboration: patient – physician congruence and patient outcomes*. Patient Education Conselling, jun, 57 (3), p. 308 – 314.
- 📖 Joyce – Moniz, L.; Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde. Desenvolvimento e intervenção*. Porto, Edições ASA.
- 📖 Lima Reis, J. P. (2006). *Dietas: uma visão cronológica*. Revista Portuguesa de Diabetes, 1 (1) suplemento, p. 97 – 98.
- 📖 Lisboa, M. E.; Duarte, R. (1997). *Classificação e Diagnóstico*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 2.ª ed. Lisboa, Lidel – Edições Técnicas Limitada, p. 43 – 57.
- 📖 Lisboa, P. E. (2002). *História da Diabetes – I "Da pré – história à idade moderna"*. In Duarte, R.. *Diabetologia Clínica*. 3.ª ed. Lisboa, Lidel – Edições Técnicas Limitada, p. 1 - 16.
- 📖 Lisboa, P. E; Pape, E (2004). *Encontro com o especialista – Actualidades das sulfonilureias na terapêutica da diabetes tipo 2*. Paciente Care, suplemento Setembro: p. 3 – 6.
- 📖 Lisboa, P.E. (1999). *Educação do diabético*. Diabetes – Viver em Equilíbrio (3), p. 9 – 15.
- 📖 Lisboa., M. E.; Duarte, R. (2002). *Classificação e Diagnóstico*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3.ª ed. Lisboa, Lidel – Edições Técnicas Limitada.

📖 Lopes, H. (2004). *Um Olhar para o Futuro – Novos Parceiros, Novas Responsabilidades para a Saúde*, in *Gestão da Doença e Qualidade em Saúde*, Caparica, Eujoa A. G.. 1.ª ed.

📖 Lourenço, R. (1989). *Trabalho em equipa. Estudo do caso do centro de saúde de Aljustrel: um ano de experiência*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Relatório Final do Curso de Saúde Pública II/88.

📖 Lucas, J. S. (1993). *SIDA: a sexualidade desprevenida dos portugueses*. Lisboa: McGraw-Hill.

📖 Mareque, I. M. (2002). *Papel de la enfermería en la prevención de VIH/SIDA*. In *I Curso Seminario de Intervención Educativa en Población General sobre el SIDA*. Mesa Redonda: Manejo del SIDA en Atención Primaria. Santa Cruz de Tenerife: Instituto de Formación Médica Continuada de Tenerife, p. 159 - 175.

📖 Martin, V.; Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*, Monitor. Projectos e Edições, Lda. 1.ª ed.

📖 Marujo, H.; Neto, L. M.; Perloiro, M. f. (2004). *Educar para o Optimismo*, Editorial Presença, Lisboa.

📖 Matos, P. (2007). *Prevenção nos dias de Ontem e de Hoje, Diabetes Viver em Equilíbrio*, Associação Portuguesa Diabéticos de Portugal, n.º 42, p. 22 – 25. (Jan.Fev.Março)

📖 McCord, E. C.; Brandenburg, C. (1995). *Beliefs and attitudes of person with diabetes*. *Family Medicine*. 27 (4), p. 267 – 271.

📖 Melo, J. A. S. (1999). *Doença e Doentes, Convergência de Olhares?*. Revista da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, *Diabetes Viver em Equilíbrio*, n.º 11 (Abril/Junho), p. 32 - 33.

📖 Melo, P. C. (2004). *Diabetes: tempo de reflectir, tempo de agir* Revista da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, *Diabetes Viver em Equilíbrio*, n.º 30 (Janeiro/Março), p. 20 - 23.

- 📖 Mesquita, A. C. N. (2007). *Empowerment na Doença Crónica. O associativismo na Insuficiência Renal*. 1.ª ed. Amadora.
- 📖 Ministério da Saúde (1990). *Lei de Bases da Saúde; Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto*.
- 📖 Ministério da Saúde (2004), *Plano Nacional de Saúde, Orientações Estratégicas para 2004 – 2010*, Lisboa, Fevereiro.
- 📖 Ministério da Saúde (2005). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005*.
- 📖 Ministério da Saúde (2007). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários Plano Estratégico 2007 – 2009*, Lisboa, Litomaiores – Ind. Litográfica, Lda.
- 📖 Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (2001), *Guia do Diabético*, 2.ª ed.
- 📖 Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Portugal (2003). *Elementos Estatísticos 2000*. Lisboa, P. 57 – 62.
- 📖 Muncey, T.; Parker, A., (2002). *Chronic Disease Management*, New York, Palgrave.
- 📖 Nabais, J. (2004). *Declaração OTOCEC – Um quadro Europeu para a Diabetes – Uma proposta de acção para os líderes Europeus*, Revista da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, *Diabetes Viver em Equilíbrio*, n.º 32 (Janeiro/Março), p. 28 - 29.
- 📖 Nascimento do Ó, D. (2007). A Educação Terapêutica na Diabetes. *Diabetes Viver em Equilíbrio* (44), p. 18 – 21.
- 📖 Nascimento do Ó, D.; Loureiro, I (2007). *Adesão ao Regime Terapêutico de Diabetes*, *Revista Portuguesa de Diabetes*, Vol. 2, n.º 2, Junho.
- 📖 Nascimento do Ó, D.; Loureiro, I. (2006). *A motivação e a sua influência na auto-gestão da Diabetes Mellitus*. *Revista Portuguesa de Diabetes*, (2), p. 11 – 14.
- 📖 Navarro, M. F. (2004). *Prefácio* in Oliveira, C. C. *Auto-organização, Educação e Saúde*, Coimbra, Adriane Editora.

- 📖 Neves, C. F. S. et al (2001). *A informação no doente diabético*. Revista Sinais Vitais (35), p. 46 - 50.
- 📖 Nunes, J. M. (2007). *Comunicação em Contexto Clínico*, Bayer Health Care.
- 📖 OCDE (1994). *Overview of health Care Reforms the Reformo f health care Systems – A review of seventeen O ECD Countries*. Health policy Studies N.º 5, Paris.
- 📖 Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. 1.ª ed. Lisboa, Climepsi Editores.
- 📖 Oliveira, C. C. (2004). *Auto – Organização, Educação e Saúde*. Coimbra, Ariadne Editora.
- 📖 OMS (1985). *As metas da saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros, (2003). *Conselho de Enfermagem. Do caminho percorrido e das propostas (análise do primeiro mandato – 1999 - 2003)*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- 📖 Paiva e Silva, A. (2001). *Sistemas de Informação em Enfermagem – uma teoria explicativa da mudança*. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- 📖 Paiva e Silva, A. (2005). *Intervenção em Enfermagem*. Conferência in Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa, 3 de Junho, Universidade Aberta, Lisboa.
- 📖 Paterson, B. (2001). *Myth of empowerment in chronic illness*. Journal of advanced Nursing Research, 34 (5), p. 574 – 581.
- 📖 Pawar, M. (2005). *5 tips for Generating Patient satisfaction and Compliance*. Family Practice Management. 12 (6), p. 44 - 46.
- 📖 Pearce, W. B. (1994). *Interpersonal Communication: Making Social Worlds*. Nova Iorque, Harper Collins.

📖 Pereira, A.; Poupá, C. (2004). *Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o Word*, Lisboa, Edições Sílabo, 3.ª ed.

📖 Pereira, M. G.; Soares, V.; McIntyre, T. (2001). *Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto*. *Psicologia, Saúde e Doença*, 2 (2), p. 69 - 80.

📖 Pestana, M. e Gageiro, J. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

📖 Phaneuf, M. (2004). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lusociência.

📖 Pina, J. A. E. (1998). *A Responsabilidade dos Médicos*, Lisboa, Lidel – Edições Técnicas, Lda..

📖 Pina, R. (2004). *Diabetes tipo 2 nas crianças e adolescentes. Casos raros ou um pesadelo?*. *Diabetes Viver em Equilíbrio* (31), P. 20 – 21.

📖 Pinto, A. S.. *Fórum de Economia da Saúde*. Porto: Instituto Superior de Estudos Empresariais da Universidade do Porto, Departamento de Clínica Geral, Fevereiro 2000, p. 5 - 13.

📖 Polit, D.; Beck, C. T.; Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*, 5.ª edição – Porto Alegre, Artemed.

📖 Polit, D.; e Hungler, B. (1995). *Essential of nursing research; methods appraisal and utilization*. Philadelphia: J. b.: Lippincott Company.

📖 Ponte, C. M. F., et al (2006). *Referenciação aos Cuidados de Saúde Secundários*, *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 22, p. 555 - 568.

📖 Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (2003), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva, 3.ª ed.

📖 Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa, Universidade Aberta.

- 📖 Raposo, J. F. (2008). O bem, o mal e ... Diabetes – Viver em Equilíbrio (47), (Abril/Junho), p. 12 – 14.
- 📖 Raposo, João et al (2004). *Educação Terapêutica: Partilhar responsabilidades – Porquê e como?*. Revista da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, Diabetes Viver em Equilíbrio, n.º 31 (Abril/Junho), p. 28 - 30.
- 📖 Reis, E. (1994). *Estatística Descritiva*, Edições Sílabo, Lda, 2.ª ed., Lisboa.
- 📖 Ribeiro, J. I. P. (2004). *Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças*. Análise Psicológica, 2 (XXII): p. 387 - 397.
- 📖 Ribeiro, J. L. P. (2005a). *Introdução à Psicologia da Saúde*. 1.ª ed., Coimbra, Quarteto.
- 📖 Ribeiro, J. L. P. e GRU. Po. PDV (1997). *A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas*. In Ribeiro, J. L. 2.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas. Braga, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- 📖 Romero, J. M.; GUZMÁN, A. F. (2002). *VIH/SIDA en atención primaria: necesidades y actitudes de los profesionales gallegos*. In *I Curso Seminario de Intervención Educativa en Población General sobre el SIDA*. Mesa Redonda : Manejo del SIDA en Atención Primaria. Santa Cruz de Tenerife: Instituto de Formación Médica Continuada de Tenerife, p. 179 - 186.
- 📖 Sagreira, L. (2002). *Diabetes no idoso*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3.ª ed. Lisboa, Lidel – Edições Técnicas Limitada, p. 251 - 262.
- 📖 Sakellarides, C. (2001). *De Alma – Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública (2), p. 101 – 108.
- 📖 Samuel, R. N. (1997). *Abordagem do doente com Diabetes Mellitus*. In: Goroll, A. H.; MAY et al *Cuidados Primários em Medicina – Uma abordagem do paciente adulto em ambulatório*. 3.ª ed. Lisboa, Mc Graw-Hill, p. 562 – 571.

📖 Santos, O.; Biscaia, et al (2007). *Os Centros de Saúde em Portugal – A satisfação dos Utentes e dos Profissionais*, 1.ª ed. Lisboa, Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

📖 Sector Futures (2003). *The future of health and social services in Europe. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.*
http://www.eurofound.europa.eu/emcc/publications/2003/sf_hss_1.pdf, acessado em 31.08.2007.

📖 Serrão, D. (2000). *Refundação do Sistema Nacional de Saúde*. In *Fórum de Economia da Saúde*. Porto: Departamento de Clínica Geral e Instituto Superior de Estudos Empresariais da Universidade do Porto, Fevereiro, p. 89 - 102.

📖 Silva, J. M. C. *O papel dos hospitais em cuidados de saúde primários*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. Vol. 2 (Abril 1983), p. 5 - 10.

📖 Silva, L. F. (2004). *Sócio-antropologia da Saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*. Lisboa, Universidade Aberta.

📖 Simões, J. A. (2004). *Medicina Familiar, Centros de Saúde e Limitações de Recursos*, Revista Acção Médica, 68 (4) pp. 236 - 244. disponível em:
http://www1.interacesso.pt/~csgois/artigo_mfclsr_am_2004.htm. Acessado em 07.08.20

📖 Sousa, J. C. (2005). *A Doença Crónica e o desafio da Comorbilidade*, Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21, p. 533 - 534.

📖 Sousa, J. C. (2006). *Referenciação – Onde muitos ralham e poucos têm razão*, Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, p. 665 - 668.

📖 Sousa, J. C. (2007). *A Raposa e as Uvas – um olhar sobre a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*, Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, p. 117 - 122.

📖 Soutelo, M. F. (1986). *Saúde Anos 90, Um Desafio – O Médico, O Cidadão, A Comunidade*, Lisboa, Publicações Ciência e Vida, Lda..

- 📖 Streubert, H. J.; Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*, Loures, Lusociência, 2.ª ed., p. 383.
- 📖 Tierney, Jr., Lawrence M. et al (1993). *CURRENT Medical Diagnosis & Treatment*, United States of America, Appleton & Lange.
- 📖 Tood, W. E., et al (1998). *Choosing a Disease Management Strategy. Drug Benefit Trends*, 10 (9): p. 35 – 40, 46.
- 📖 Valongo, A. (1999). *Educação do Diabético: Educação Podológica*. Revista da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, *Diabetes Viver em Equilíbrio*, n.º 11 (Abril/Junho), p. 28 - 29.
- 📖 Vieira, A. et al (2008). *O Projecto CPID – Um projecto para a melhoria dos cuidados às pessoas idosas com diabetes*. Revista da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, *Diabetes Viver em Equilíbrio*, n.º 46, (Janeiro/Março), p. 20 – 22.
- 📖 Vuori, H. (1984). *Primary health care in Europe: problems and solutions*. Community Medicine. Nº 6, p. 221 - 231.
- 📖 Wagner, E. H., Austin, B. T., Vonkorff, M. (1996). Organizing Care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*. 74: p. 511 – 544.
- 📖 Wagner, E. H., Austin, B.T., Vonkorff, M. (1996). Improving outcomes in Chronic illness. *Manag Care Q*. 4: p. 12 – 25.
- 📖 Wagner, E. H., et al (2001). *Quality Improvement in Chronic Illness Care: A Collaborative Approach*. *Journal of Quality Improvement*. 27 (2): p. 63 – 80.
- 📖 Whitehead, D. (2001). *Health education, behavioural change and social psychology: nursing's contribution to health promotion?*. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (6), p. 822 - 832.
- 📖 WHO (2001). *Adherence to long – term therapies: Policy for Action. Meeting Report*.

📖 WHO (2001). *Innovative Care for Chronic Conditions. Meeting Report*.

📖 WHO (2001). *The European Health Report*. Madrid.

📖 Williams, G. C.; Frankel, R. M.; Campbell, T. L.; Deci, E. L.; Deci, E. L. (2000). *Research on Relationship-centered Care and Healthcare Outcomes from the Rochester Biopsychosocial program: A Self-Determination Theory Integration*. Families, Systems & Health, 18(1), p. 79 - 90.

📖 World Health Organization (1986). *Carta de Otawa para a Promoção da Saúde*. Otawa.

📖 World Health Organization (2002). *Cuidados Inovadores para condições crónicas – Componentes estruturais de acção. Relatório Mundial*. Geneva.

📖 World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies*. On line: http://www.who.int/chronic_conditions/adherence/en/. Acedido em 27.05.07

📖 Zempléni, A. (1994). *A doença e as suas causas*. Cadernos de Campo, São Paulo, n.º 4, p. 137-163.


📖 <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2007/12/strategiesslides-diabetes-parallel-session.pdf>, acedido em 08.08.20.

📖 http://www.improvingChroniccare.org/index.php?p=Model_Elements&s=18, acedido em 07.08.31


📖 [http://www.indianacdmprogram.com/collaborative/PDF/Bodenheiner%20Article%20-20Part%201%20\(2002\).pdf](http://www.indianacdmprogram.com/collaborative/PDF/Bodenheiner%20Article%20-20Part%201%20(2002).pdf), acedido em 07.08.31


📖 [http://www.indianadmprogram.com/collaborative/PDF/Bodenheiner%20-%20Part%201%20\(2002\).pdf](http://www.indianadmprogram.com/collaborative/PDF/Bodenheiner%20-%20Part%201%20(2002).pdf), acedido em 07.98.31

📖 http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Intervencoes/20060421_MS_Int_SEAS_Rede_CCI.htm, acedido em 08.08.12

 http://www.who.int/diabetesactiononline/about/framework_summary_port.pdf, acedido em 07.08.31

•  <http://viajar.clix.pt/com/index.pnp>, acedido em 07.06.15

 http://www.improvingChroniccare.org/index.php?p=the_Chronic_Care_Model&s=2, acedido em 07.08.31

 http://www.improvingChroniccare.org/index.php?p=the_Model_talk&s=27, acedido em 07.08.31

GLOSSÁRIO

- **Acessibilidade (*Accessibility*)**

A acessibilidade é uma medida de proporção da população que utiliza os serviços de saúde apropriados. A acessibilidade pode ser influenciada por diferentes tipos de factores: financeiros (insuficientes recursos financeiros), geográficos (ex.: distância que têm de percorrer para terem acesso a cuidados), organizacionais (má distribuição e/ou falta de profissionais de saúde), sociológicos (discriminação, barreiras linguísticas, etc.) e também culturais. [Adaptado de: Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde (www.observatory.dk)]

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/A/>, acedido em 07.08.17

- **Acesso aos Cuidados de Saúde (*Access to Health Care*)**

Possibilidade que os indivíduos têm de obter cuidados de saúde apropriados às suas necessidades (temporais, geográficas e financeiras), de modo a alcançarem ganhos em saúde.

[Adaptado de: OMS.

(http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser.04.2.pdf) e Justo (JUSTO, Cipriano – Acesso aos cuidados de saúde. Porque esperamos?. 1ª ed. Lisboa: Campo da Comunicação. Colecção Saúde, 2004.)]

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/A/>, acedido em 07.08.17

- **Avaliação**

Apreciação sistemática da relevância, adequação, eficiência, efectividade, e impacto de uma acção. (*The Observatory's Health Systems Glossary*. www.observatory.dk)

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/A/>, acedido em 07.08.17

- **Centrado no Doente (*Patient – Centred*)**

Provisão de cuidados que respeitam e respondem às preferências, necessidades e valores individuais dos doentes assegurando que esses valores guiam todas as decisões clínicas.

(*Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm*, 2001), citado por guerra (2002. p. 158)

- **Comunidade**

Um grupo de indivíduos organizados numa unidade (social), ou manifestando à população característica ou interesse comuns. De uma maneira genérica o termo costuma aplicar-se à população de uma localidade ou área de atracção ou influência em relação às quais é prestado um dado serviço (de saúde). (Last MJ, 1988), citado por Guerra (2002, p. 158)

- **Continuidade de Cuidados**

É a provisão de cuidados pelo mesmo grupo de clínicos, a um doente ao longo do tempo ou, se não estiverem disponíveis os mesmos clínicos ao longo do tempo, por um mecanismo que providencie prontamente a informação clínica apropriada aos clínicos que asseguram a provisão do mesmo tipo e nível de cuidados. (NCQA, 2000), citado por Guerra (2002, p. 158)

- **Coordenação de Cuidados**

São os mecanismos que asseguram que o doente e os clínicos têm acesso a toda a informação sobre as condições e tratamentos do doente para garantir que este recebe serviços apropriados de cuidados de saúde.

(NCQA, 2000), citado por Guerra (2002, p. 158)

- **Cuidados de Saúde (*Health Care*)**

Os serviços prestados aos indivíduos e às comunidades por agentes dos serviços de saúde, ou outros profissionais, com o fim de promover, manter, monitorizar ou restaurar a saúde (e facilitar a sua recuperação quando perdida). Cuidados de saúde são mais vastos do que cuidados médicos e compreendem, além destes, os que dizem respeito às actividades terapêuticas, de carácter sobretudo individual, prestados por médicos, ou sob a sua direcção, outros serviços (de vigilância, controlo e prevenção de doenças, etc. e de promoção de saúde) de aplicação tanto individual como pública (comunitária). O termo pode, segundo alguns autores, incluir ainda os auto-cuidados pessoais. (Last JM, 1988), citado por Guerra (2002, p. 159)

- **Educação para a Saúde**

Processo planeado e administrado de investimento em educação para melhorar a saúde de uma população. Consiste em oferecer oportunidades de aprendizagem estruturadas conscientemente para que incorporem alguma forma de comunicação delineada para

fomentar o alfabetismo na saúde, assim como a capacidade cognitiva e social para entender e usar a informação no sentido de melhorar a saúde. Isso inclui o aperfeiçoamento de conhecimentos e práticas que contribuem para a saúde individual e comunitária.

<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala1860.pdf>, acedido em 07.08.20

- **Efectividade (*Effectiveness*)**

Resultados ou consequências de determinado procedimento ou tecnologia médica quando aplicados na prática. A efectividade de um programa de saúde distingue-se da sua eficácia pelo facto de fazer referência a situações reais, enquanto o segundo termo se aplica apenas aos resultados obtidos em condições ideais.

(Pereira, J. Economia da saúde: glossário de termos e conceitos. APES: Lisboa, 4ª edição, 2004)

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/E/>, acedido em 17.08.07

- **Eficácia (*Efficacy*)**

Resultados ou consequências de um tratamento, medicamento, tecnologia ou programa de saúde desde um ponto de vista estritamente técnico ou numa situação de utilização ideal (por exemplo, quando todos os indivíduos aderem à terapêutica).

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/E/>, acedido em 07.08.17

- **Eficiência (*Efficiency*)**

A relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada actividade. A produção eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter determinado resultado.

(Pereira, J. Economia da saúde: glossário de termos e conceitos. APES: Lisboa, 4ª edição, 2004)

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/E/>, acedido em 07.08.17

- **Empoderamento (*Empowerment*)**

Processo através do qual as pessoas ou as comunidades adquirem maior controlo sobre as decisões e acções que afectam a sua saúde.

WHO. Health promotion glossary. Geneve: WHO, 1998

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/E/?page=2>, acedido em 07.08.17

- **Estratégia**

Ação desencadeada por uma organização para atingir um ou mais objectivos, normalmente, melhorar o seu desempenho.

(Hill C, Jones G. *Strategic management theory: an integrated approach*. Boston, New York: Houghton Mifflin Company, 2001)

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/E/>, acedido em 07.08.17

- **Estratégia de Saúde (*Health Strategy*)**

Linhas gerais de actuação selectiva para alcançar, atingir as metas e os objectivos. Deve ter subjacente modos de intervenção; formas de intersecção com outros sectores; a conjuntura política, social e económica, bem como os factores técnicos e de gestão que a podem afectar, definição de possíveis obstáculos e possíveis soluções.

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

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/E/>, acedido em 07.08.17

- **Estilos de Vida**

O conjunto de hábitos e costumes que é influenciado, modificado, encorajado ou restringido por um processo de socialização durante toda a vida (dos indivíduos). Eles incluem o uso ou consumo de substâncias como o álcool (bebidas alcoólicas), o tabaco, o chá, ou o café; hábitos alimentares; exercício físico, etc., que têm implicações importantes sobre a saúde e que são (por isso mesmo) assunto de investigações epidemiológicas. (Last JM, 1988), citado por Guerra (2002, p. 160)

- **Evidência**

Qualidade daquilo que é incontestável, que todos vêem ou podem ver e verificar.

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/E/?page=3>, acedido em 07.08.17

- **Ganhos em Saúde**

Melhoras mensuráveis do estado de saúde de um indivíduo ou de uma população, a partir de uma situação de base, e que pode abranger desde aspectos quantitativos de duração da vida a medidas de qualidade de vida.

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

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/G/>, acedido em 07.08.17

- **Gestão de Cuidados de Saúde (*Managed Care*)**

Processo para maximizar ganhos em saúde de uma comunidade, dentro de recursos limitados, assegurando que um nível apropriado de serviços seja prestado e monitorizado, numa base individual, para assegurar melhoria contínua, de forma a atingir as metas nacionais para a saúde e para as necessidades individuais de saúde" (NEJM 1996; 335: 883-5).

O "*managed care*" foi desenvolvido nos Estados Unidos em resposta aos custos crescentes da saúde e à disfuncionalidade entre serviços fragmentados. Designa uma série de métodos de financiamento e organização de prestação de cuidados de saúde compreensivos (todos os cuidados necessários e de forma coordenada) com os quais se faz um esforço de controlo de despesas e de melhoria ou manutenção de níveis de qualidade. Este tipo de gestão faz-se, nos Estados Unidos, essencialmente em dois tipos de organizações : as HMO – *Health Maintenance Organisations* e as PPO – *Preferred Provider Organisation*. O "*managed care*" compreende três dimensões: políticas de saúde, gestão de sistemas (como se vai aplicar a política) e a gestão da doença (como se lida com algumas das doenças que vão aparecer no sistema). (BMJ 1997, 314: 1823-1826)

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/G/>, acedido em 07.08.17

- **Gestão Baseada na Evidência**

Expressão que é usada na sequência do percurso da "medicina baseada na evidência", num enquadramento de rápidas mudanças do meio envolvente das organizações e de crescente importância e disponibilidade do conhecimento. É a utilização do melhor conhecimento disponível na tomada de decisão. Envolve a procura, a avaliação e a escolha da evidência relevante para uma determinada decisão.

(Adaptado de *Stewart R. Evidence-based management: a practical guide for health professionals*. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd, 2002)

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/G/>, acedido em 07.08.17

- **Gestão da Doença (*Disease Management*)**

Um sistema de intervenções coordenadas de cuidados de saúde para populações quando os esforços de auto cuidados são significativos.

(Adaptado de *Disease Management Association of America*, 2001)

A gestão da doença tem como objectivo coordenar recursos através do sistema de prestação de cuidados. A gestão da doença aplica-se especialmente em doenças crónicas e

de evolução prolongada, em que existem grandes variações nas actuações dos profissionais, em que exista má coordenação de cuidados e/ou pouca qualidade dos mesmos. A gestão da doença é a resposta estruturada à existência de um conjunto fragmentado e não coordenado de pólos prestadores de cuidados de saúde (atenção predominante a situações agudas, negligência dos cuidados preventivos, tratamento não baseado na melhor informação disponível). (Adaptado de BMJ 1997; 315:50-53.

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/G/>, acedido em 07.08.17

- **Medicina Baseada na Evidência**

A “medicina baseada na evidência” é a procura de integração explícita da prática clínica com a melhor evidência disponível de que as intervenções escolhidas melhoram de forma significativa a saúde. A “medicina baseada na evidência” diminui a ênfase, na decisão clínica, da intuição, da experiência clínica não sistematizada, e do raciocínio patofisiológico, como bases suficientes para a decisão, sublinhando a evidência que provem da investigação clínica.

A expressão surge nos anos 80, no Canada, num contexto de expansão e disponibilização do conhecimento, de melhoria de níveis de educação e informação do público em geral, de declínio da deferência para com a autoridade, de aumento da exigência de responsabilização das entidades públicas.

(JAMA 1992, 268(17):2420-2425; BMJ 1996, 312:71-72; *Hematology/Oncology Clinics of North America* 2000, 14 (4): 761-784)

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/M/>, acedido em 07.08.17

- **Metas (Targets)**

Objectivo definido em termos específicos, geralmente quantificados, a alcançar num período de tempo, claramente definido. Aplica-se tanto a resultados como a processos. Utiliza-se para aspectos prioritários no sentido de estimular a sua realização. Requer monitorização e avaliação e obriga frequentemente a desenvolver sistemas de informação para o efeito. (Ministério da Saúde. Saúde um Compromisso: A estratégia para o virar do século (1998-2002). Lisboa: Ministério da saúde, 1999)

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/M/>, acedido em 07.08.17

- **Modelo**

Uma representação abstracta da relação entre componentes de um sistema lógico, analítico ou empírico. (last JM, 1988), citado por Guerra (2002, p. 161)

- **Normas de Orientação Clínica**

A expressão "Normas de Orientação Clínica" surge da tradução do termo anglo-saxónico, "*Clinical Guidelines*". Tem sido sugerido que o termo "*Guideline*" seja aplicado apenas a uma recomendação desenvolvida de acordo com metodologias validadas cientificamente [MEAD, 2000].

Entende-se por Normas de Orientação Clínica (NOC) as recomendações desenvolvidas para auxiliar profissionais e utentes nas decisões acerca dos melhores cuidados de saúde, em circunstâncias clínicas específicas [FIELD & LOHR 1992, CSP 2005]

http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol2n1/pdfs/Normas_Orientação_Clinica.pdf, acessido em 07.08.19

- **Organização de Saúde**

Organização de saúde é um estabelecimento ou serviço que contribui para a prevenção, o diagnóstico, tratamento e reabilitação de situações de doença.

(Adaptado de WHO, 1996)

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/O/>, acessido em 07.08.17

- **Prevalência**

É o número total de casos de uma doença específica existente numa dada população num certo tempo. (Last JM, 1988), citado por Guerra, (2002, p. 162)

- **Promoção da Saúde**

A promoção da saúde visa trabalhar através de acções comunitárias concretas e efectivas no desenvolvimento de prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde.

Processo social e político abrangente que visa aumentar as habilidades e os conhecimentos dos indivíduos em termos de saúde e modificar as condições sociais, ambientais e económicas para minimizar os danos na população e na saúde de cada indivíduo.

O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades - a posse e o controle os seus próprios esforços e destino. Uma comunidade que trabalha para atingir objectivos comuns adquire força e consciência de sua capacidade e poder colectivos para enfrentar e resolver problemas que atingem a todos.

É o processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os factores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar. Os principais

factores que determinam a saúde – genéticos, biológicos, comportamentais, ambientais e serviços de saúde – fundamentam uma acção em promoção da saúde implicando o desenvolvimento de actividades diversificadas, que podem ser sistematizadas em três vertentes de intervenção que se relacionam e complementam:

- Educação para a saúde – processo que utiliza a comunicação pedagógica no sentido de facilitar a aprendizagem da saúde.
- Prevenção da doença – conjunto de medidas que visam evitar, detectar e tratar precocemente doenças específicas e eventuais sequelas.
- Protecção da saúde – conjunto de medidas destinadas ao controlo de factores de risco de natureza ambiental e à preservação dos recursos naturais.

(Adaptado de Carta de *Otawa*, OMS, 1986)

<http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=17&area=Conceito> – acedido em 07.08.19

<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala1860.pdf>, acedido em 07.08.20

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/P/?page=3>, acedido em 07.08.17

- **Política de Saúde (*Health Policy*)**

Declaração formal ou procedimentos dentro de instituições (nomeadamente governo) que definem ou revelam as prioridades e as linhas de acção, assim como os processos para as definir, para responder a necessidades em saúde, recursos disponíveis e outras pressões políticas.

(Adaptado de *The Observatory's Health Systems Glossary*.

www.observatory.dk)

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/P/?page=2>, acedido em 07.08.17

- **Política Nacional de Saúde**

Conjunto de decisões relativas à adopção de medidas direccionadas à consecução de metas concretas para melhorar a situação sanitária.

<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala1860.pdf>, acedido em 07.08.20

- **Políticas Públicas em Saúde**

Conjunto de decisões e compromissos para a consecução de acções voltadas à melhoria de saúde.

<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala1860.pdf>, acedido em 07.08.20

- **Políticas Públicas Baseadas na Evidência**

Este conceito designa a preocupação em melhorar a utilização da evidência e da investigação nas políticas públicas.

A expressão surge ao longo dos anos 90, no Reino Unido, num contexto semelhante ao que influencia o aparecimento da "medicina baseada na evidência" e de aumento de organizações que procuram influenciar os governos, nomeadamente, através da preparação e apresentação de "evidência" de vária ordem. Uma expressão muito associada a este conceito, "*what matters is what works*", foi utilizada pelo governo trabalhista eleito em 1997 no Reino Unido.

(Adaptado de Davies H, Nutley S, Smith P. *What works? Evidence-based policy and practice in public services*. The policy press: Bristol, 2000 e Solesbury, W. *Evidence based policy: whence it came and where it's going*. ESRC UK Centre for Evidence Based Policy and Practice.

(<http://evidencenetwork.org/cgi-win/enet.exe/biblioview?404>)

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/P/?page=2>, acedido em 07.08.17

- **Processo**

Pode ser descrito como sendo um conjunto de actividades interrelacionadas e interactivas que, desencadeadas em condições controladas, transformam entradas em saídas no sentido de proporcionar valor acrescentado e satisfação ao cliente e a todas as partes interessadas.

Os processos podem ser afectados por um ou mais dos seguintes factores, também conhecidos pelos 6M's: mão-de-obra operacional (*Manpower*), materiais utilizados como "entradas" (*Materials*), máquinas ou equipamento utilizados na execução/monitorização (*Machines*), métodos incluindo a documentação do sistema (*Methods*), meio de trabalho (*Mother Nature - Environment*) e medição/monitorização (*Measurements*).

(Alexandre Sousa e Pilar Baylina, adaptado de ISO/TC 176/SC 2/N 544R2(r) - ISO 9000 *Introduction and Support Package: Guidance on the Concept and Use of the Process Approach for management systems*, 2004")

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/P/?page=2>, acedido em 07.08.17

- **Serviços de Saúde**

Serviços prestados por profissionais de saúde, ou por outros sob sua orientação, com o fim de promover, manter, ou restaurar a saúde. Além dos cuidados possíveis de saúde, os serviços de saúde incluem ainda medidas de protecção comunitária e de educação para a saúde. (Last JM, 1988), citado por Guerra, (2002, p.)

- **Sistema de Saúde (*Health System*)**

Os sistemas de saúde são constituídos pelo conjunto de recursos, actores e instituições relacionadas com a regulação, financiamento e realização de acções de saúde. Estas definem-se como sendo aquelas actividades cujo objectivo primário é promover ou proteger a saúde.

(Murray e Frenk, *A WHO framework for health systems performance assessment*, www.who.org)

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/S/>, acedido em 07.08.17

Conjunto de elementos inter-relacionados que contribuem para a promoção da saúde nos lares, nas instituições docentes, nos locais de trabalho, nos locais públicos e nas comunidades, assim como no ambiente físico e psicossocial e no sector de saúde e outros sectores afins. Os sistemas de saúde, via de regra, estão organizados em diversos escalões, começando do mais periférico - também conhecido por nível local ou da comunidade - passando pelos níveis intermediários (estatais), até o nível nacional ou central.

A OMS define sistemas de saúde como compreendendo todas as actividades cujo propósito primário é o de promover, restaurar ou manter a saúde. (*WHO, World Health Report, 2000*), citado por Guerra, (2002, p. 162)

<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala1860.pdf>, acedido em 07.08.20

- **Stakeholder Analysis**

A "*stakeholder analysis*" é uma técnica que permite melhorar a selecção, eficácia e eficiência de uma política ou projecto pela identificação das organizações ou indivíduos que serão afectados, positiva ou negativamente, e ainda os que terão interesses nessas mesmas políticas e projectos. Implica a identificação da mudança prevista (o quê?) quem vai conduzir a mudança (quem?) quem serão os vencedores e os perdedores da mudança, que conflitos serão previsíveis, que interesses porão em causa a sua viabilidade.

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/S/?page=2>, acedido em 07.08.17

Implicações na Prática nos Cuidados de Saúde Primários

Unidade E Universidade Aberta

INSTRUÇÕES

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS A PESSOAS COM DIABETES, NOS CENTROS DE SAÚDE DA UNIDADE E, INTEGRADOS NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE.

Por favor, complete a informação que se segue sobre os seus dados e do Centro de Saúde a que pertence. Esta informação será exclusivamente utilizada para propósitos de investigação, no contexto do desenvolvimento de uma dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde, da Universidade Aberta. Este Inquérito, destina-se a ser preenchido por Médicos e Enfermeiros, prestadores de cuidados, a pessoas com Diabetes Mellitus, assistidas nos Centros de Saúde da Unidade E. Por favor, indique o nome do Centro de Saúde a que pertence e a função que exerce, a identificação pessoal é facultativa.

Nome: _____ Data: _____ / _____ / _____
dia mês ano

Organização:

Centro de Saúde de _____

Função:

Médico/a Enfermeiro/a

Sexo: Masculino Feminino

Tempo de exercício prof.

_____ anos

Tempo de exercício prof. na

área da Diabetes _____ anos

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Este Inquérito, destina-se a colher informação de **factos** sobre a **estrutura**¹, o **processo**² e as práticas dos Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, tendo por objectivo avaliar o estadio em que se encontra a abordagem da pessoa com Diabetes Mellitus, na perspectiva da filosofia e dos princípios da Gestão da Doença. Os resultados podem contribuir para identificar áreas de melhoria e serão divulgados, a todos os intervenientes.

As instruções são as seguintes:

1. Responda a cada questão estritamente na perspectiva da doença seleccionada, a Diabetes, tendo em conta o local onde exerce a sua função - Centro de Saúde.
2. Para cada fila, coloque, um círculo no número que melhor descreve o nível que presentemente existe para a Diabetes Mellitus. As filas representam aspectos chave dos cuidados no âmbito da Diabetes, numa perspectiva de Gestão da Doença. Cada aspecto (componente) está dividido em quatro níveis que revelam vários estadios no processo de evolução da Gestão da Doença e da melhoria dos cuidados de doenças crónicas, incluindo a Diabetes. Estes estadios são representados por pontos que variam na margem de 0 a 11. O valor mais elevado indica que as acções descritas nessa caixa estão mais plenamente desenvolvidas e implementadas.
3. Em caso de dúvida na atribuição do **Score** em cada uma das **Componentes**, recorra à descrição da respectiva **Categoria** para melhor esclarecimento.

¹ **Estrutura** – são os recursos disponíveis para fornecer o serviço.

² **Processo** – “o próprio atendimento”, ou seja, o conjunto de procedimentos realizados para concretizar o serviço, *in Improving Medical, Hospital and Health Services, Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J 1995, Makron Books.*

Para mais informações acerca do preenchimento do Inquérito, por favor contacte Carla Munhoz, Enfermeira, pelo telemóvel 919696509 ou pelo e-mail munozteresa@hotmail.com.

Os Inquéritos preenchidos serão recolhidos pessoalmente pela própria cerca de 2 semanas após a entrega, em data a combinar no acto da mesma.

Carla Teresa Munhoz

Estrada da Malafaia - Viv. n.º 4

2630 - 232 Arruda dos Vinhos

QUESTIONÁRIO

A ABORDAGEM DA DIABETES NOS CENTROS DE SAÚDE DA UNIDADE E - SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO
INQUÉRITO PARA AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS SEGUNDO OS PRINCÍPIOS DA GESTÃO DA DOENÇA

Categoria 1: Organização do Sistema de Prestação de Cuidados de Saúde. Os programas de gestão da diabetes podem ser efectivos se a organização global do sistema de provisão de cuidados estiver orientada de uma forma que permita uma focalização dos cuidados na diabetes.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Liderança Organizacional Global dos Cuidados para a Diabetes	... não existe ou há pouco interesse.	... reflecte-se nas declarações de visão e planos de actividade, mas não há recursos especificamente destinados para executar o trabalho.	... reflecte-se na liderança dos gestores de topo e nos recursos especificamente dedicados (financeiros e recursos humanos).	... é parte de um planeamento estratégico de longo prazo da organização, recebe os recursos necessários e é responsabilizado pessoal específico.
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Objectivos dos Centros de Saúde para a Diabetes	... não existem ou são limitados a uma doença.	...existem, mas não são activamente cumpridos nem revistos.	... são mensuráveis, cumpridos e revistos.	... são mensuráveis, revistos por rotina e incorporados em planos de melhoria.
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Melhoria Estratégica para Cuidados da Diabetes	... é <i>ad hoc</i> e não organizada ou consistentemente suportada.	... utiliza abordagens <i>ad hoc</i> para problemas alvo à medida que vão emergindo.	... utiliza uma comprovada estratégia de melhoria para problemas alvo.	... inclui uma comprovada estratégia de melhoria e usa-a proactivamente na satisfação dos objectivos organizacionais.
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Incentivos e Normas dos Centros de Saúde para Cuidados da Diabetes	... não existem ou não são usados para influenciar objectivos de performance clínica.	... são usados para influenciar a utilização e os custos dos cuidados dos diabéticos.	... são usados para apoiar os objectivos dos cuidados ao diabético.	... são explicitamente usados para motivar os prestadores a apoiar os objectivos dos cuidados ao diabético.
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Gestores de Topo	... são indiferentes ou desencorajam o acompanhamento dos diabéticos.	... não fazem com que as melhorias para os cuidados dos diabéticos sejam uma prioridade.	... encorajam os esforços de melhoria para os cuidados aos diabéticos.	... visivelmente participam nos esforços de melhoria dos cuidados aos diabéticos.
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Benefícios (para os diabéticos)	... desencorajam a autogestão do diabético ou mudanças no sistema.	... não encorajam, nem desencorajam a autogestão do diabético/mudanças sistema.	... encorajam a autogestão do diabético ou mudanças no sistema.	... são especificamente designados para promover melhores cuidados aos diabéticos
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Categoria 2: Ligações à Comunidade. As ligações entre o sistema de prestação de cuidados (ou a prática dos prestadores) e os recursos da comunidade desempenham papéis importantes na gestão da Diabetes.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Ligação dos Doentes a Recursos Externos (exteriores aos Centros de Saúde) Score não é feita sistematicamente. 0 1 2	... está limitada a uma lista de recursos comunitários identificados num formato acessível. 3 4 5	... é realizada através de pessoal designado ou de recursos responsáveis por assegurar que prestadores e doentes fazem o uso máximo dos recursos comunitários. 6 7 8	... é realizada através de uma coordenação activa entre o Serviço Nacional de Saúde, o sector privado, o sector social e os recursos comunitários. 9 10 11
Parcerias entre as Organizações Comunitárias e entre os Sectores do Serviço Nacional de Saúde Score	... não existem. 0 1 2	... estão a ser consideradas mas ainda não foram implementadas. 3 4 5	... estão formadas e visam desenvolver um apoio a programas e políticas. 6 7 8	... são activamente procuradas para desenvolver um apoio formal a programas e políticas através da globalidade do Serviço Nacional de Saúde. 9 10 11
Impacto dos Planos ou Programas de Saúde Nacionais nos Centros de Saúde (Considerar o PNCDM*, ou outros relacionados com a diabetes) Score	... não coordenam normas de orientação, medidas ou recursos de cuidados no nível prático. 0 1 2	... consideram algum grau de coordenação de normas de orientação, medidas ou recursos de cuidados no nível prático, mas não foram ainda implementadas mudanças. 3 4 5	... correntemente coordenam normas de orientação, medidas ou recursos de cuidados para a diabetes. 6 7 8	... correntemente coordenam normas de orientação, medidas e recursos de cuidados no nível prático para a diabetes. 9 10 11

PNCDM* - Plano Nacional de Controlo da Diabetes

Categoria 3: Nível Prático. Várias componentes que se manifestam ao nível da prática dos prestadores individuais têm demonstrado ser capazes de melhorar os cuidados das doenças crónicas, incluindo a diabetes. Estas características recaem sobre áreas gerais de apoio que são: 1 - Auto-gestão do doente 2 - Mecanismos de suporte à decisão 3 - Questões de organização do sistema de prestação que directamente afectam a prática 4 - Sistemas de informação

Sub-categoria 3a : Apoio à Auto-Gestão do Diabético. O apoio efectivo à auto-gestão pode ajudar os diabéticos e as famílias a enfrentar os desafios, face ao que representa viver com e tratar a diabetes, contribuindo para reduzir sintomas e complicações.

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
Avaliação e Documentação de Actividades e Necessidades de Auto-Gestão.	... não são efectuadas.			... são esperadas e efectuadas.			...são completadas de uma forma padronizada.			... são regularmente avaliadas e registadas de forma padronizada e ligadas a um plano de tratamento disponível para ser posto em prática com doentes.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Apoio à Auto-Gestão	... está limitado à distribuição de informação (panfletos, brochuras)			... está disponível por referência a aulas sobre auto-gestão ou com o apoio de educadores.			... é fornecido por educadores clínicos treinados que são designados para o apoio à auto-gestão e que vêm doentes referenciados.			... é fornecido por educadores clínicos familiarizados com cada prática, treinados no "empowerment" do doente e em metodologias de resolução de problemas e que vêm a maioria dos diabéticos.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Preocupações com Doentes e Familiares	... não se verificam consistentemente.			... verificam-se para doentes e famílias específicas por referência.			... são encorajadas e apoiadas pelos pares, grupos e pelos programas disponíveis.			... são uma parte integrante dos cuidados e incluem avaliação sistemática e envolvimento por rotina dos pares, grupos ou programas.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Comportamento Efectivo para Intervenções de Mudança e de Apoio aos Pares	... não existe.			... está limitado à distribuição de panfletos, brochuras ou outra informação escrita.			... existe apenas quando os doentes são referenciados a centros especializados dotados de pessoal treinado.			... prontamente disponível e são parte integrante da rotina dos cuidados.		
Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Sub - categoria 3b: Mecanismos de Suporte à Decisão. Os programas efectivos de gestão das doenças crónicas, incluindo a diabetes, asseguram que os prestadores têm acesso à informação baseada na evidência, necessária para o suporte à decisão para tratar os doentes. Isto inclui normas de orientação e protocolos de práticas baseadas na evidência, consultas de especialistas, educação dos prestadores e informação aos doentes para estimularem as equipas de prestadores a utilizar terapêuticas efectivas.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Normas de Orientação Baseadas na Evidência (Guidelines)	... não estão disponíveis.	... disponíveis, mas não integradas na prestação de cuidados.	... disponíveis e suportadas pela educação do prestador.	... estão disponíveis, suportadas pela educação do prestador e integradas nos cuidados através de sinais de alerta e outros métodos comprovados de mudança de comportamento do prestador.
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Envolvimento de Especialistas na Melhoria dos Cuidados Primários	... processa-se primariamente através da referenciação tradicional.	... é conseguida através da liderança de especialistas para aumentar a capacidade de todo o sistema na implementação rotineira das normas de orientação.	... inclui liderança de especialistas e especialistas designados que dão treino às equipas de cuidados de Saúde Primários.	... inclui liderança e envolvimento de especialistas na melhoria dos doentes diabéticos dos Cuidados de Saúde Primários.
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Educação do Prestador para Cuidados dirigidos à Diabetes	... é fornecida esporadicamente.	... é fornecida sistematicamente através de métodos tradicionais.	... é fornecida utilizando métodos otimizados (p.ex. detalhe académico)	... inclui treino de todas as equipas práticas em cuidados de doenças crónicas, métodos tais como a gestão baseada na população e o apoio à auto-gestão.
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Informação dos Diabéticos sobre as Normas de Orientação	... não é feita.	... acontece se for a pedido	... é feita através de material didáctico específico para o doente e para cada norma de orientação.	... inclui material específico desenvolvido para os doentes que querem saber qual o seu papel na adesão às normas de orientação.
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Sub - categoria 3c: Organização do Sistema de Prestação. A evidência sugere que a gestão efectiva das doenças crónicas, incluindo a diabetes, envolve mais do que o simples acrescentar de intervenções adicionais a um sistema focalizado para os cuidados agudos. Podem ser necessárias mudanças nas práticas organizacionais que tenham impacto na provisão dos cuidados.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Funcionamento e Prática de Equipa	... não se verifica.	... verifica-se que é assegurada pela disponibilidade de indivíduos com treino apropriado em elementos chave dos cuidados para os diabéticos.	... é assegurado pelo encontro regular de equipas para explicar as normas de orientação, os papeis e responsabilidades e problemas para os diabéticos.	... é assegurado por equipas que se encontram regularmente e têm papeis claramente definidos incluindo a educação e auto-gestão do doente, <i>follow-up</i> proactivo e coordenação de recursos e outras competências de cuidados para os diabéticos.
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Liderança e Prática de Equipa	... não é reconhecida localmente ou pela organização (Centro de Saúde)	... é assumida pela organização para actuar em situações específicas.	... é assegurada pela nomeação de um chefe de equipa, mas o seu papel na diabetes não está definido.	... é garantida pela nomeação de um chefe de equipa que assegura que os papeis e responsabilidades para com os cuidados da diabetes estão claramente definidos.
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Sistema de Marcação de Consultas	... pode ser usado para consultas urgentes e seguimento.	... assegura o seguimento programado dos diabéticos.	... é flexível e pode incorporar inovações tais como a duração das consultas de rotina ou consultas colectivas.	... inclui uma organização dos cuidados que facilita a observação do doente pelos prestadores múltiplos numa única consulta.
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Seguimento (<i>follow-up</i>)	... é programado pelos doentes ou prestadores de forma <i>ad hoc</i> é programada pela prática concordante com as normas de orientação.	... é assegurada pela equipa através da monitorização da utilização do doente.	... é adaptada às necessidades do doente, varia em intensidade e metodologia (telefone, pessoalmente, <i>e-mail</i>) e assegura o <i>follow-up</i> das normas de orientação.
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

<p>Consultas Planeadas para Cuidados dirigidos à Diabetes</p> <p>Score</p>	<p>... não são usadas.</p> <p>0 1 2</p>	<p>... são ocasionalmente usadas para doentes complicados.</p> <p>3 4 5</p>	<p>... são uma opção para doentes interessados.</p> <p>6 7 8</p>	<p>... são usadas por todos os doentes crónicos, incluindo os diabéticos e incluem uma avaliação regular, intervenções preventivas e atenção ao apoio à auto-gestão.</p> <p>9 10 11</p>
<p>Continuidade de Cuidados</p> <p>Score</p>	<p>... não é uma prioridade.</p> <p>0 1 2</p>	<p>... depende da comunicação escrita entre os prestadores dos cuidados de Saúde Primários e os especialistas, ou prestadores de outros sectores do Sistema Nacional de Saúde.</p> <p>3 4 5</p>	<p>... entre prestadores dos cuidados de Saúde Primários e especialistas e outros prestadores relevantes, sendo encarada como uma prioridade mas não é sistematicamente implementada.</p> <p>6 7 8</p>	<p>... é uma alta prioridade e todas as intervenções dirigidas às doenças crónicas, incluindo a diabetes, incluem coordenação activa entre os cuidados de Saúde Primários, especialistas e outros prestadores relevantes do Sistema Nacional de Saúde.</p> <p>9 10 11</p>

Sub - categoria 3d : Sistema de Informação. A informação útil, em tempo real, à cerca de doentes individuais e de populações de doentes com doenças crónicas, incluindo a diabetes, é um aspecto crítico para os programas efectivos de gestão das doenças crónicas, especialmente os que usam uma abordagem baseada na população.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
<p>Registo (lista de doentes com diabetes)</p> <p>Score</p>	... não disponível. 0 1 2	... inclui o nome, diagnóstico, informação de contacto e data do último contacto quer em registo de papel quer em base de dados informatizada. 3 4 5	... permite fazer perguntas sobre sub-populações por prioridades clínicas. 6 7 8	... está ligado às normas de orientação que fornecem pontos e sinais de alerta à cerca dos serviços necessários. 9 10 11
<p>Sinais de alerta (reminders) para os Prestadores</p> <p>Score</p>	... não disponíveis. 0 1 2	... incluem a notificação geral da existência da diabetes, mas não descrevem os serviços necessários no momento da consulta. 3 4 5	... incluem indicações dos serviços necessários para populações de diabéticos através de relatórios periódicos. 6 7 8	... incluem informação específica sobre a adesão às normas de orientação no momento das consultas individuais. 9 10 11
<p>Informação de Retorno</p> <p>Score</p>	... não está disponível ou é não específica da equipa. 0 1 2	... é fornecida a intervalos infrequentes e é prestada impessoalmente. 3 4 5	... ocorre a intervalos suficientemente frequentes para monitorizar a performance e é específica da equipa que segue aquela população. 6 7 8	... é em tempo real, específica da equipa, prestada pessoalmente e por rotina por um respetado líder de opinião para melhorar a performance da equipa. 9 10 11
<p>Informação sobre Sub-Grupos Relevantes de Diabéticos a Necessitar dos Serviços diferenciados (estratificação de risco)</p> <p>Score</p>	... não disponível. 0 1 2	... só pode ser obtida com esforços especiais ou com programação adicional. 3 4 5	... pode ser obtida a pedido, mas não está disponível por rotina. 6 7 8	... é fornecida por rotina aos prestadores para os ajudar a prestar cuidados planeados. 9 10 11

Planos de Tratamento dos Diabéticos	... não são esperados.	... são conseguidos através de uma abordagem padronizada.	...são estabelecidos com base na colaboração e incluem objectivos de auto-gestão assim como clínicos.	... são estabelecidos com base na colaboração e incluem auto-gestão e gestão clínica. O seguimento e os guias de cuidados ocorrem em todos os locais de prestação dos cuidados.
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Informação de Custos Variáveis de Prestação de Cuidados ao Diabético	... não disponível ou não específica da equipa.	... é fornecida a intervalos infrequentes e a pedido.	... ocorre a intervalos suficientemente frequentes para monitorizar os custos com efectividade.	... é em tempo útil, prestada por rotina e visando manter o controlo dos custos.
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
A Gestão de Dados Fornece Informação sobre o Impacto Económico dos Padrões de Prática Médica Individual vs Melhores Práticas	... não disponível.	... é fornecida a pedido e exige grandes esforços.	... ocorre a intervalos suficientemente frequentes para monitorizar o desempenho individual e da equipa que segue aquela população.	... é em tempo útil, prestada por rotina para melhorar os desempenhos individuais e da equipa.
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Informação sobre Resultados Económicos Identifica Eventos como: Internamentos, Consultas, visitas ao Serviço de Urgência.	... não disponível.	... só pode ser obtida com esforços especiais ou programação adicional.	... pode ser obtida a pedido, mas não está disponível por rotina.	... é fornecida por rotina aos prestadores para os ajudar a prestar cuidados planeados.
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Informação fornece uma visão global dos padrões de prática específicos da diabetes, ligando todos os serviços ao doente	... não se verifica.	... só pode ser obtida com esforços especiais ou programação adicional.	... pode ser obtida a pedido, mas não está disponível por rotina.	... é fornecida por rotina aos prestadores para os ajudar a prestar cuidados planeados.
Score	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Por favor, no fim, verifique se todas as linhas **têm apenas um número assinalado com um círculo**, a fim de confirmar o preenchimento completo do inquérito.

Apresentamos o nosso mais vivo e reconhecido agradecimento pela colaboração prestada, assim como o válido contributo para a avaliação da abordagem da diabetes nos Centros de Saúde da Unidade E, da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, segundo os princípios da Gestão da Doença. Muito obrigado.

Fim do Questionário

Arruda dos Vinhos, 01 de Março de 2007

A investigadora

Carla Munhoz

(Mestranda em Comunicação em Saúde)

ANEXO I

Tabelas e Gráficos
Amostra Global

ANEXO II

Tabelas e Gráficos

Matriz de Correlações de *Spearman*

ANEXO III

Tabelas e Gráficos

Tabelas Comparativas por Grupo – Amostra Global

ANEXO IV

Tabelas e Gráficos

Diagramas de Caixa e Bigodes – Testes de Hipóteses

ANEXO V

Tabelas e Gráficos

Comparar as respostas às escalas
consoante o Tempo de exercício dos Inquiridos

ANEXO VI

Modelo de Cuidados Crónicos

ANEXO VII

Instruções/Questionário

ANEXO VIII

Pedido de Autorização para realização do estudo

ANEXO IX

Pedido de Autorização para Utilizar o Questionário

ANEXO X

Quadro de Pessoal cedido pela recentemente extinta Sub - Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Actual ARS LVT, IP

ANEXO XI

Dados do número de Diabéticos existentes / Diagnosticados em cada Centro de Saúde – dados programa SINUS

		Freq	%
Grupo	Médico/a	30	29.7%
	Enfermeiro/a	71	70.3%
	Total	101	100.0%
Sexo	Masculino	11	11.6%
	Feminino	84	88.4%
	Total	95	100.0%

		Freq	%
Tempo de Exercício Profissional (em anos)	3.00	2	2.0%
	4.00	4	4.0%
	5.00	2	2.0%
	7.00	3	3.0%
	8.00	1	1.0%
	9.00	1	1.0%
	10.00	3	3.0%
	11.00	4	4.0%
	12.00	3	3.0%
	13.00	4	4.0%
	14.00	4	4.0%
	15.00	9	8.9%
	16.00	5	5.0%
	17.00	7	6.9%
	18.00	1	1.0%
	19.00	3	3.0%
	20.00	6	5.9%
	21.00	5	5.0%
	22.00	2	2.0%
	23.00	3	3.0%
	24.00	2	2.0%
	25.00	3	3.0%
	26.00	4	4.0%
	27.00	4	4.0%
	28.00	6	5.9%
	29.00	2	2.0%
	30.00	4	4.0%
	31.00	1	1.0%
	32.00	1	1.0%
	33.00	1	1.0%
	36.00	1	1.0%
	Total	101	100.0%

		Freq	%
Tempo de	1.00	5	5.0%
Exercício	2.00	8	8.0%
Profissional	3.00	9	9.0%
na Área da	4.00	5	5.0%
Diabetes (em	5.00	9	9.0%
anos)	6.00	6	6.0%
	7.00	3	3.0%
	8.00	1	1.0%
	9.00	4	4.0%
	10.00	9	9.0%
	11.00	2	2.0%
	12.00	2	2.0%
	13.00	3	3.0%
	14.00	5	5.0%
	15.00	4	4.0%
	16.00	1	1.0%
	20.00	3	3.0%
	21.00	2	2.0%
	22.00	7	7.0%
	23.00	3	3.0%
	24.00	2	2.0%
	25.00	2	2.0%
	27.00	2	2.0%
	29.00	1	1.0%
	30.00	1	1.0%
	32.00	1	1.0%
	Total	100	100.0%

		Freq	%
Tempo de	9 ou menos anos	13	12.9%
Exercício	10 a 14	18	17.8%
Profissional	15 a 19	25	24.8%
(recodificada)	20 a 24	18	17.8%
	25 ou mais	27	26.7%
	Total	101	100.0%
Tempo de	4 ou menos anos	27	27.0%
Exercício	5 a 9	23	23.0%
Profissional na	10 a 14	21	21.0%
Área da	15 a 19	5	5.0%
Diabetes	20 a 24	17	17.0%
(recodificada)	25 ou mais	7	7.0%
	Total	100	100.0%

	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 75	N Válido	N Total
Tempo de Exercício Profissional (em anos)	18.3	17.00	7.9	3.00	36.00	13.0	25.0	101	101
Tempo de Exercício Profissional na Área da Diabetes (em anos)	11.0	9.50	8.3	1.00	32.00	4.0	15.5	100	101

	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 75	N Válido	N Total
p1_1 Liderança Organizacional Global dos CDC	5.3	4	2.7	0	11	3.0	7.0	101	101
p1_2 Objectivos dos Centros de Saúde para a Diabetes	4.9	4	2.0	1	11	3.0	6.0	101	101
p1_3 Melhoria estratégica para Cuidados da Diabetes	5.4	6	1.9	0	11	4.0	6.0	101	101
p1_4 Incentivos e Normas dos Centros de Saúde para Cuidados da Diabetes	5.1	5	2.5	0	11	3.0	7.0	101	101
p1_5 Gestores de Topo	5.4	6	2.2	2	11	3.0	6.0	101	101
p1_6 Benefícios (para os Diabéticos)	6.4	6	2.1	2	11	5.0	7.0	101	101

	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 75	N Válido	N Total
p2_1 Ligação dos Doentes a Recursos Externos (exteriores aos Centros de Saúde)	3.7	4	2.3	0	10	2.0	5.0	100	101
p2_2 Parcerias entre as Organizações Comunitárias e entre Sectores do SNS	3.4	3	2.7	0	9	1.0	6.0	100	101
p2_3 Impactos dos Planos de Saúde Nacionais nos Centros de Saúde (considerar o PNCDM ou outros relacionados com a diabetes)	4.4	5	2.5	0	10	3.0	6.0	100	101

	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 75	N Válido	N Total
p3_3a_1 Avaliação e Documentação de Actividades e Necessidades de Auto-Gestão	5.2	5	2.9	0	11	3.0	8.0	101	101
p3_3a_2 Apoio à Auto-Gestão	4.8	5	2.4	0	11	3.0	7.0	101	101
p3_3a_3 Preocupações com Doentes e Familiares	5.6	6.00	2.3	.00	11.00	4.0	7.0	101	101
p3_3a_4 Comportamento Efectivo para Intervenções de Mudança e Apoio aos Pares	6.1	6.00	2.8	.00	11.00	4.0	9.0	101	101

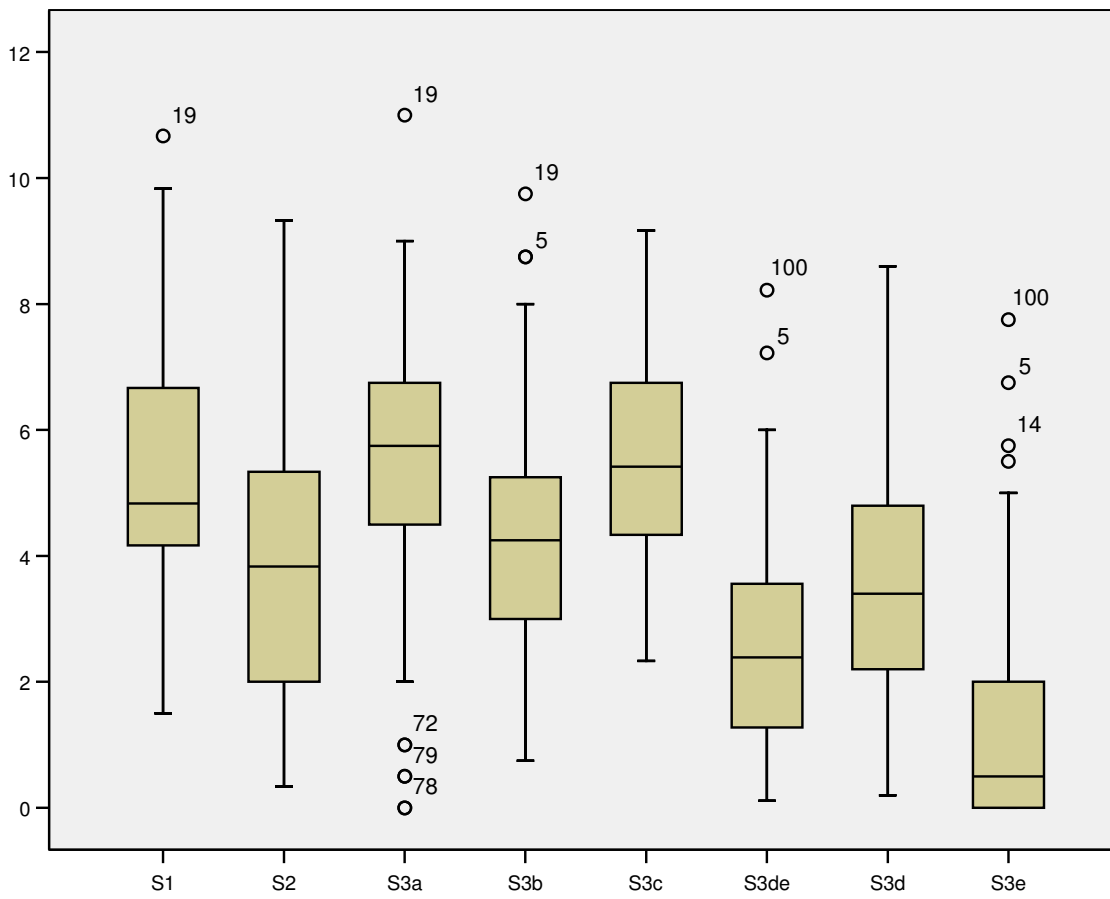
	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 75	N Válido	N Total
p3_3b_1 Normas de Orientação Baseadas na Evidência (Guidelines)	5.3	6.00	3.1	.00	10.00	3.0	8.0	100	101
p3_3b_2 Envolvimento de Especialistas na Melhoria dos Cuidados Primários	2.5	2.00	2.1	.00	11.00	2.0	2.0	100	101
p3_3b_3 Educação do Prestador para Cuidados dirigidos à Diabetes	3.4	3.00	2.4	.00	9.00	1.0	5.0	100	101
p3_3b_4 Informação dos Diabéticos sobre as Normas de Orientação	5.4	6.00	2.2	1.00	11.00	4.0	7.0	100	101

	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 75	N Válido	N Total
p3_3c_1 Funcionamento e Prática de Equipa	4.2	4.00	1.7	1.00	10.00	3.0	5.0	101	101
p3_3c_2 Liderança e Prática de Equipa	4.6	4.00	2.6	1.00	10.00	2.0	6.0	101	101
p3_3c_3 Sistema de Marcação de Consultas	5.5	5.00	2.3	1.00	11.00	4.0	7.0	101	101
p3_3c_4 Seguimento (Follow-up)	6.0	5.00	2.6	2.00	11.00	4.0	8.0	101	101
p3_3c_5 Consultas Planeadas para Cuidados dirigidos à Diabetes	7.5	8.00	2.4	.00	11.00	6.0	9.0	100	101
p3_3c_6 Continuidade de Cuidados	5.4	5.00	2.3	2.00	10.00	3.0	8.0	100	101

	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 75	N Válido	N Total
p3_3d_1 Registo (Lista de Doentes com Diabetes)	4.3	4.00	2.5	.00	11.00	3.0	5.0	101	101
p3_3d_2 Sinais de Alerta (reminders) para os Prestadores	3.0	3.00	2.4	.00	11.00	2.0	4.0	101	101
p3_3d_3 Informação de Retorno	2.7	2.00	2.4	.00	9.00	.0	4.0	101	101
p3_3d_4 Informação sobre Sub-grupos Relevantes de Diabéticos a Necessitar dos Serviços diferenciados (estratificação de risco)	3.0	2.00	2.8	.00	9.00	.0	6.0	101	101
p3_3d_5 Planos de Tratamento dos Doentes	5.1	6.00	2.7	.00	11.00	3.0	7.0	100	101

	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 75	N Válido	N Total
p3_3e_1 Informação de Custos Variáveis de Prestação de Cuidados ao Diabético	1.3	.00	2.0	.00	10.00	.0	2.0	100	101
p3_3e_2 A Gestão de Dados Fornece Informação sobre o Impacto Económico dos Padrões de Prática Médica Individual vs Melhores Práticas	1.1	.00	1.7	.00	7.00	.0	2.0	100	101
p3_3e_3 Informação sobre Resultados Económicos (identifica Eventos como: Internamentos, Consultas, Visitas ao Serviço de Urgência ...)	1.2	.00	1.9	.00	9.00	.0	2.0	100	101
p3_3e_4 Informação fornece uma visão global dos Padrões de Prática Específicos da Diabetes, ligando todos os serviços ao doente	1.3	.00	1.9	.00	9.00	.0	2.0	100	101

	Média	Mediana	Desvio- Padrão	Mínimo	Máximo	Percentíl 25	Percentíl 75	N Válido	N Total
S1	5.4	4.83	1.8	1.50	10.67	4.2	6.7	101	101
S2	3.8	3.83	2.2	.33	9.33	2.0	5.3	100	101
S3a	5.4	5.75	2.2	.00	11.00	4.5	6.8	101	101
S3b	4.2	4.25	1.9	.75	9.75	3.0	5.3	100	101
S3c	5.6	5.50	1.8	2.33	9.25	4.3	6.8	101	101
S3d	3.6	3.40	2.0	.20	9.50	2.2	4.8	101	101
S3e	1.2	.50	1.6	.00	7.75	.0	2.0	100	101
S3de	2.6	2.44	1.7	.11	9.50	1.3	3.6	101	101
Stot	4.2	4.19	1.5	1.26	8.56	3.3	5.2	101	101



Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tempo de Exercício Profissional (em anos)	.080	101	.107	.978	101	.092
Tempo de Exercício Profissional na Área da Diabetes (em anos)	.149	100	.000	.904	100	.000
S1	.154	101	.000	.938	101	.000
S2	.103	100	.011	.955	100	.002
S3a	.097	101	.021	.971	101	.027
S3b	.108	100	.006	.976	100	.065
S3c	.075	101	.180	.968	101	.016
S3de	.091	101	.037	.921	101	.000
S3d	.123	101	.001	.954	101	.002
S3e	.224	100	.000	.769	100	.000
Stot	.074	101	.191	.977	101	.075

a Lilliefors Significance Correction

Correlations

			Tempo de Exercício Profissional	Tempo de Exercício Profissional na Diabetes	S1	S2	S3a	S3b	S3c	S3de	S3d	S3e
Spearman's rho	Tempo de Exercício Profissional	Correlation Coef	1.000	.665(**)	.057	.059	-.251(*)	-.064	-.207(*)	-.027	-.027	.050
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.574	.559	.011	.524	.038	.792	.788	.619
		N	101	100	101	100	101	100	101	101	101	101
	Tempo de Exercício Profissional na Diabetes	Correlation Coef	.665(**)	1.000	-.102	.054	-.259(**)	.033	-.215(*)	-.089	-.074	-.066
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.314	.593	.009	.742	.032	.377	.463	.515
		N	100	100	100	99	100	99	100	100	100	100
	S1	Correlation Coef	.057	-.102	1.000	.596(**)	.522(**)	.502(**)	.436(**)	.616(**)	.617(**)	.422(**)
		Sig. (2-tailed)	.574	.314	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
		N	101	100	101	100	101	100	101	101	101	100
	S2	Correlation Coef	.059	.054	.596(**)	1.000	.304(**)	.467(**)	.355(**)	.622(**)	.619(**)	.464(**)
		Sig. (2-tailed)	.559	.593	.000	.	.002	.000	.000	.000	.000	.000
		N	100	99	100	100	100	100	100	100	100	100
	S3a	Correlation Coef	-.251(*)	-.259(**)	.522(**)	.304(**)	1.000	.598(**)	.544(**)	.510(**)	.595(**)	.108
		Sig. (2-tailed)	.011	.009	.000	.002	.	.000	.000	.000	.000	.285
		N	101	100	101	100	101	100	101	101	101	100
	S3b	Correlation Coef	-.064	.033	.502(**)	.467(**)	.598(**)	1.000	.510(**)	.571(**)	.584(**)	.265(**)
		Sig. (2-tailed)	.524	.742	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.008
		N	100	99	100	100	100	100	100	100	100	100
	S3c	Correlation Coef	-.207(*)	-.215(*)	.436(**)	.355(**)	.544(**)	.510(**)	1.000	.496(**)	.596(**)	.039
		Sig. (2-tailed)	.038	.032	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.700
		N	101	100	101	100	101	100	101	101	101	100
	S3de	Correlation Coef	-.027	-.089	.616(**)	.622(**)	.510(**)	.571(**)	.496(**)	1.000	.931(**)	.701(**)
		Sig. (2-tailed)	.792	.377	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000
		N	101	100	101	100	101	100	101	101	101	100
S3d	Correlation Coef	-.027	-.074	.617(**)	.619(**)	.595(**)	.584(**)	.596(**)	.931(**)	1.000	.459(**)	
	Sig. (2-tailed)	.788	.463	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	
	N	101	100	101	100	101	100	101	101	101	100	
S3e	Correlation Coef	.050	-.066	.422(**)	.464(**)	.108	.265(**)	.039	.701(**)	.459(**)	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.619	.515	.000	.000	.285	.008	.700	.000	.000	.	
	N	100	99	100	100	100	100	100	100	100	100	

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		Tempo de Exercício Profissional (em anos)	S3c	S3de
Tempo de Exercício Profissional (em anos)	Pearson Correlation	1	-.195	-.009
	Sig. (2-tailed)		.051	.930
	N	101	101	101
S3c	Pearson Correlation	-.195	1	.558(**)
	Sig. (2-tailed)	.051		.000
	N	101	101	101
S3de	Pearson Correlation	-.009	.558(**)	1
	Sig. (2-tailed)	.930	.000	
	N	101	101	101

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations(a)

			S1	S2	S3a	S3b	S3c	S3de	S3d	S3e	Stot
Spearman's rho	S1	Correlation Coefficient	1.000	.640(**)	.797(**)	.625(**)	.581(**)	.662(**)	.636(**)	.502(**)	.764(**)
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.006	.000
		N	30	29	30	29	30	30	30	29	30
	S2	Correlation Coefficient	.640(**)	1.000	.797(**)	.719(**)	.625(**)	.801(**)	.781(**)	.760(**)	.897(**)
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
		N	29	29	29	29	29	29	29	29	29
	S3a	Correlation Coefficient	.797(**)	.797(**)	1.000	.823(**)	.729(**)	.788(**)	.758(**)	.693(**)	.886(**)
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000
		N	30	29	30	29	30	30	30	29	30
	S3b	Correlation Coefficient	.625(**)	.719(**)	.823(**)	1.000	.837(**)	.858(**)	.871(**)	.713(**)	.908(**)
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000
		N	29	29	29	29	29	29	29	29	29
	S3c	Correlation Coefficient	.581(**)	.625(**)	.729(**)	.837(**)	1.000	.831(**)	.853(**)	.711(**)	.828(**)
		Sig. (2-tailed)	.001	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000
		N	30	29	30	29	30	30	30	29	30
	S3de	Correlation Coefficient	.662(**)	.801(**)	.788(**)	.858(**)	.831(**)	1.000	.972(**)	.922(**)	.947(**)
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000
		N	30	29	30	29	30	30	30	29	30
	S3d	Correlation Coefficient	.636(**)	.781(**)	.758(**)	.871(**)	.853(**)	.972(**)	1.000	.851(**)	.928(**)
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000
		N	30	29	30	29	30	30	30	29	30
	S3e	Correlation Coefficient	.502(**)	.760(**)	.693(**)	.713(**)	.711(**)	.922(**)	.851(**)	1.000	.851(**)
		Sig. (2-tailed)	.006	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000
		N	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Stot		Correlation Coefficient	.764(**)	.897(**)	.886(**)	.908(**)	.828(**)	.947(**)	.928(**)	.851(**)	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.
		N	30	29	30	29	30	30	30	29	30

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a Grupo = Médico/a

Correlations(a)

			S1	S2	S3a	S3b	S3c	S3de	S3d	S3e	Stot
Spearman's rho	S1	Correlation Coefficient	1.000	.549(**)	.421(**)	.359(**)	.353(**)	.581(**)	.571(**)	.384(**)	.782(**)
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.002	.003	.000	.000	.001	.000
		N	71	71	71	71	71	71	71	71	71
	S2	Correlation Coefficient	.549(**)	1.000	.165	.292(*)	.369(**)	.522(**)	.512(**)	.315(**)	.731(**)
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.168	.014	.002	.000	.000	.007	.000
		N	71	71	71	71	71	71	71	71	71
	S3a	Correlation Coefficient	.421(**)	.165	1.000	.546(**)	.357(**)	.396(**)	.553(**)	-.107	.610(**)
		Sig. (2-tailed)	.000	.168	.	.000	.002	.001	.000	.373	.000
		N	71	71	71	71	71	71	71	71	71
	S3b	Correlation Coefficient	.359(**)	.292(*)	.546(**)	1.000	.368(**)	.364(**)	.385(**)	.040	.616(**)
		Sig. (2-tailed)	.002	.014	.000	.	.002	.002	.001	.739	.000
		N	71	71	71	71	71	71	71	71	71
	S3c	Correlation Coefficient	.353(**)	.369(**)	.357(**)	.368(**)	1.000	.303(*)	.494(**)	-.201	.601(**)
		Sig. (2-tailed)	.003	.002	.002	.002	.	.010	.000	.092	.000
		N	71	71	71	71	71	71	71	71	71
	S3de	Correlation Coefficient	.581(**)	.522(**)	.396(**)	.364(**)	.303(*)	1.000	.887(**)	.620(**)	.762(**)
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001	.002	.010	.	.000	.000	.000
		N	71	71	71	71	71	71	71	71	71
	S3d	Correlation Coefficient	.571(**)	.512(**)	.553(**)	.385(**)	.494(**)	.887(**)	1.000	.276(*)	.801(**)
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.000	.020	.000
		N	71	71	71	71	71	71	71	71	71
S3e	Correlation Coefficient	.384(**)	.315(**)	-.107	.040	-.201	.620(**)	.276(*)	1.000	.312(**)	
	Sig. (2-tailed)	.001	.007	.373	.739	.092	.000	.020	.	.008	
	N	71	71	71	71	71	71	71	71	71	
Stot	Correlation Coefficient	.782(**)	.731(**)	.610(**)	.616(**)	.601(**)	.762(**)	.801(**)	.312(**)	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.008	.	
	N	71	71	71	71	71	71	71	71	71	

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a Grupo = Enfermeiro/a

		Grupo					
		Médico/a		Enfermeiro/a		Total	
		Freq	%	Freq	%	Freq	%
Grupo	Médico/a	30	100.0%	0	.0%	30	29.7%
	Enfermeiro/a	0	.0%	71	100.0%	71	70.3%
	Total	30	100.0%	71	100.0%	101	100.0%
Sexo	Masculino	9	31.0%	2	3.0%	11	11.6%
	Feminino	20	69.0%	64	97.0%	84	88.4%
	Total	29	100.0%	66	100.0%	95	100.0%

		Grupo					
		Médico/a		Enfermeiro/a		Total	
		Freq	%	Freq	%	Freq	%
Tempo de Exercício Profissional (recodificada)	9 ou menos anos	0	.0%	13	18.3%	13	12.9%
	10 a 14	1	3.3%	17	23.9%	18	17.8%
	15 a 19	1	3.3%	24	33.8%	25	24.8%
	20 a 24	7	23.3%	11	15.5%	18	17.8%
	25 ou mais	21	70.0%	6	8.5%	27	26.7%
	Total	30	100.0%	71	100.0%	101	100.0%
Tempo de Exercício Profissional na Área da Diabetes (recodificada)	4 ou menos anos	0	.0%	27	38.0%	27	27.0%
	5 a 9	0	.0%	23	32.4%	23	23.0%
	10 a 14	5	17.2%	16	22.5%	21	21.0%
	15 a 19	1	3.4%	4	5.6%	5	5.0%
	20 a 24	17	58.6%	0	.0%	17	17.0%
	25 ou mais	6	20.7%	1	1.4%	7	7.0%
Total	29	100.0%	71	100.0%	100	100.0%	

	Grupo							
	Médico/a				Enfermeiro/a			
	Média	Mediana	Desvio-Padrão	N Válido	Média	Mediana	Desvio-Padrão	N Válido
Tempo de Exercício Profissional (em anos)	25.5	26.00	3.8	30	15.3	15.00	7.1	71
Tempo de Exercício Profissional na Área da Diabetes (em anos)	21.1	22.00	5.4	29	6.9	5.00	5.1	71

	Grupo							
	Médico/a				Enfermeiro/a			
	Média	Mediana	Desvio Padrão	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	N
p1_1 Liderança Organizacional Global dos CDC	5.0	4	2.3	30	5.4	4	2.8	71
p1_2 Objectivos dos Centros de Saúde para a Diabetes	5.1	4	2.0	30	4.7	4	2.0	71
p1_3 Melhoria estratégica para Cuidados da Diabetes	5.3	5	1.9	30	5.5	6	1.9	71
p1_4 Incentivos e Normas dos Centros de Saúde para Cuidados da Diabetes	5.1	6	2.4	30	5.0	5	2.5	71
p1_5 Gestores de Topo	5.3	6	2.3	30	5.4	6	2.2	71
p1_6 Benefícios (para os Diabéticos)	6.1	6	1.6	30	6.5	6	2.2	71

	Grupo							
	Médico/a				Enfermeiro/a			
	Média	Mediana	Desvio Padrão	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	N
p2_1 Ligação dos Doentes a Recursos Externos (exteriores aos Centros de Saúde)	3.9	3	2.3	29	3.7	4	2.3	71
p2_2 Parcerias entre as Organizações Comunitárias e entre Sectores do SNS	3.1	2	2.9	29	3.5	3	2.7	71
p2_3 Impactos dos Planos de Saúde Nacionais nos Centros de Saúde (considerar o PNCDM ou outros relacionados com a diabetes)	4.6	6	2.7	29	4.3	4	2.5	71

	Grupo							
	Médico/a				Enfermeiro/a			
	Média	Mediana	Desvio Padrão	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	N
p3_3a_1 Avaliação e Documentação de Actividades e Necessidades de Auto-Gestão	3.3	4	2.7	30	6.0	6	2.6	71
p3_3a_2 Apoio à Auto-Gestão	3.8	3	2.9	30	5.2	5	2.1	71
p3_3a_3 Preocupações com Doentes e Familiares	4.6	5	2.8	30	6.0	6	1.9	71
p3_3a_4 Comportamento Efectivo para Intervenções de Mudança e Apoio aos Pares	4.6	4	3.1	30	6.8	6	2.5	71

	Grupo							
	Médico/a				Enfermeiro/a			
	Média	Mediana	Desvio Padrão	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	N
p3_3b_1 Normas de Orientação Baseadas na Evidência (Guidelines)	4.6	4	3.2	29	5.6	6	3.1	71
p3_3b_2 Envolvimento de Especialistas na Melhoria dos Cuidados Primários	3.0	2	2.3	29	2.3	2	2.0	71
p3_3b_3 Educação do Prestador para Cuidados dirigidos à Diabetes	3.4	3	2.3	29	3.4	3	2.4	71
p3_3b_4 Informação dos Diabéticos sobre as Normas de Orientação	4.6	4	2.4	29	5.8	6	2.1	71

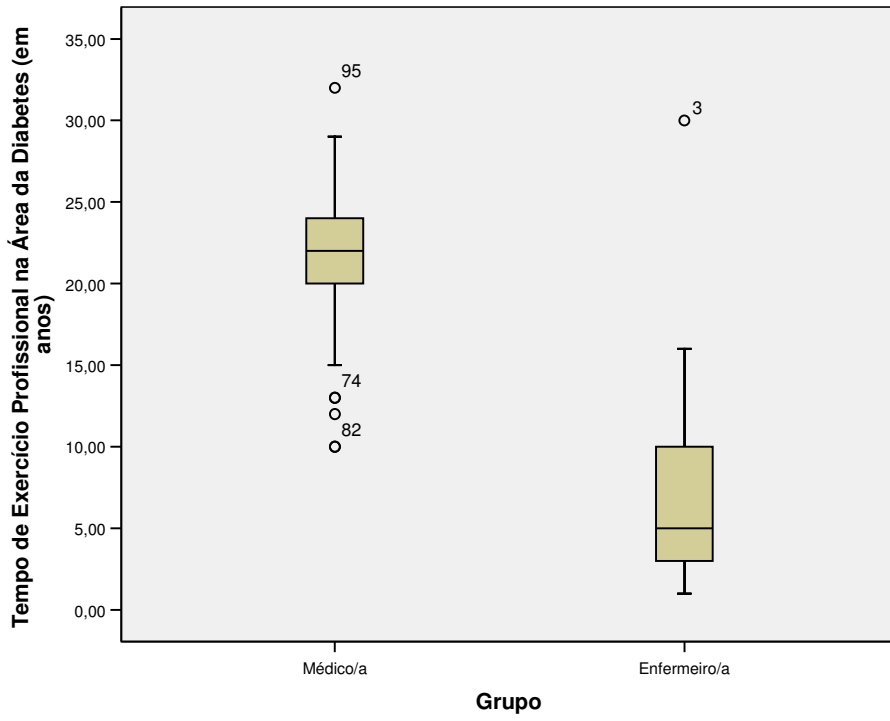
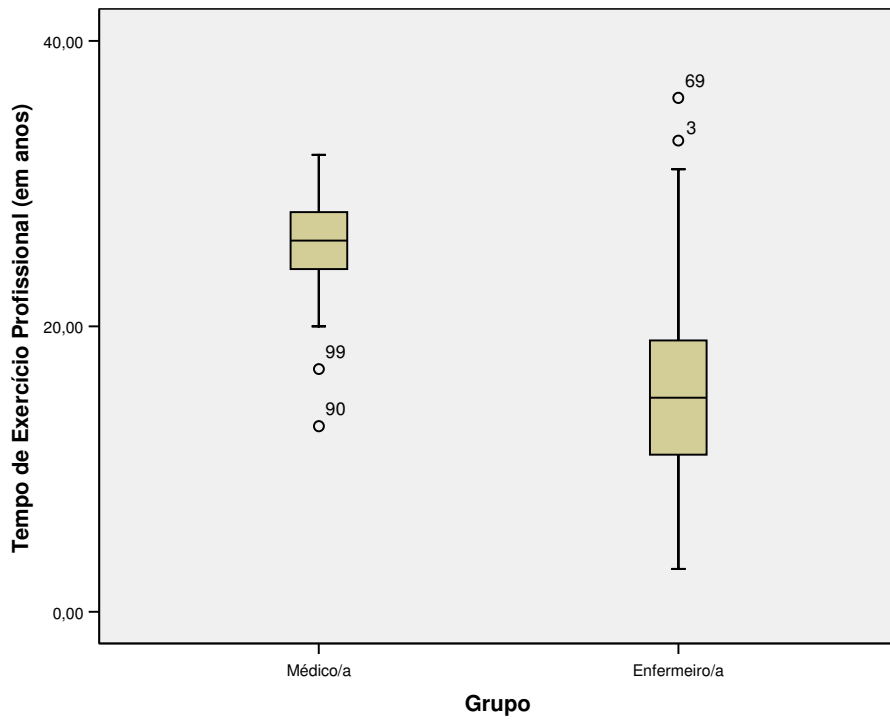
	Grupo							
	Médico/a				Enfermeiro/a			
	Média	Mediana	Desvio Padrão	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	N
p3_3c_1 Funcionamento e Prática de Equipa	4.0	4	2.1	30	4.3	4	1.5	71
p3_3c_2 Liderança e Prática de Equipa	3.9	4	3.0	30	4.8	5	2.4	71
p3_3c_3 Sistema de Marcação de Consultas	4.3	5	2.6	30	6.1	6	1.9	71
p3_3c_4 Seguimento (Follow-up)	4.5	5	2.0	30	6.7	7	2.5	71
p3_3c_5 Consultas Planeadas para Cuidados dirigidos à Diabetes	6.0	6	2.7	29	8.1	8	2.0	71
p3_3c_6 Continuidade de Cuidados	4.9	4	2.0	29	5.7	6	2.4	71

	Grupo							
	Médico/a				Enfermeiro/a			
	Média	Mediana	Desvio Padrão	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	N
p3_3d_1 Registo (Lista de Doentes com Diabetes)	4.5	4	1.8	30	4.2	4	2.7	71
p3_3d_2 Sinais de Alerta (reminders) para os Prestadores	3.1	3	3.0	30	3.0	3	2.1	71
p3_3d_3 Informação de Retorno	2.4	2	2.7	30	2.8	2	2.3	71
p3_3d_4 Informação sobre Sub-grupos Relevantes de Diabéticos a Necessitar dos Serviços diferenciados (estratificação de risco)	2.8	3	3.0	30	3.1	2	2.7	71
p3_3d_5 Planos de Tratamento dos Doentes	3.9	4	3.2	29	5.6	6	2.4	71

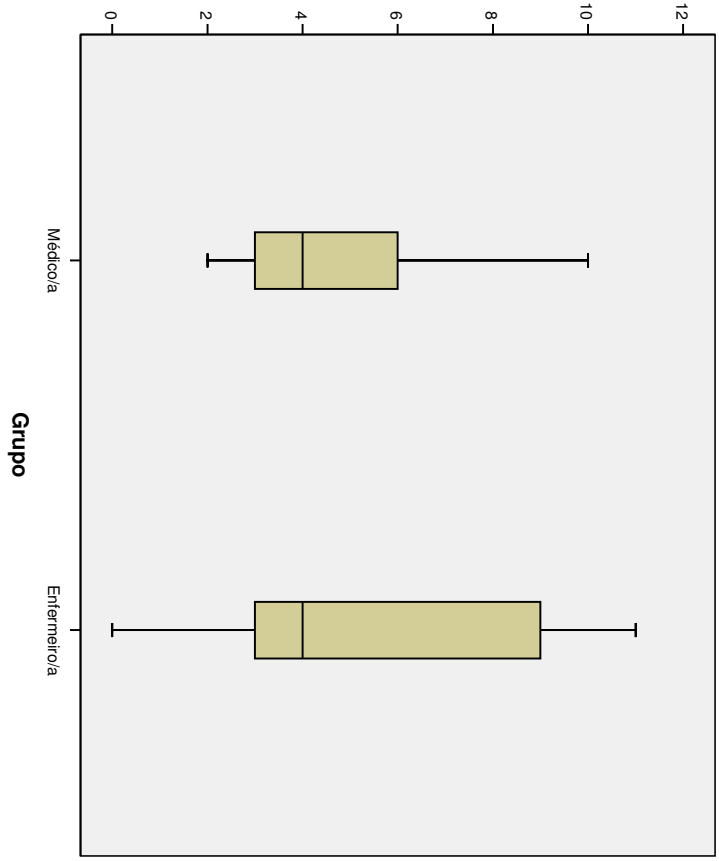
	Grupo							
	Médico/a				Enfermeiro/a			
	Média	Mediana	Desvio Padrão	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	N
p3_3e_1 Informação de Custos Variáveis de Prestação de Cuidados ao Diabético	1.3	1	1.8	29	1.4	0	2.1	71
p3_3e_2 A Gestão de Dados Fornece Informação sobre o Impacto Económico dos Padrões de Prática Médica Individual vs Melhores Práticas	1.1	0	1.7	29	1.1	0	1.7	71
p3_3e_3 Informação sobre Resultados Económicos (identifica Eventos como: Internamentos, Consultas, Visitas ao Serviço de Urgência ...)	1.1	0	1.8	29	1.2	0	2.0	71
p3_3e_4 Informação fornece uma visão global dos Padrões de Prática Específicos da Diabetes, ligando todos os serviços ao doente	1.4	0	2.3	29	1.2	0	1.7	71

	Grupo							
	Médico/a				Enfermeiro/a			
	Média	Mediana	Desvio Padrão	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	N
S1	5.3	5	1.6	30	5.4	5	1.8	71
S2	3.9	3	2.3	29	3.8	4	2.1	71
S3a	4.1	5	2.5	30	6.0	6	1.8	71
S3b	3.9	4	2.1	29	4.3	4	1.7	71
S3c	4.6	5	1.9	30	5.9	6	1.6	71
S3de	2.6	3	2.3	30	2.6	2	1.4	71
S3d	3.4	4	2.5	30	3.8	3	1.9	71
S3e	1.2	1	1.7	29	1.2	1	1.6	71
Stot	3.9	4	1.9	30	4.3	4	1.3	71

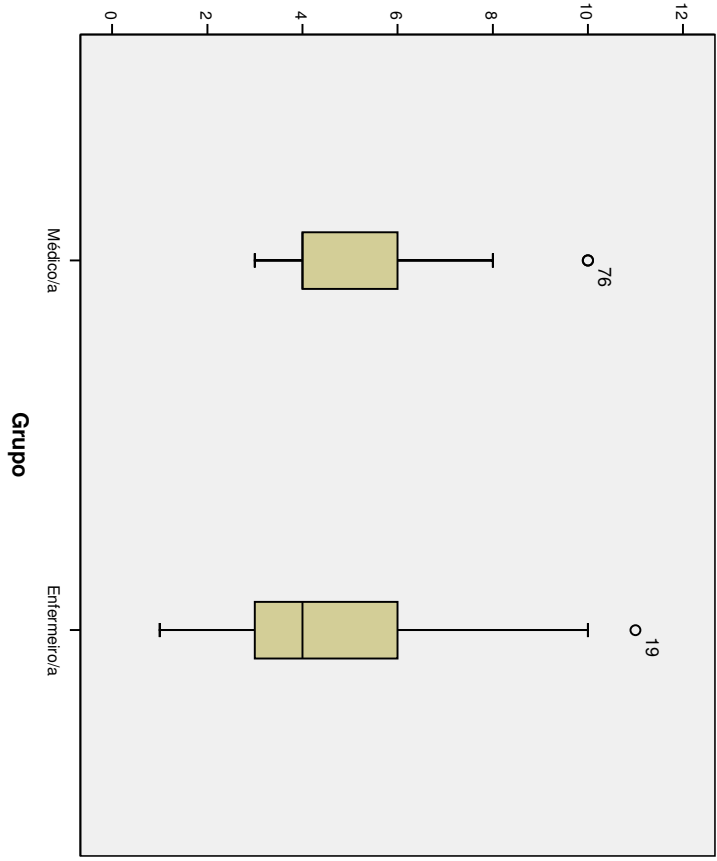
		Grupo			
		Médico/a	Enfermeiro/a	Total	
Stot_1	A	Freq	1	0	1
		% Col	3.3%	.0%	1.0%
	B	Freq	3	13	16
		% Col	10.0%	18.3%	15.8%
	C	Freq	15	56	71
		% Col	50.0%	78.9%	70.3%
	D	Freq	11	2	13
		% Col	36.7%	2.8%	12.9%
Total		Freq	30	71	101
		% Col	100.0%	100.0%	100.0%

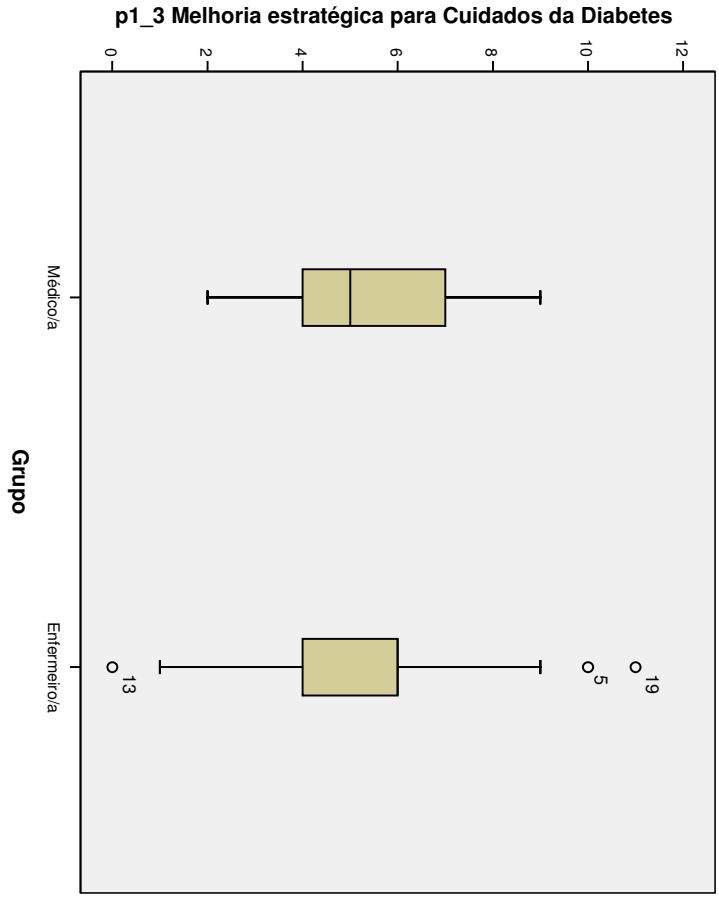
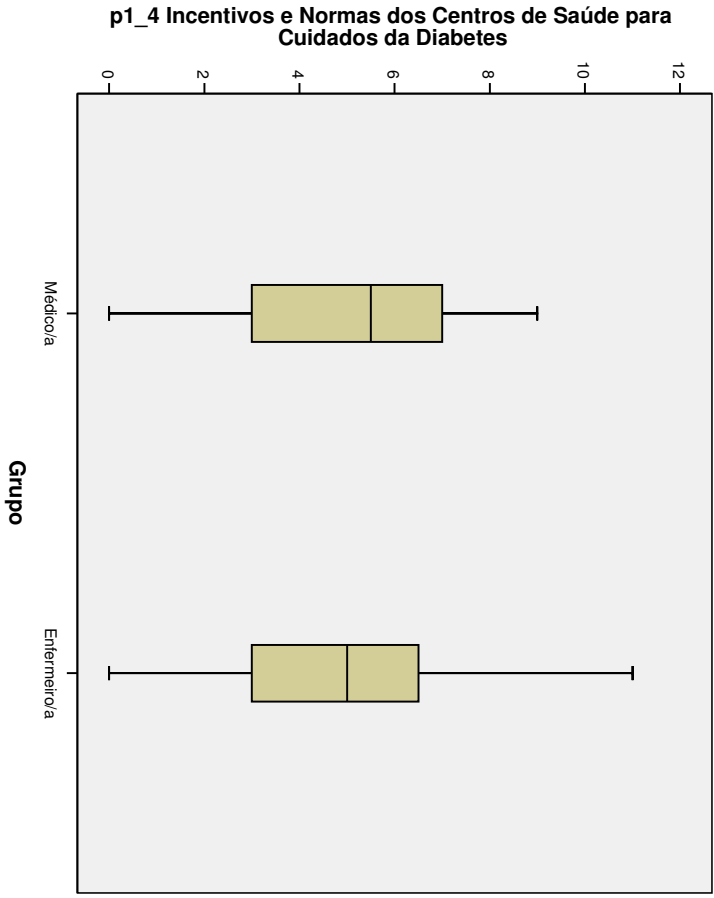


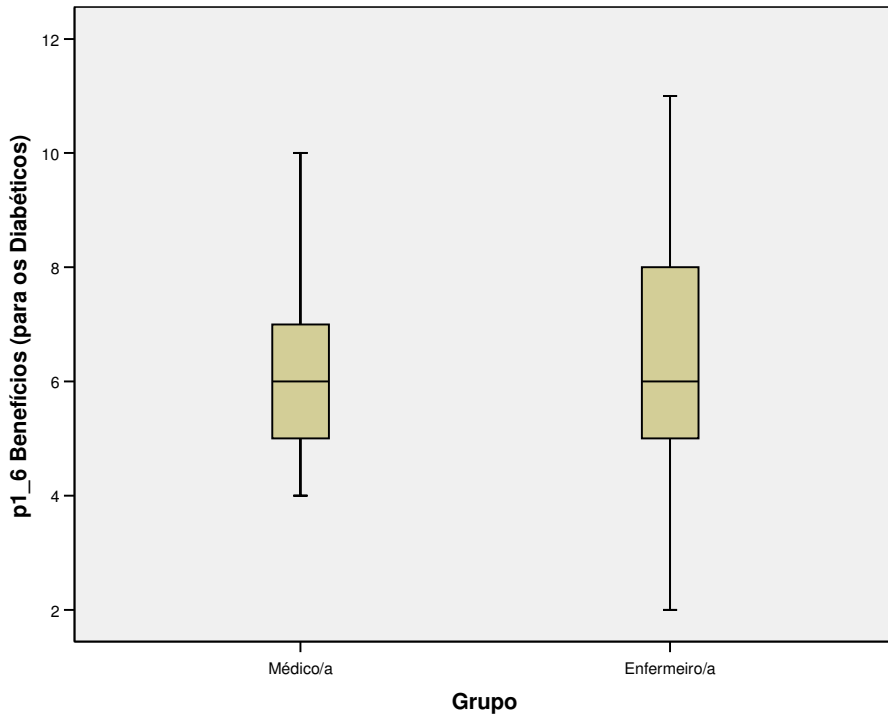
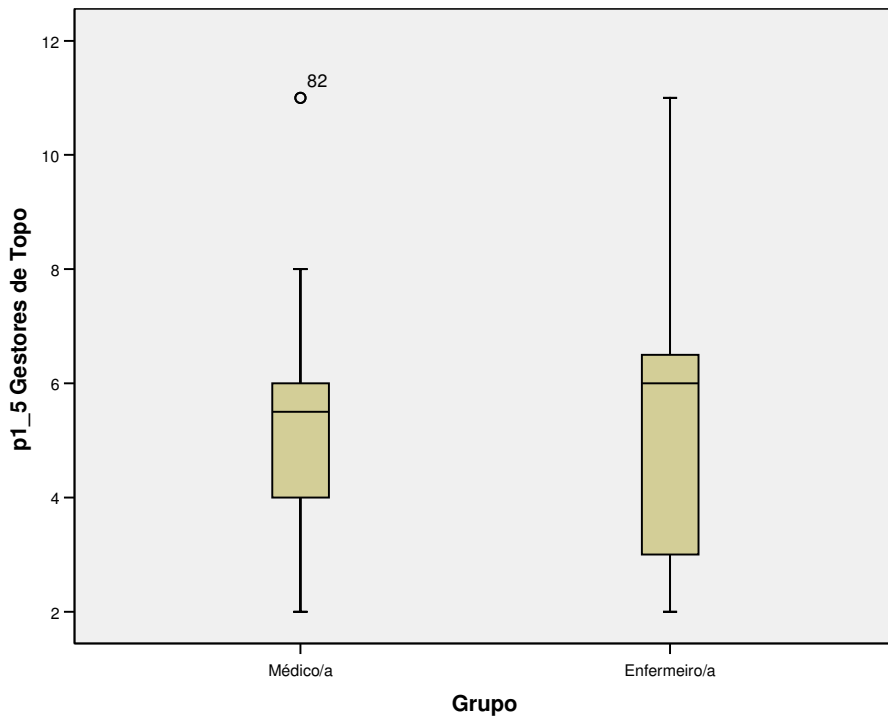
p1_1 Liderança Organizacional Global dos CDC



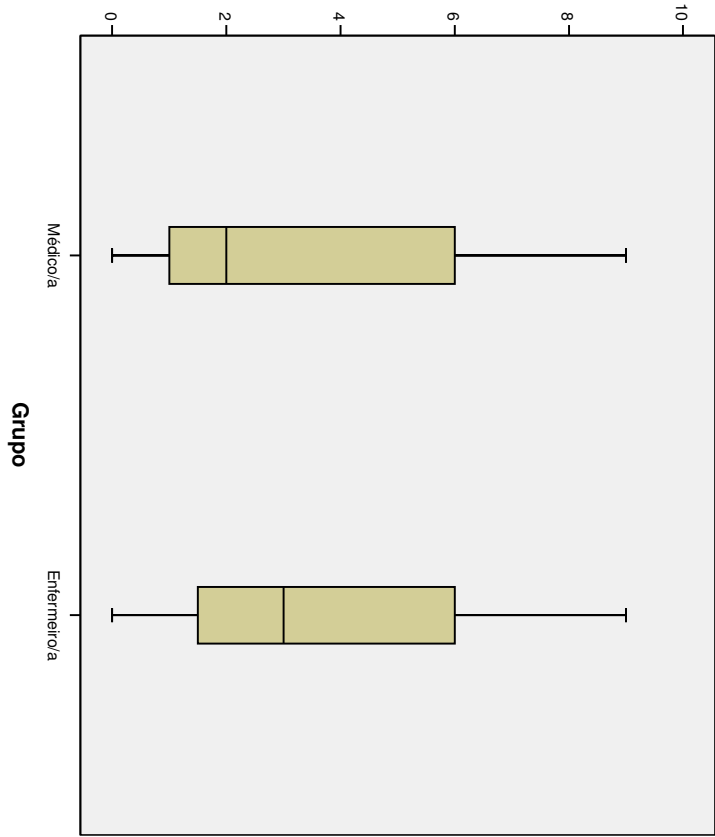
p1_2 Objectivos dos Centros de Saúde para a Diabetes



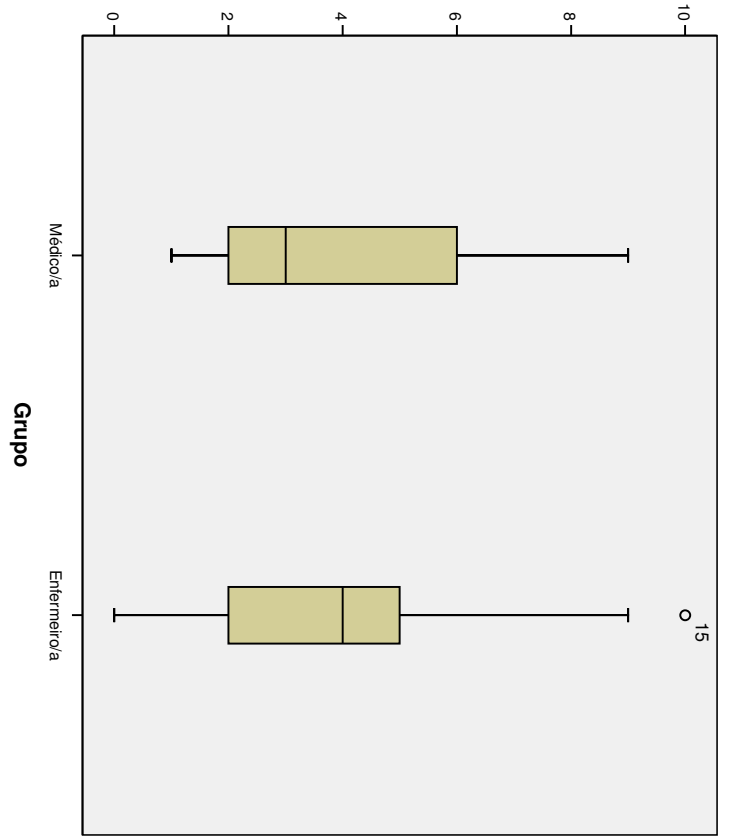




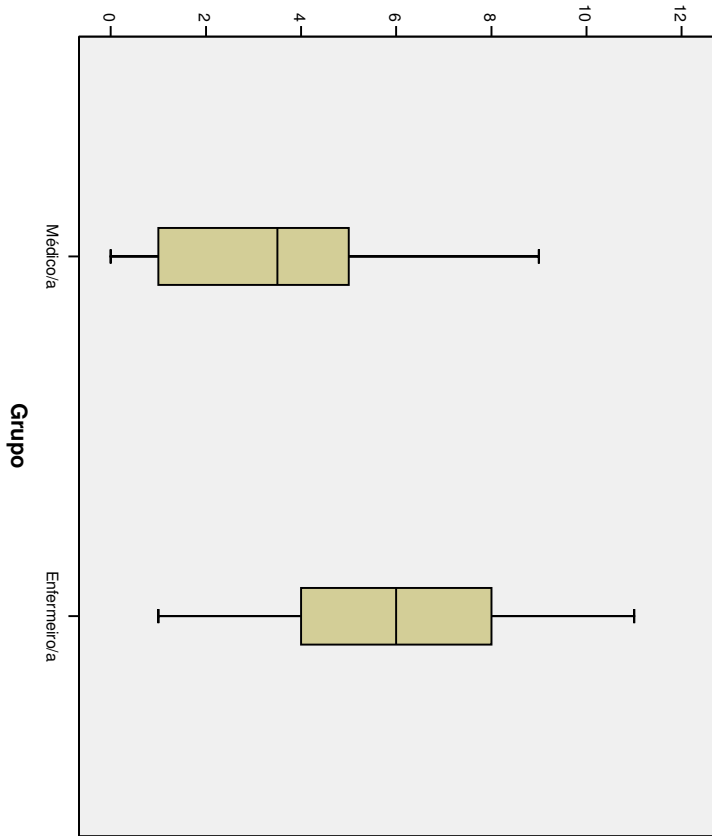
p2_2 Parcerias entre as Organizações Comunitárias e entre Sectores do SNS



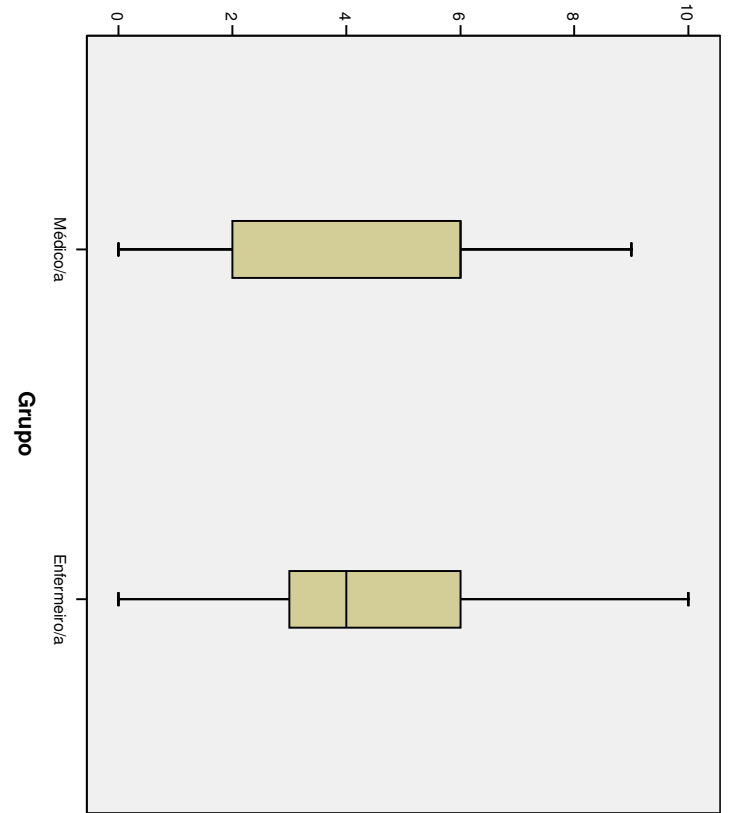
p2_1 Ligação dos Doentes a Recursos Externos (exteriores aos Centros de Saúde)

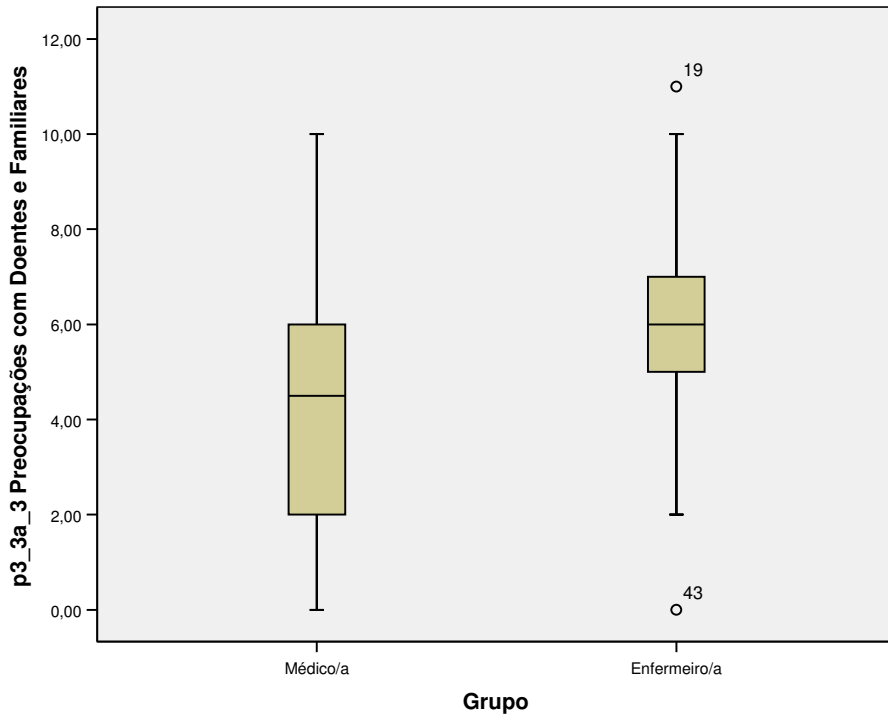
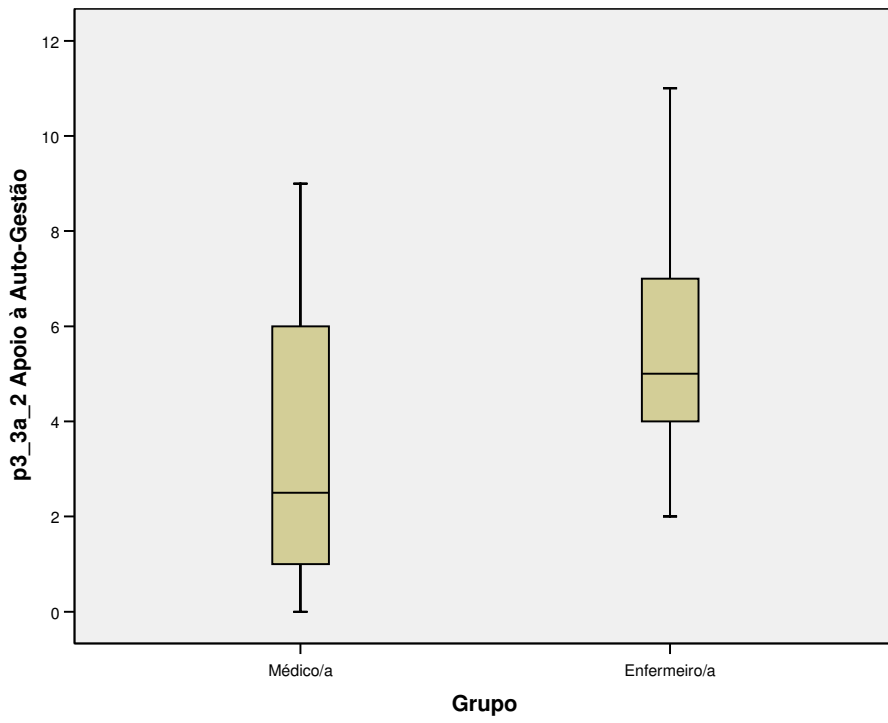


p3_3a_1 Avaliação e Documentação de Actividades e Necessidades de Auto-Gestão

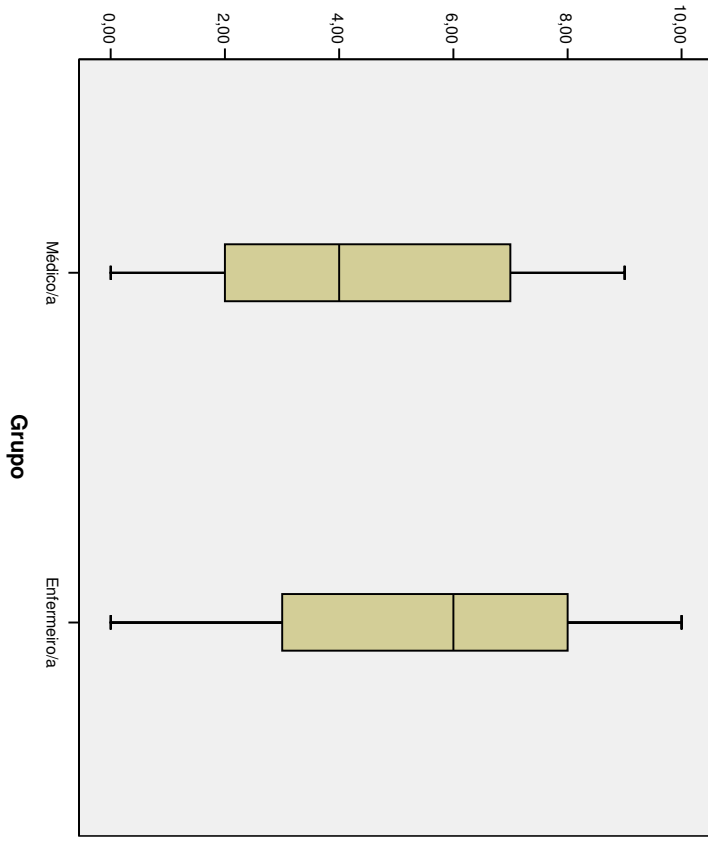


p2_3 Impactos dos Planos de Saúde Nacionais nos Centros de Saúde (considerar o PNCDM ou outros relacionados com a diabetes)

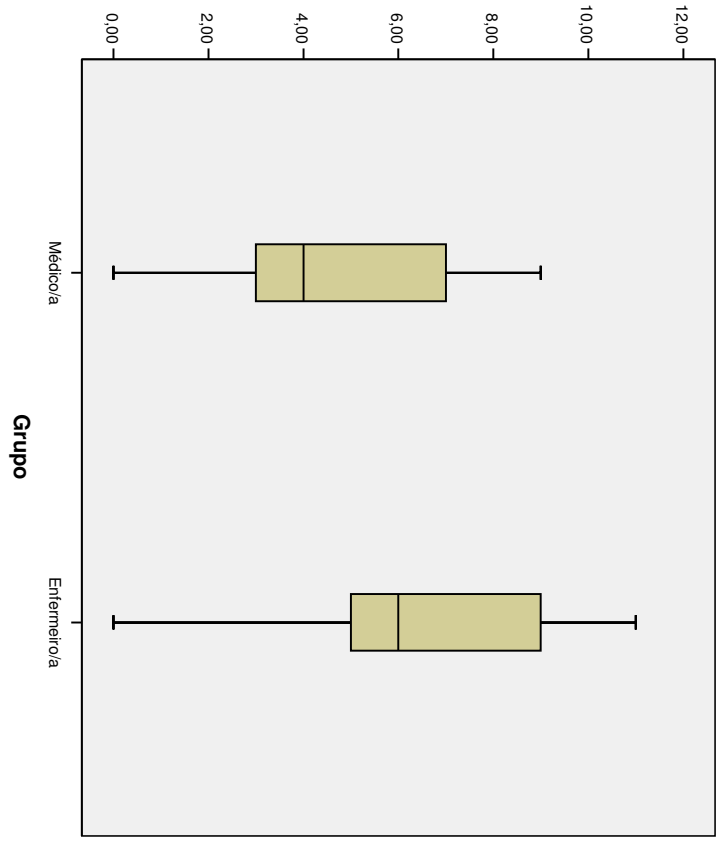




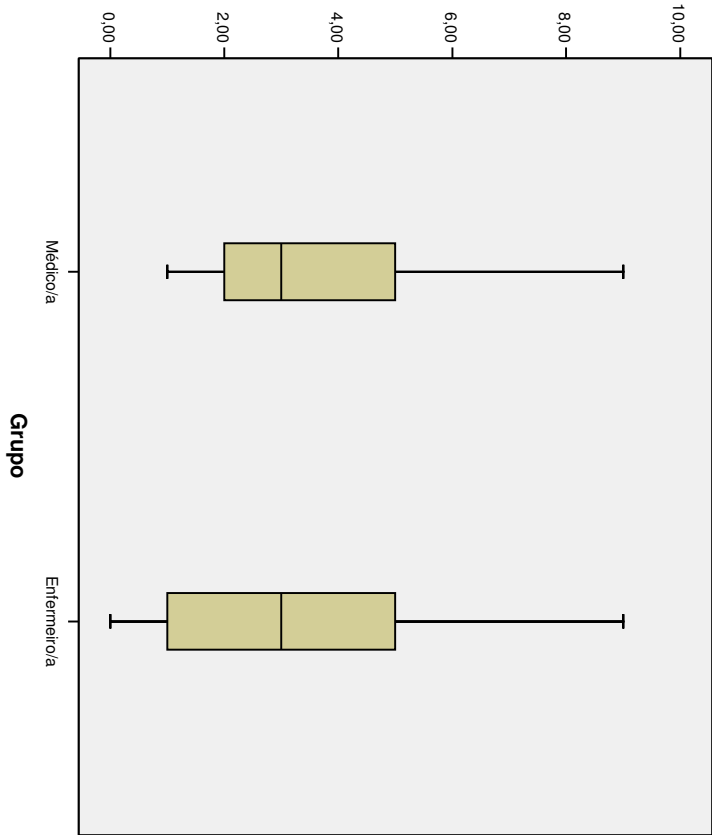
p3_3b_1 Normas de Orientação Baseadas na Evidência (Guidelines)



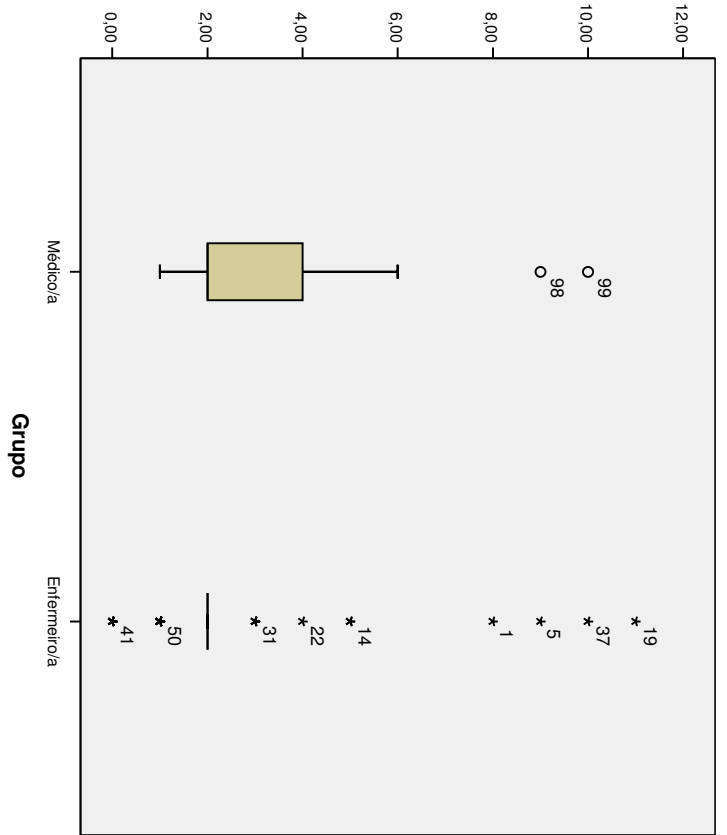
p3_3a_4 Comportamento Efectivo para Intervenções de Mudança e Apoio aos Pares

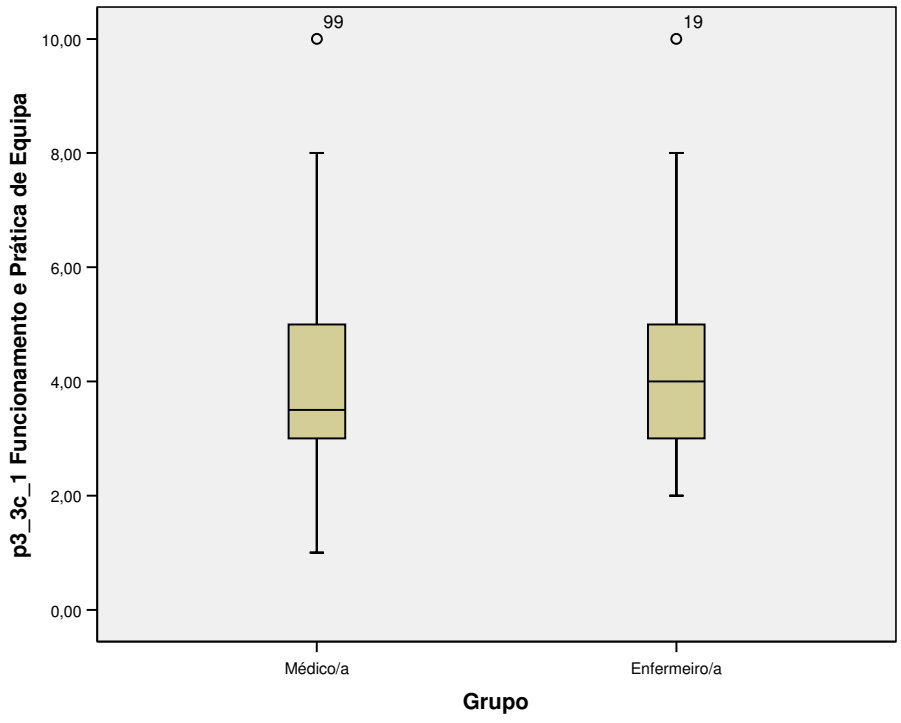
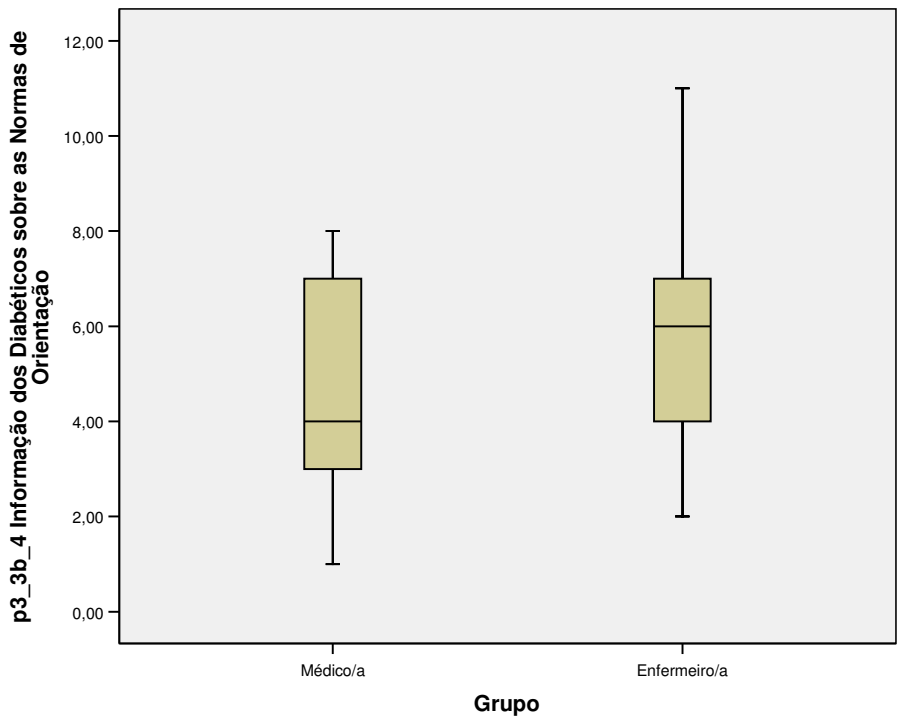


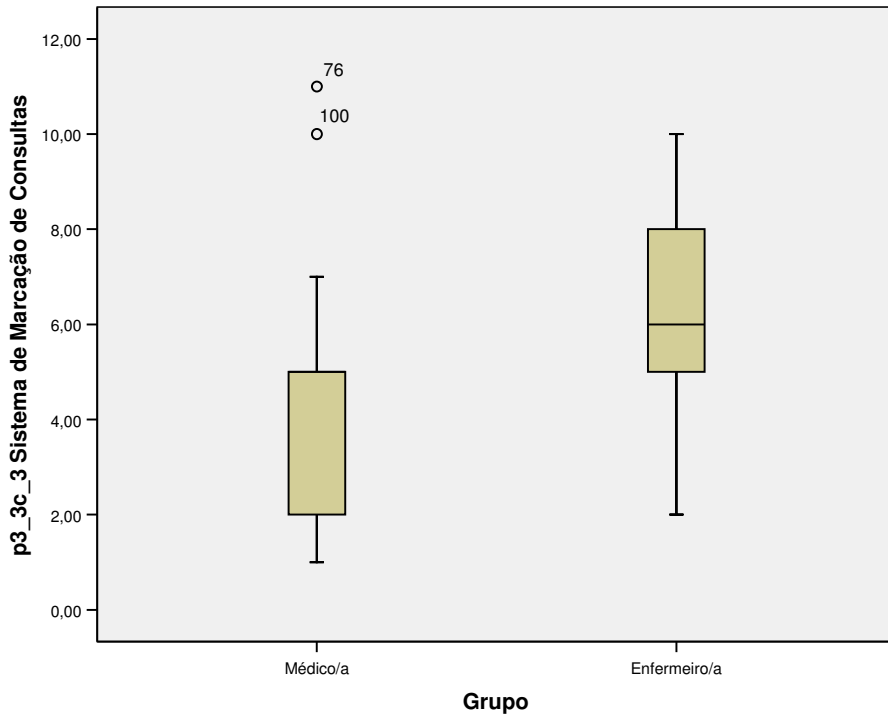
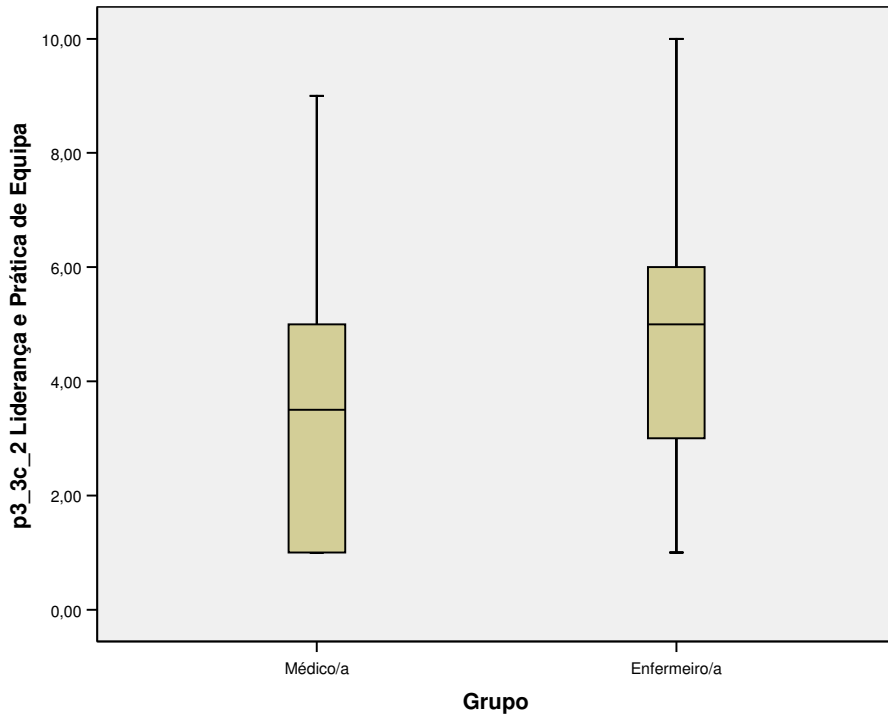
p3_3b_3 Educação do Prestador para Cuidados dirigidos à Diabetes

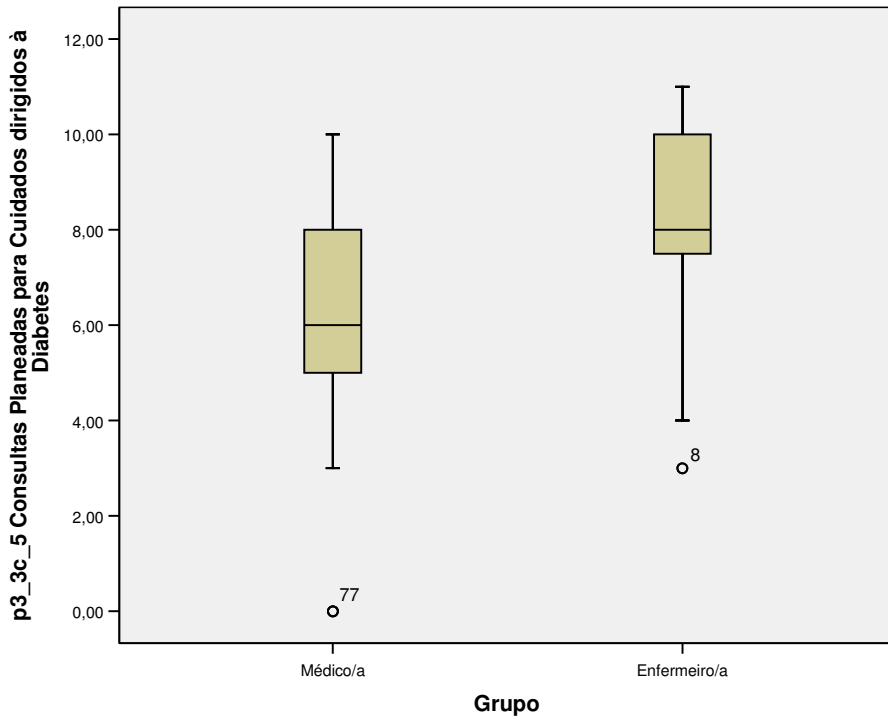
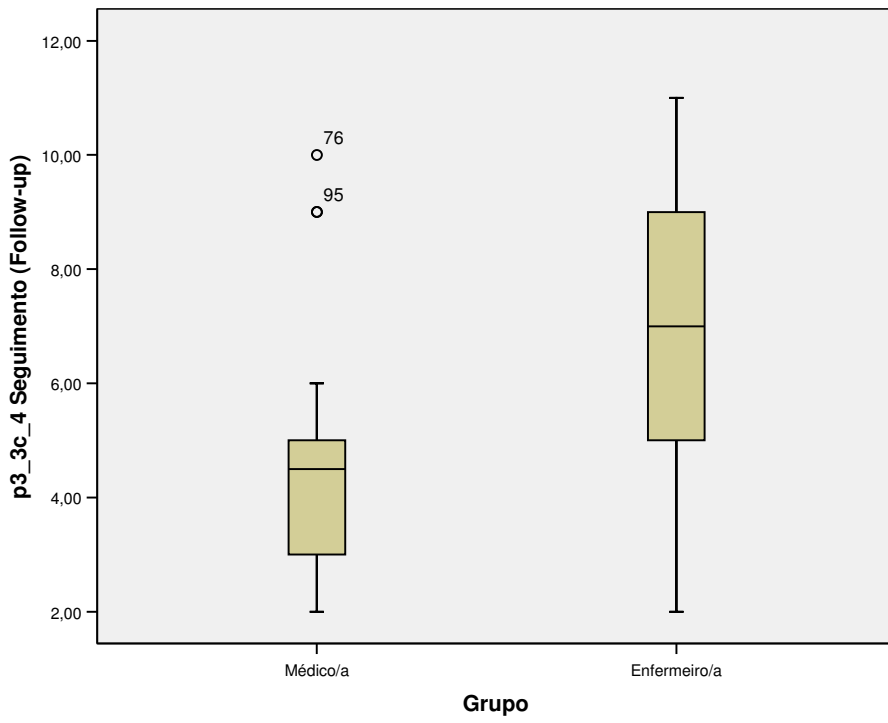


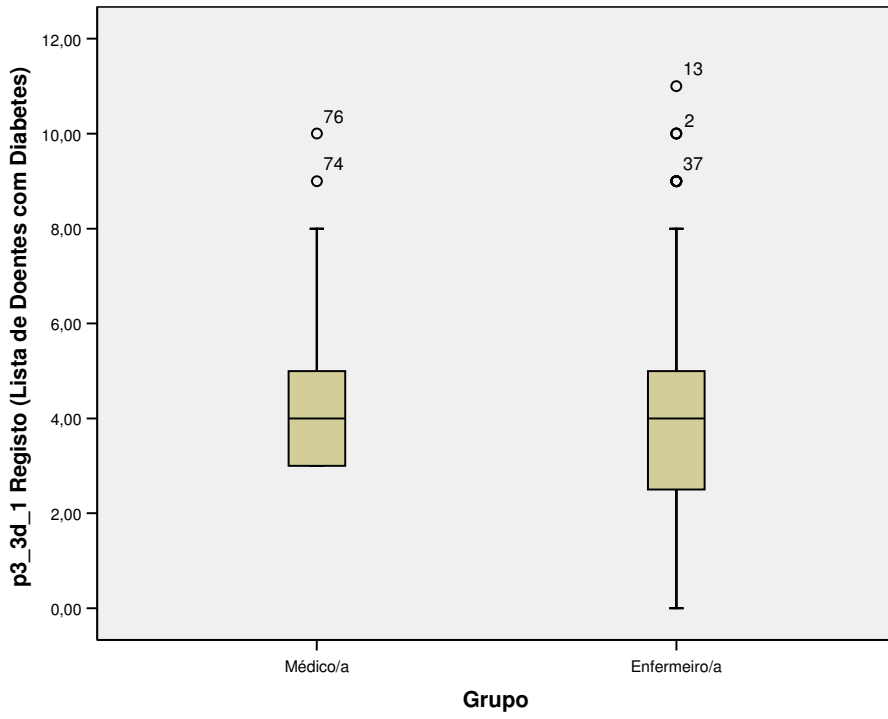
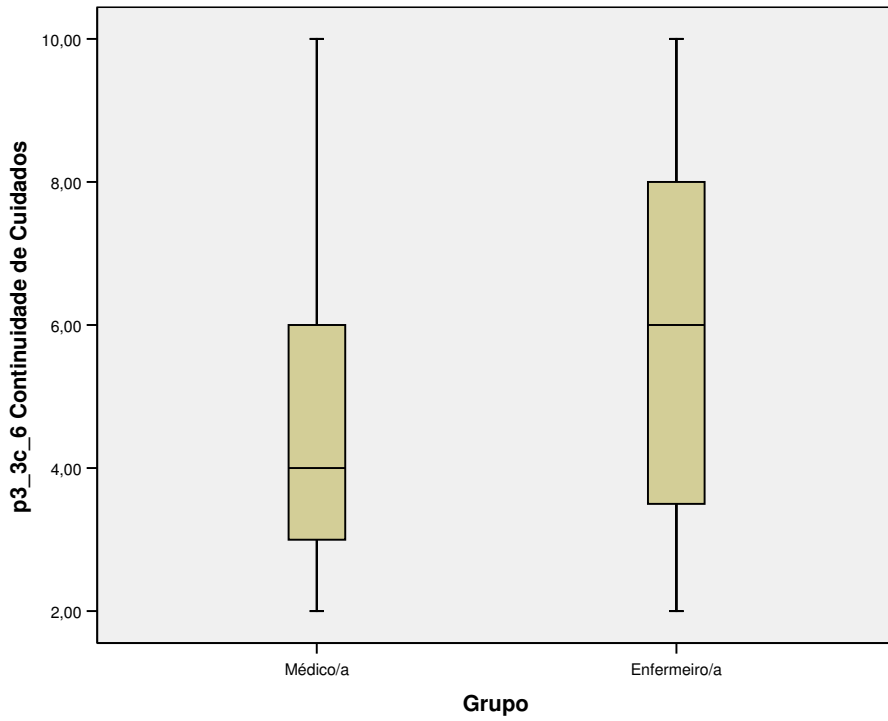
p3_3b_2 Envolvimento de Especialistas na Melhoria dos Cuidados Primários

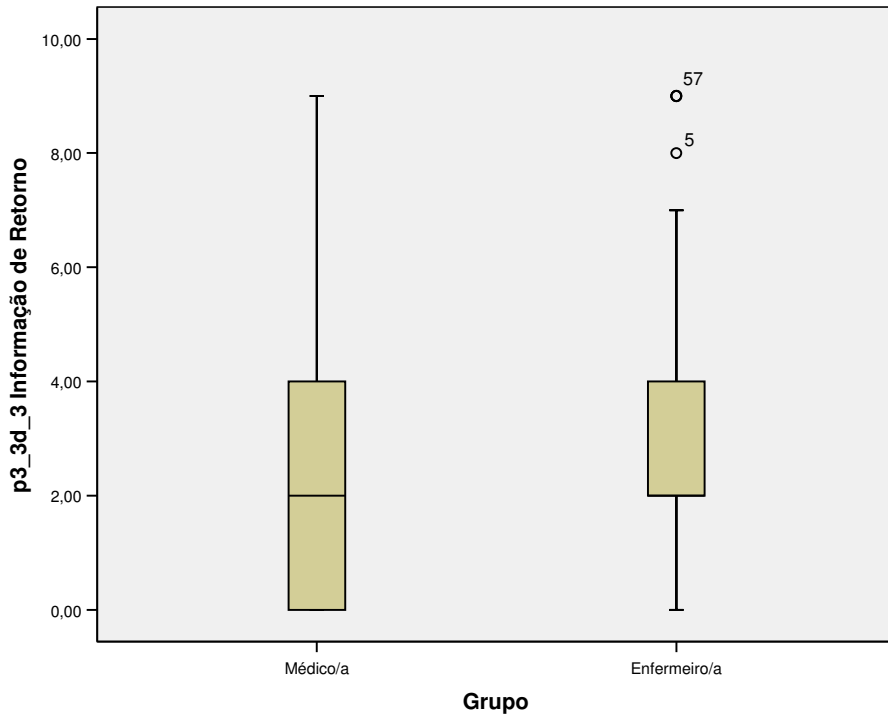
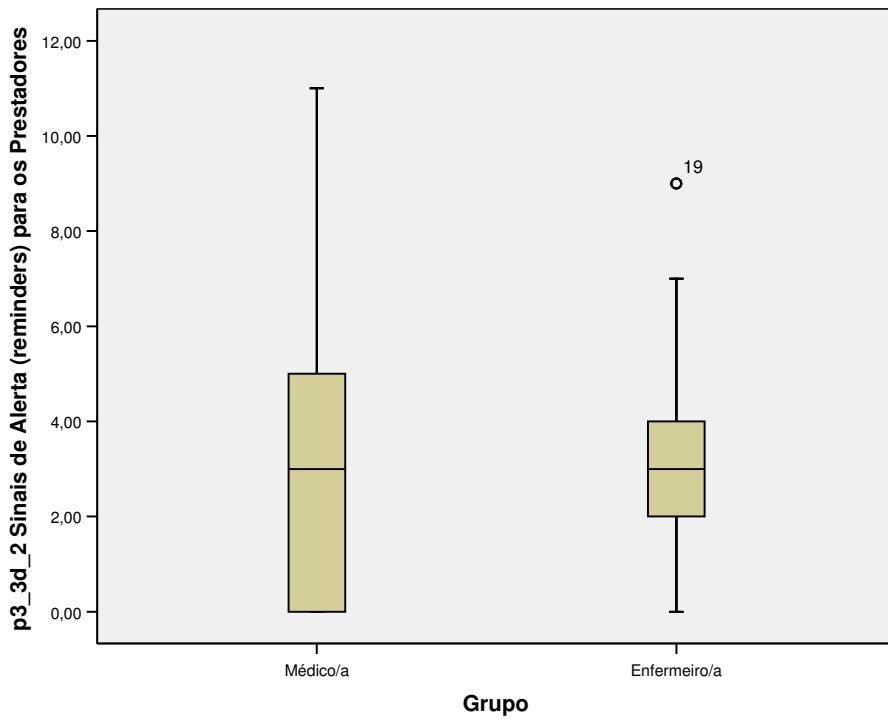


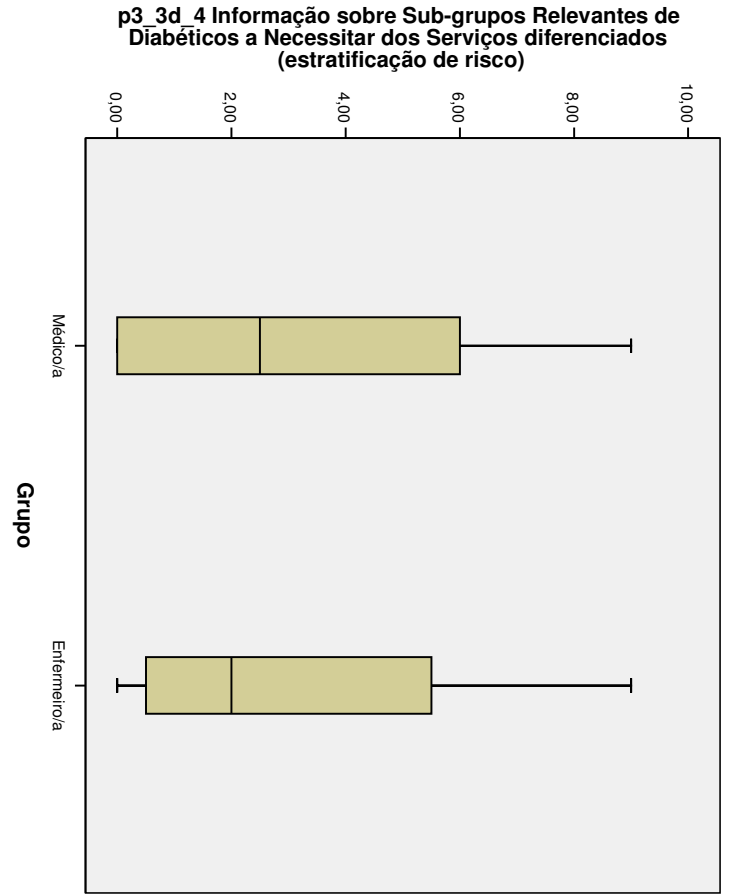
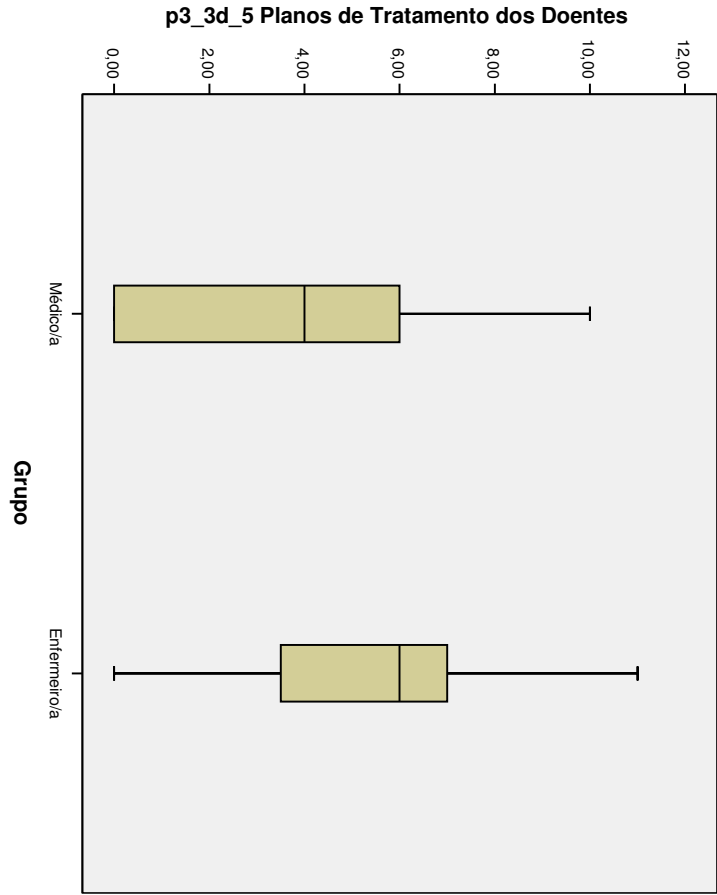




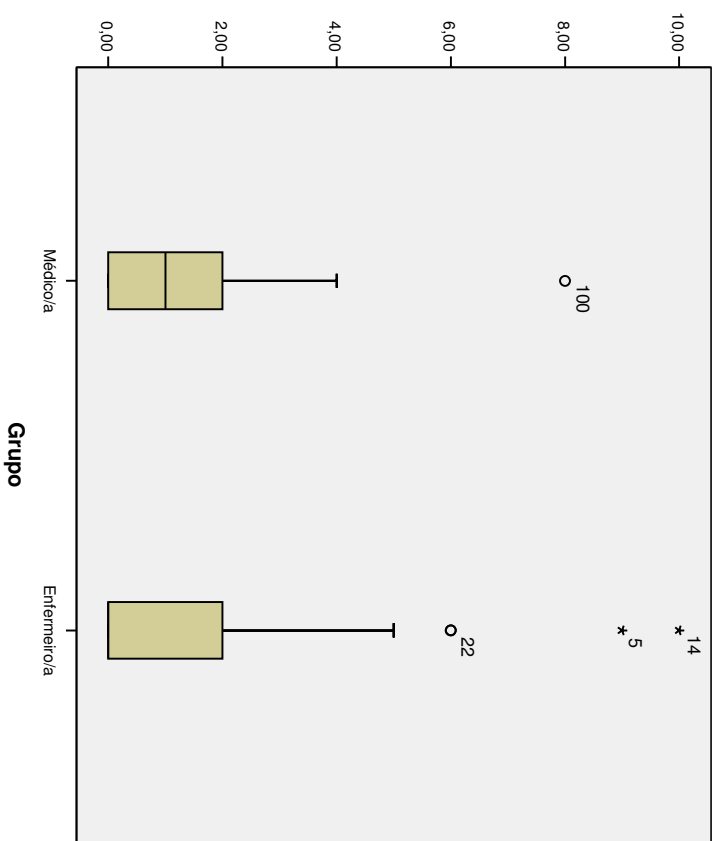




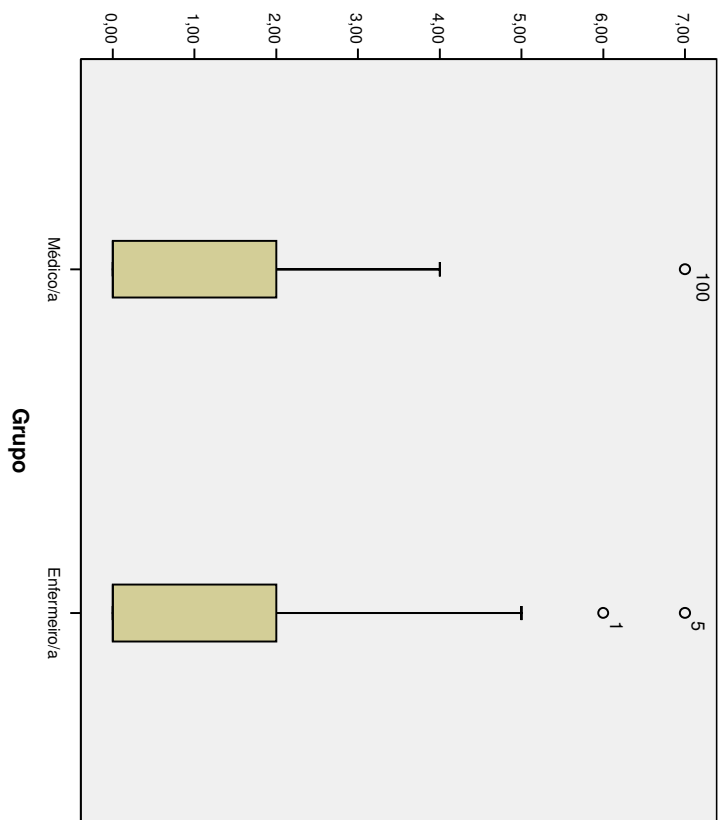




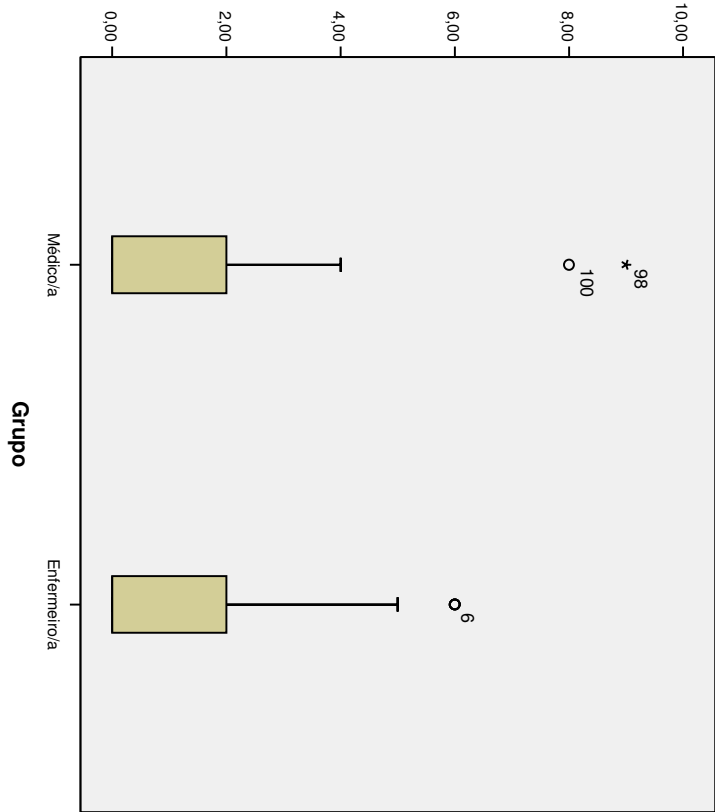
p3_3e_1 Informação de Custos Variáveis de Prestação de Cuidados ao Diabético



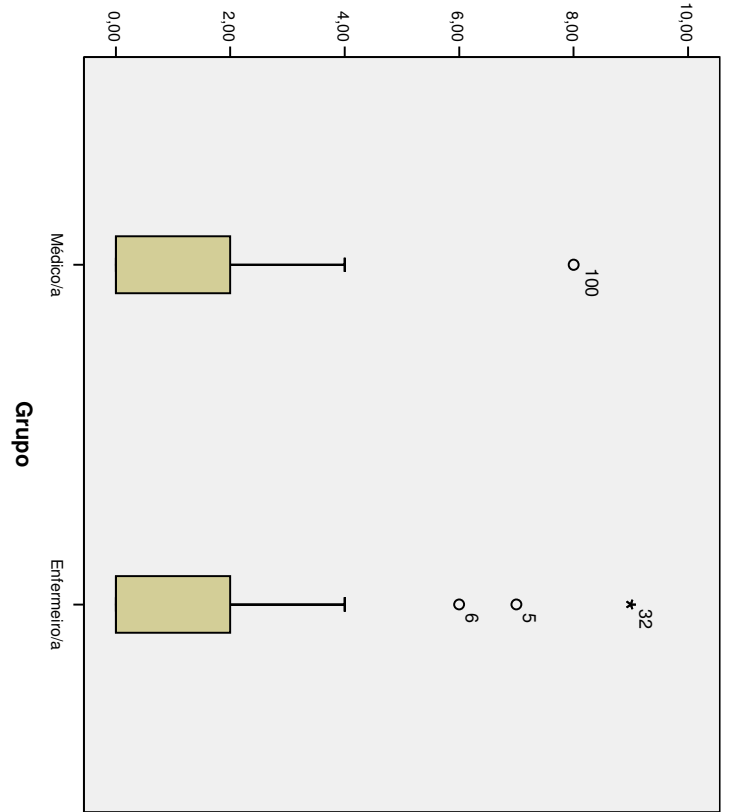
p3_3e_2 A Gestão de Dados Fornece Informação sobre o Impacto Económico dos Padrões de Prática Médica Individual vs Melhores Práticas



p3_3e_4 Informação fornece uma visão global dos Padrões de Prática Específicos da Diabetes, ligando todos os serviços ao doente



p3_3e_3 Informação sobre Resultados Económicos (identifica Eventos como: Internamentos, Consultas, Visitas ao Serviço de Urgência ...)

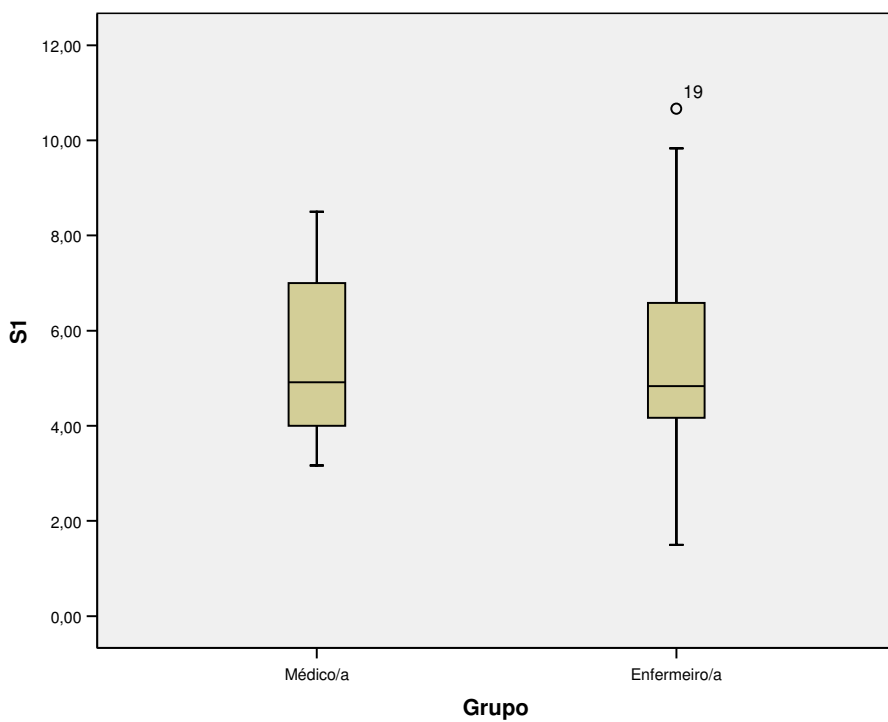


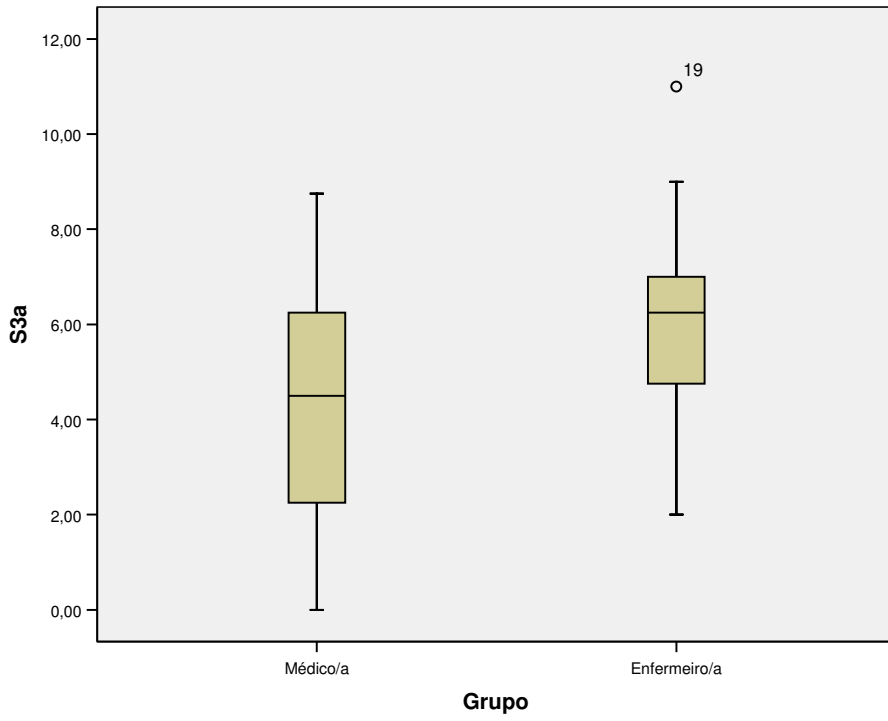
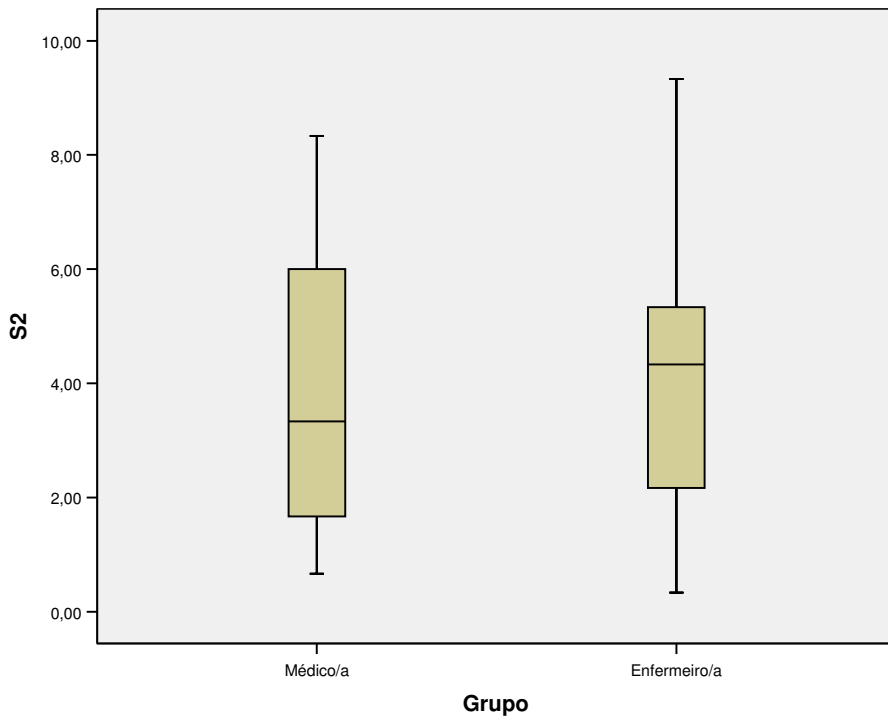
Tests of Normality

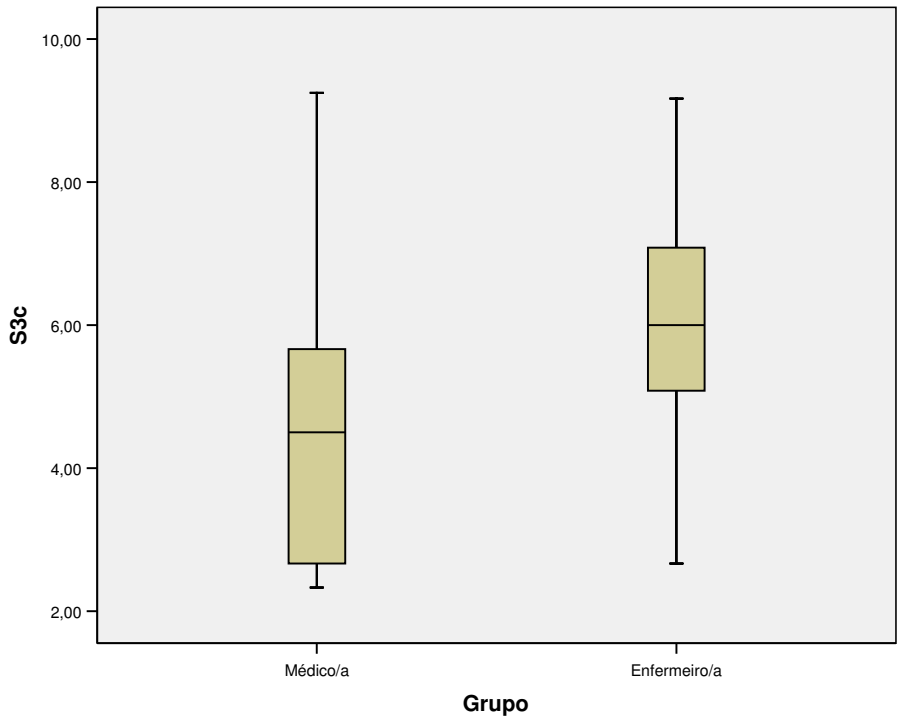
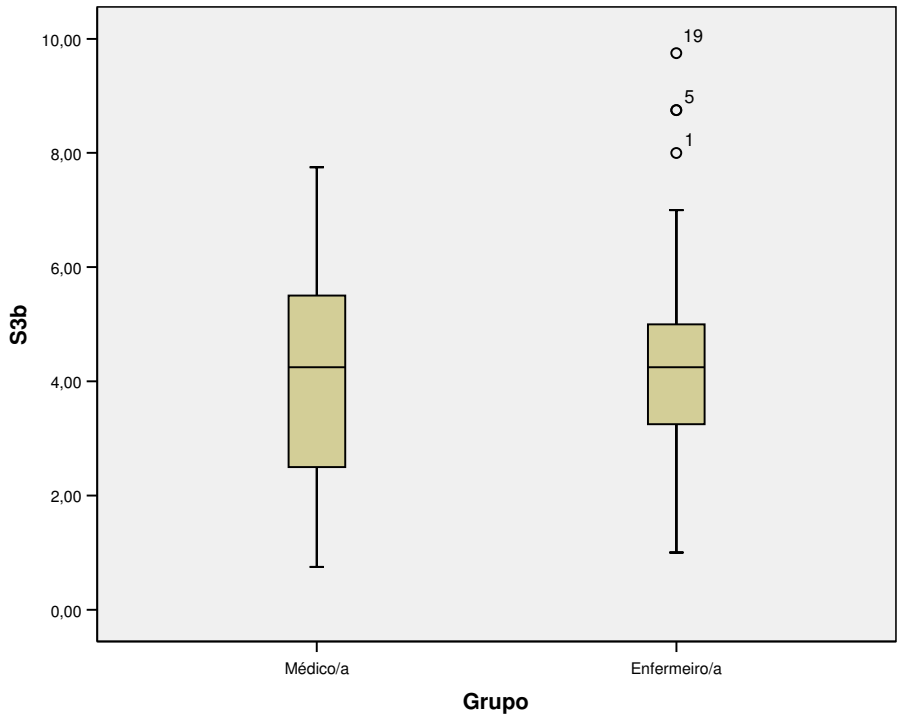
	Grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
S1	Médico/a	.172	30	.024	.913	30	.018
	Enfermeiro/a	.167	71	.000	.928	71	.001
S2	Médico/a	.160	29	.056	.911	29	.018
	Enfermeiro/a	.125	71	.008	.949	71	.006
S3a	Médico/a	.104	30	.200(*)	.962	30	.354
	Enfermeiro/a	.100	71	.076	.978	71	.252
S3b	Médico/a	.120	29	.200(*)	.943	29	.123
	Enfermeiro/a	.164	71	.000	.946	71	.004
S3c	Médico/a	.152	30	.073	.901	30	.009
	Enfermeiro/a	.087	71	.200(*)	.971	71	.093
S3de	Médico/a	.164	30	.039	.835	30	.000
	Enfermeiro/a	.114	71	.022	.950	71	.007
Stot	Médico/a	.148	30	.091	.927	30	.042
	Enfermeiro/a	.133	71	.003	.952	71	.008

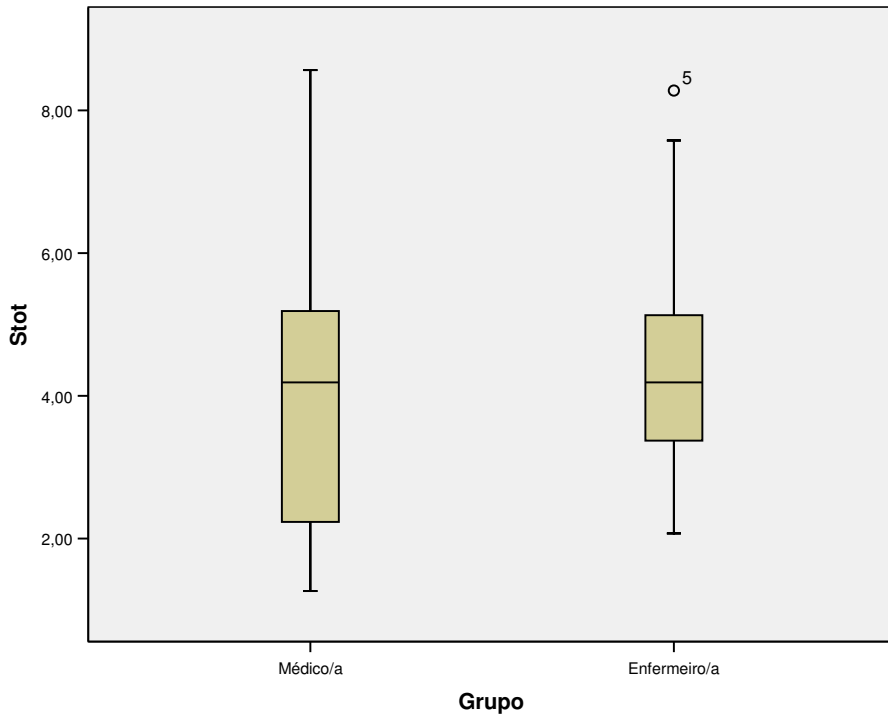
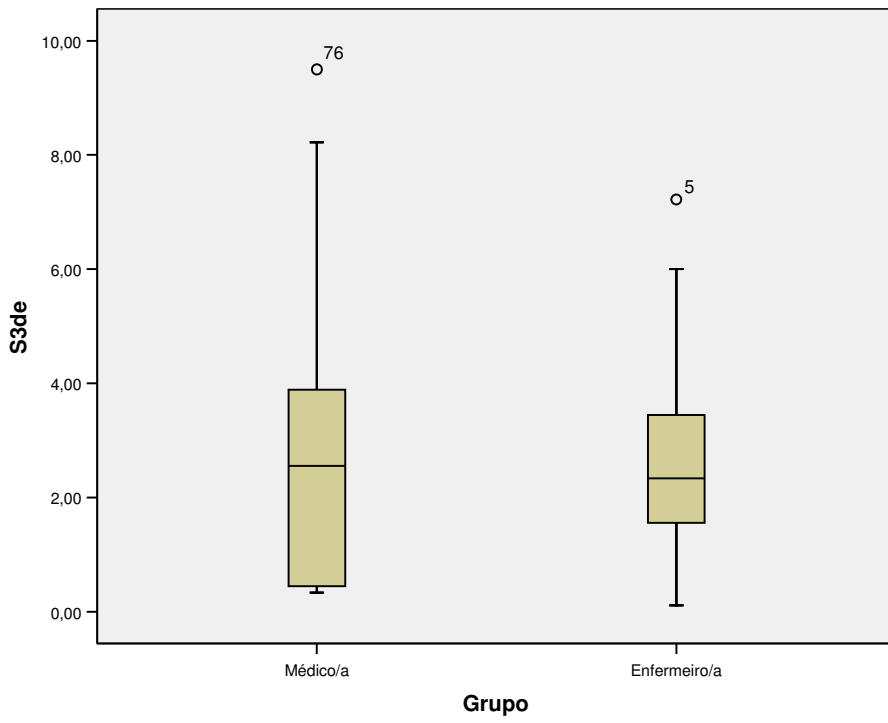
* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction









Group Statistics

	Grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
S3a	Médico/a	30	4.0583	2.47111	.45116
	Enfermeiro/a	71	6.0176	1.77650	.21083

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
S3a	Equal variances assumed	6.997	.009	-4.487	99	.000	-1.95927	.43661	-2.82560	-1.09294
	Equal variances not assumed			-3.934	42.215	.000	-1.95927	.49799	-2.96411	-.95443

Ranks

	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
S1	Médico/a	30	49.07	1472.00
	Enfermeiro/a	71	51.82	3679.00
	Total	101		
S2	Médico/a	29	52.66	1527.00
	Enfermeiro/a	71	49.62	3523.00
	Total	100		
S3a	Médico/a	30	34.33	1030.00
	Enfermeiro/a	71	58.04	4121.00
	Total	101		
S3b	Médico/a	29	48.21	1398.00
	Enfermeiro/a	71	51.44	3652.00
	Total	100		
S3c	Médico/a	30	35.38	1061.50
	Enfermeiro/a	71	57.60	4089.50
	Total	101		
S3de	Médico/a	30	47.42	1422.50
	Enfermeiro/a	71	52.51	3728.50
	Total	101		
S3d	Médico/a	30	48.30	1449.00
	Enfermeiro/a	71	52.14	3702.00
	Total	101		
S3e	Médico/a	29	50.41	1462.00
	Enfermeiro/a	71	50.54	3588.00
	Total	100		
Stot	Médico/a	30	45.63	1369.00
	Enfermeiro/a	71	53.27	3782.00
	Total	101		

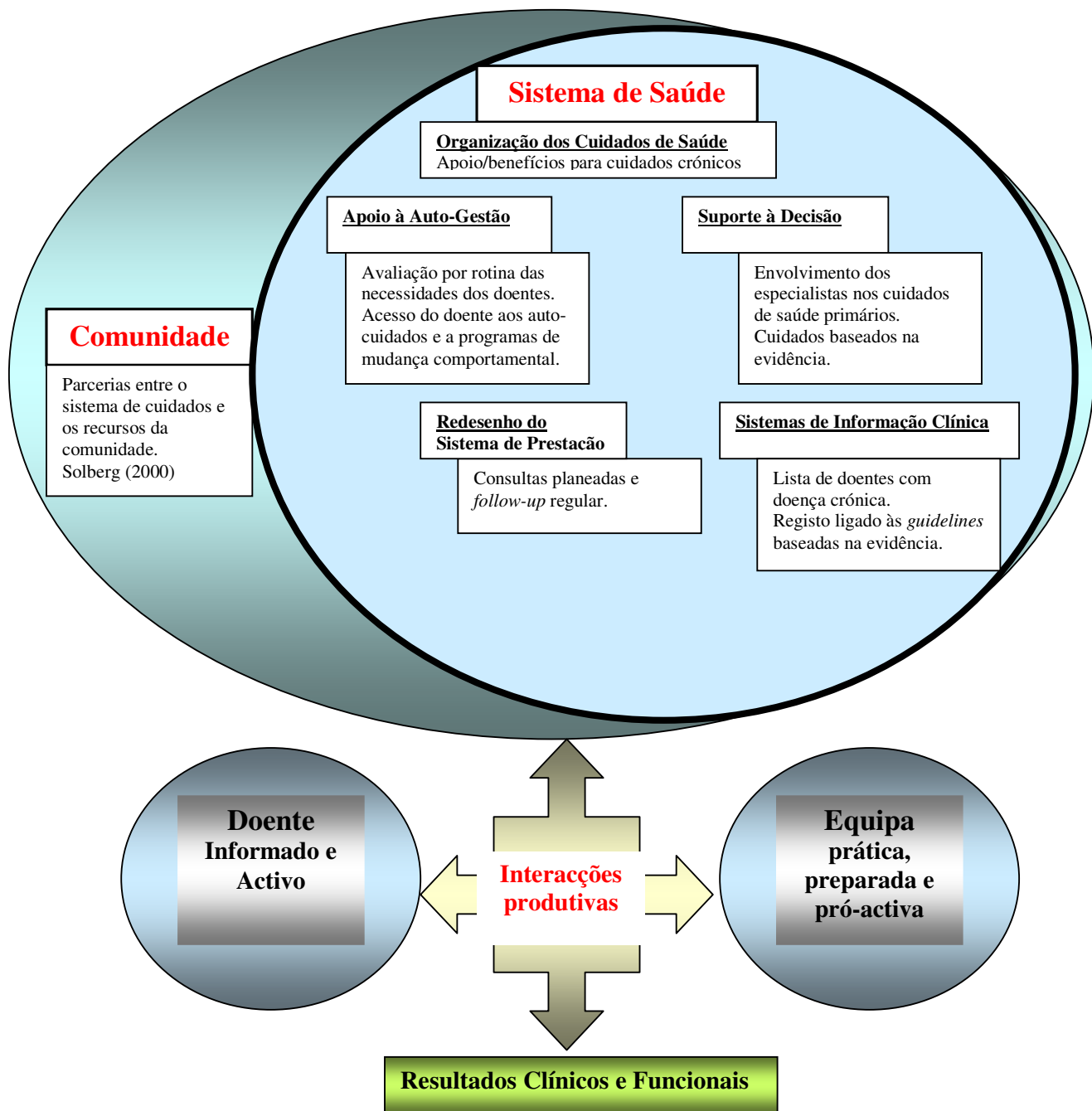
Test Statistics(a)

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
S1	1007.000	1472.000	-.432	.666
S2	967.000	3523.000	-.476	.634
S3a	565.000	1030.000	-3.724	.000
S3b	963.000	1398.000	-.506	.613
S3c	596.500	1061.500	-3.488	.000
S3de	957.500	1422.500	-.800	.424
S3d	984.000	1449.000	-.603	.547
S3e	1027.000	1462.000	-.020	.984
Stot	904.000	1369.000	-1.197	.231

a Grouping Variable: Grupo

		Tempo de Exercício Profissional (recodificada)				
		9 ou menos anos	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 ou mais
S1	Média	5.6	5.2	5.3	5.1	5.7
	Mediana	5	5	5	4	6
	Desvio Padrão	1.9	2.0	1.8	1.7	1.6
	N	13	18	25	18	27
S2	Média	4.4	3.5	3.9	2.9	4.2
	Mediana	5	3	4	3	5
	Desvio Padrão	2.1	2.3	2.2	2.0	2.1
	N	13	18	25	18	26
S3a	Média	6.4	5.9	6.0	4.1	5.0
	Mediana	7	6	6	5	6
	Desvio Padrão	1.9	1.7	2.1	2.1	2.4
	N	13	18	25	18	27
S3b	Média	4.6	4.0	4.6	3.5	4.1
	Mediana	5	4	4	4	4
	Desvio Padrão	1.7	2.1	1.7	2.0	1.8
	N	13	18	25	18	26
S3c	Média	5.4	5.9	6.4	5.0	5.0
	Mediana	6	6	7	5	5
	Desvio Padrão	1.4	1.8	1.7	1.8	1.7
	N	13	18	25	18	27
S3de	Média	3.0	2.5	2.4	2.1	2.9
	Mediana	3	3	2	2	3
	Desvio Padrão	1.5	1.6	1.2	1.6	2.2
	N	13	18	25	18	27
S3d	Média	4.2	3.5	3.8	2.8	3.9
	Mediana	4	3	3	3	4
	Desvio Padrão	2.0	1.8	2.1	1.7	2.3
	N	13	18	25	18	27
S3e	Média	1.6	1.2	.7	1.3	1.5
	Mediana	1	1	0	0	1
	Desvio Padrão	1.9	1.7	1.0	1.7	1.8
	N	13	18	25	18	26
Stot	Média	4.6	4.2	4.4	3.5	4.3
	Mediana	4	4	4	4	4
	Desvio Padrão	1.4	1.5	1.2	1.4	1.8
	N	13	18	25	18	27

		Tempo de Exercício Profissional na Área da Diabetes (recodificada)					
		4 ou menos anos	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 ou mais
S1	Média	5.3	5.5	5.8	4.2	4.9	6.0
	Mediana	5	5	5	4	5	6
	Desvio Padrão	1.7	2.1	2.0	.2	1.3	1.7
	N	27	23	21	5	17	7
S2	Média	3.5	4.3	3.9	2.1	3.7	4.3
	Mediana	4	5	4	1	3	6
	Desvio Padrão	2.0	2.4	1.7	2.0	2.4	2.7
	N	27	23	21	5	17	6
S3a	Média	6.0	5.7	5.9	5.1	3.9	4.9
	Mediana	7	6	6	7	4	6
	Desvio Padrão	1.7	1.7	2.1	2.4	2.5	3.4
	N	27	23	21	5	17	7
S3b	Média	4.0	4.0	5.0	3.2	3.9	3.9
	Mediana	4	4	5	4	4	5
	Desvio Padrão	1.2	2.1	1.9	1.6	2.2	2.4
	N	27	23	21	5	17	6
S3c	Média	5.8	5.9	6.0	5.0	4.4	5.4
	Mediana	6	6	6	5	5	6
	Desvio Padrão	1.5	1.7	1.8	1.9	1.8	2.3
	N	27	23	21	5	17	7
S3de	Média	2.6	2.8	2.7	1.4	2.1	3.7
	Mediana	2	2	3	1	2	4
	Desvio Padrão	1.1	1.9	1.2	.8	2.1	3.1
	N	27	23	21	5	17	7
S3d	Média	3.7	3.8	4.0	2.2	2.9	4.8
	Mediana	3	3	3	2	3	5
	Desvio Padrão	1.6	2.0	2.0	1.1	2.3	3.3
	N	27	23	21	5	17	7
S3e	Média	1.1	1.7	1.0	.4	1.2	1.2
	Mediana	1	1	1	0	0	1
	Desvio Padrão	1.4	2.1	1.0	.9	2.0	1.4
	N	27	23	21	5	17	6
Stot	Média	4.2	4.4	4.5	3.2	3.5	4.7
	Mediana	4	4	4	3	4	5
	Desvio Padrão	1.0	1.5	1.3	1.0	1.8	2.6
	N	27	23	21	5	17	7



Modelo de Cuidados Crónicos

Solberg, 2000; Clark & Nothwehr, 1997; Clark et al, 1998; Greenfield et al, 1985, 1988; Lorig et al, 1999; Padgett et al, 1988; Von Korf et al, 1997; Aubert et al, 1998; Beck et al, 1997; Graham & West, 1996; Weinberger et al, 1989; 1991; Maisiak et al, 1996; Schwartz et al, 1990; Wasson et al, 1992; Ayanaiian, 2000; Grimshaw & Russell, 1993; Katon et al, 1999; McCulloch et al, 2000; 1994; Thomson O'Brien et al, 2000; Woolf et al, 1999; Glantz & Scholl, 1982; Johnston et al, 1994; Lobach & Hammond, 1997; Macharia et al, 1992; Macharia et al, 1992; Stason et al, 1994; Payne, 2000), citado por Guerra (2002, p. 165)

ERRATA

Página	Linha	Onde se lê	Leia-se
2	22	(...) parece-nos que poder depreender que (...)	(...) parece-nos poder depreender que (...)
7	30	Com tudo isto é necessário, este novo (...)	Como tudo isto é necessário, este novo (...)
8	16	(...) na dissertação, pretende dar a conhecer uma caracterização da (...)	(...) na dissertação, pretende não só, fazer referência às opções metodológicas, assim como dar a conhecer a caracterização (...)
28	27	- não organização dos sistemas de informação (...)	- na não organização dos sistemas de informação(...)
35	5	(...) a ideia de reformar a gestão tradicional em saúde, e mudar para uma gestão integrada, é um passo que, apesar de acertado, `e delicado, porque implica uma nova maneira de pensar em todos os agentes prestadores, e a todos os níveis do sistema de saúde. Mas é precisamente como incitadores de mudança, como pedras que caindo no lago propagam ondas, que estes modelos estão a dar os primeiros passos, embora titubeantes.	(...) a reforma da gestão tradicional em saúde, no sentido de uma gestão integrada, é uma mudança delicada, porque implica não só um novo modo de pensar em todos os agentes prestadores, assim como a todos os níveis do próprio sistema de saúde. Todavia este será certamente o caminho a percorrer no sentido da optimização dos custos.
35	19	(...) em saúde, isto é ganho em qualidade de vida (...)	(...) em saúde, isto é, ganho em qualidade de vida (...)
42	31	(...) patologias crónicas, Navarro (2004)	(...) patologias crónicas. Navarro (2004)
45	9	3.1.1 – Origem e Definição	3.2.1 – Origem e Definição
45	10	(...) conceito de Gestão do Doença.	(...) conceito de Gestão da Doença.
45	23	(...) graves e as que tinham maior risco de levar de levar a gastos	(...) graves e os que tinham maior risco de levar a gastos elevados (...)

		elevados (...)	
46	9	(...) dizendo, “ <i>Colaboradores e (...)</i> ”	(...) dizendo que, “ <i>Colaboradores e (...)</i> ”
53	14	(...) cuidados de saúde e relação, entre (...)	(...) cuidados de saúde e a relação, entre (...)
62	4	(...) nos cuidados de Saúde primários (...)	(...) nos cuidados de Saúde Primários (...)
72	1	4 – DA PROBLEMÁTICA AOS PROCEDIMENTOS (...)	4 – OPÇÕES METODOLÓGICAS – DA PROBLEMÁTICA AOS PROCEDIMENTOS (...)
93	11	(...) conhecer melhor a realidade a gestão da doença (...)	(...) conhecer melhor na realidade o conceito da gestão da doença (...)
95	1	CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO E ANÁLISE DE DADOS Apresentação, Interpretação e Discussão dos Resultados
96	1	5.1 – Apresentação de Resultados	5.1 – Apresentação dos Resultados
136	13	(...) aprendizagem contínua Independentemente da (...)	(...) aprendizagem contínua independentemente da (...)
146	2	(...) ao suporte à decisão para tratar (...)	(...) ao suporte de decisão para tratar (...)
185	24	(...) relativas à adoção de medidas direccionadas à (...)	(...) relativas à adopção de medidas direccionadas à (...)
185	28	(...) consecução de acções voltadas (...)	(...) consecução de acções voltadas (...)