



Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária – 1ª Edição

José João Pires Granado

***Empowerment e a Adesão ao Regime Terapêutico  
em Pessoas Portadoras de Diabetes***

Maio de 2013





José João Pires Granado

***Empowerment e a Adesão ao Regime Terapêutico em  
Pessoas Portadoras de Diabetes***

**Relatório Final**

Mestrado em Enfermagem Comunitária – 1ª Edição

Estudo realizado sob orientação de:

Orientadora: Professora Doutora Madalena Cunha

Co-orientadora: Professora Suzana André

Maio de 2013



*“O domínio de uma profissão não exclui o seu aperfeiçoamento. Ao contrário, será mestre quem continuar aprendendo.”*

**(Pierre Feuter)**





## AGRADECIMENTOS

Esta é talvez a parte mais difícil de todo este trabalho...., agradecer a todos os que estiveram presentes nesta etapa da minha vida. Não por ser difícil dizer “obrigada” mas sim porque chegou ao fim uma das fases mais importantes e mais felizes da minha vida!

O meu obrigado especial:

- À Professora Doutora Madalena Cunha, pela sua gentileza, dedicação e empenhamento em todo o momento desde a primeira hora tornando possível o desenho metodológico e o desenvolvimento desta investigação. Obrigada pela disponibilidade, simpatia, atenção, estímulo, sugestões, rigor e apoio com que me acolheu e orientou;
- À Professora Suzana André, por me incentivar a fazer, sem fazer por mim, por acreditar em mim e motivar-me, pelo entusiasmo e otimismo;
- À minha família, a quem este trabalho subtraiu tempo considerável, especialmente aos meus filhos (João e Francisco) e esposa Anabela, pelos momentos ausentes enquanto pai e marido;
- A todos os utentes portadores de diabetes *mellitus*, e que através do seu contributo viabilizaram a realização deste trabalho;
- A todos os que, de alguma forma, estiveram presentes neste caminho e que não mencionei, por esquecimento, aqui fica o meu mais profundo e verdadeiro agradecimento;
- A mim. Porque quem corre por gosto às vezes cansa-se... mas nunca desiste!







## RESUMO

**Enquadramento:** A Diabetes *Mellitus* importante flagelo de saúde pública, contribui para um elevado índice de morbi-mortalidade, devido às complicações associadas que acarretam limitações e incapacidades para o desempenho das actividades de vida diária da pessoa com diabetes. Em consequência, a adesão ao regime terapêutico é um dos focos de atenção dos cuidados de saúde. Como ferramenta promotora duma melhor gestão na diabetes, os enfermeiros promovem o *empowerment*, processo através do qual a pessoa adquire conhecimentos e desenvolve competências e consequentemente um maior poder e controlo sobre a sua saúde.

**Objetivos:** Identificar factores sociodemográficos e clínicos relacionados com os autocuidados em pessoas com diabetes; Determinar o efeito preditivo do *empowerment* na adesão ao regime terapêutico em pessoas com diabetes.

**Metodologia:** Estudo descritivo realizado numa amostra não probabilística por conveniência de 150 pessoas com diabetes de ambos os sexos, com uma média de idades de 66,85±9,72 anos, casados/ em união de fato (72,7%), reformados (74,7%) e com baixa escolaridade (78,0%). A colheita de dados, foi suportada num Questionário Sociodemográfico e Clínico, na *Escala de Empowerment da Diabetes* (Anderson; Funnel; Fitzgerald & Marrero, 2000) e na *Escala Atividades de autocuidado com a diabetes*, traduzida e validada para português por Bastos & Lopes (2004).

**Resultados:** As mulheres (4,44±0,77), os solteiros/viúvos/divorciados (4,22±0,84), os detentores de situação financeira confortável (5,02±0,62), os que ocupam os tempos livres com desporto/lazer/cultura (4,37±0,79) apresentam melhor adesão ao regime terapêutico. São ainda os indivíduos com diabetes tipo 1 (4,29±0,92), que tomam insulina (4,64±0,88), que realizam a vigilância/monitorização da glicemia e registo no Guia do Diabético (4,35±0,69), e com IMC mais elevado ( $r=0,548$ ;  $p=0.000$ ), que pontuaram com melhor adesão. Verificou-se também que quanto maior o *empowerment*, melhor a adesão ao regime terapêutico ( $r=0,377$ ;  $p=0.000$ ).

**Conclusão:** Os resultados sugerem que os determinantes sociodemográficos e clínicos se relacionam de forma significativa com a adesão ao regime terapêutico e que o *empowerment*, a prediz de forma relevante, pelo que se impõe considerá-los no planeamento das intervenções de enfermagem/ saúde que lhe são dirigidas.

**Palavras-chave:** Adesão ao regime terapêutico, *Empowerment*, Pessoas com Diabetes

## ABSTRACT

**Background:** Diabetes Mellitus is an important public health scourge, that contributes to a high rate of morbidity and mortality due to associated complications that cause limitations and disabilities to perform the activities of daily living in people with diabetes. Consequently, adherence to therapy is a focus of attention of health care. As a tool for better management in diabetes, nurses promote empowerment, process through which a person acquires knowledge and develops skills and consequently greater power and control over their health.

**Objectives:** To identify sociodemographic and clinical factors related to self-care in people with diabetes; determine the predictive effect of empowerment on adherence to therapeutic regimen in persons with diabetes.

**Methods:** This descriptive study in a non-probabilistic convenience sample of 150 people with diabetes in both sexes, with a mean age of  $66.85 \pm 9.72$  years, married / in union indeed (72.7%), retired (74.7%) and with lower education (78.0%). Data collection was supported by a Clinical and Sociodemographic questionnaire, the Diabetes Empowerment Scale (Anderson; Funnel; Fitzgerald & Marrero, 2000) and Self-Care Activities Scale with diabetes, translated and validated into Portuguese by Bastos & Lopes (2004).

**Results:** The women ( $4.44 \pm 0.77$ ), single / widowed / divorced ( $4.22 \pm 0.84$ ), holders of comfortable financial situation ( $5.02 \pm 0.62$ ) who occupy the time free with sports / leisure/ culture ( $4.37 \pm 0.79$ ), have better adherence to treatment regimen. Are still individuals with type 1 diabetes ( $4.29 \pm 0.92$ ), taking insulin ( $4.64 \pm 0.88$ ), which perform surveillance / monitoring of blood glucose and registration in Diabetic Guide ( $4.35 \pm 0.69$ ), and BMI ( $r = .548$ ,  $p = .000$ ), who scored with better adherence. It was also found that the greater the empowerment, better adherence to the therapeutic regimen ( $r = .377$ ,  $p = .000$ ).

**Conclusion:** The results suggest that the clinical and sociodemographic determinants relate significantly with adherence to treatment regimen and empowerment, predicts significantly, so it is necessary to consider them in the planning of nursing interventions / health.

**Keywords:** Adherence to treatment regimen, Empowerment, People with Diabetes

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>17</b>
2.1. AMOSTRA/ PARTICIPANTES.....	17
2.2. INSTRUMENTOS .....	18
<b>2.2.1. Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2.2. Escala de Empowerment na Diabetes.....</b>	<b>19</b>
2.3. PROCEDIMENTOS.....	20
2.4. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS .....	20
<b>3. RESULTADOS .....</b>	<b>23</b>
3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PESSOAS COM DIABETES .....	23
3.2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DAS PESSOAS COM DIABETES.....	25
3.3. ESTUDO DO EMPOWERMENT NAS PESSOAS COM DIABETES.....	30
3.4. ESTUDO DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICODAS PESSOAS COM DIABETES .....	31
<b>3.4.1. Adesão ao regime terapêutico em função das variáveis sociodemográficas</b>	<b>32</b>
<b>3.4.2. Adesão ao regime terapêutico em função das variáveis clínicas.....</b>	<b>34</b>
<b>3.4.3. Predição da Adesão ao regime terapêutico pelo <i>Empowerment</i>.....</b>	<b>39</b>
<b>4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>43</b>
4.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA (LIMITAÇÕES DO ESTUDO) .....	43
4.2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	44
<b>5. CONCLUSÕES.....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>61</b>
<b>Anexo 1 .....</b>	<b>62</b>
<b>(Autorizações para aplicação do protocolo de avaliação) .....</b>	<b>62</b>
<b>Apêndice II – Protocolo de Avaliação.....</b>	<b>64</b>
<b>Anexo 2 .....</b>	<b>68</b>
<b>(Protocolo de avaliação) .....</b>	<b>68</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors.....	21
<b>Tabela 2</b> – Estatísticas das dimensões da Escala de Atividades de Autocuidado com Diabetes, estudo comparativo com o de Bastos e Lopes, (2004).....	22
<b>Tabela 3</b> – Estatísticas das dimensões da Escala do <i>Empowerment</i> na Diabetes, estudo comparativo com o de Anderson & Funnell, (2000).....	22
<b>Tabela 4</b> – Estatísticas relativas à idade e sexo dos participantes .....	23
<b>Tabela 5</b> – Caraterização sociodemográfica da amostra em função do sexo .....	24
<b>Tabela 6</b> – Caraterização dos utentes face ao controlo e vigilância da Diabetes .....	26
<b>Tabela 7</b> – Caraterização dos utentes face ao seu estado de saúde.....	27
<b>Tabela 8</b> – Estatísticas relativas aos parâmetros metabólicos .....	29
<b>Tabela 9</b> – Estatísticas relativas ao <i>Empowerment</i> .....	30
<b>Tabela 10</b> – Distribuição das frequências por níveis de <i>Empowerment</i> .....	30
<b>Tabela 11</b> – Estatísticas relativas ao Autocuidado.....	31
<b>Tabela 12</b> – Distribuição das frequências por níveis de Autocuidado (Adesão).....	31
<b>Tabela 13</b> – Análise de regressão linear simples entre a idade e a adesão ao regime terapêutico .....	32
<b>Tabela 14</b> – Resultados da análise inferencial das variáveis sociodemográficas com a adesão ao regime terapêutico.....	33
<b>Tabela 15</b> – Correlação entre o rendimento mensal e a adesão ao regime terapêutico.....	34
<b>Tabela 16</b> – Resultados da análise inferencial das variáveis clínicas com a adesão ao regime terapêutico.....	35
<b>Tabela 17</b> – Análise de regressão linear simples entre o tempo de duração da diabetes e a adesão ao regime terapêutico.....	36
<b>Tabela 18</b> – Resultados da análise inferencial das variáveis clínicas com a adesão ao regime terapêutico.....	37
<b>Tabela 19</b> – Resultados da correlação entre consultas de diabetes e parâmetros metabólicos, com a adesão ao regime terapêutico.....	39
<b>Tabela 20</b> – Matriz de correlação de Spearman entre <i>Empowerment</i> e o Autocuidado .....	40
<b>Tabela 21</b> – Análise de regressão linear entre o <i>Empowerment</i> e a adesão ao regime terapêutico .....	40
<b>Tabela 22</b> – Análise de regressão linear simples entre o <i>Empowerment</i> e a Adesão ao regime terapêutico das Pessoas portadoras de Diabetes .....	41

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A – Amplitude

AACD - Atividades do Autocuidado com a Diabetes

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ADA - American Diabetes Association

AQ – Amplitude Interquartil

AVC - Acidente Vascular Cerebral

cf. - Conforme

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit in - Citado em

cit. - Citado

cm - centímetro

CV - Coeficiente de Variação

DES - Diabetes *Empowerment* Scale

DGS - Direção-Geral da Saúde

DM - Diabetes Mellitus

Dp - Desvio Padrão

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

et al. - e outros

ex. - exemplo

Fem - Feminino

H - Valor do teste de Kruskal-Wallis

H1 - Hipótese um

HbA1c - Hemoglobina glicosilada

HTA - Hipertensão Arterial

IDF - International Diabetes Federation

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

K/erro - Kurtosis/error (Curtose)

Kg - Kilograma

KS - Teste de Kolmogorov-Smirnov

KW - Teste de Kruskal-Wallis

M - Média

Masc - Masculino  
Máx - Máximo  
Min - Mínimo  
mmHg - Milímetros de mercúrio  
n - Frequência absoluta  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde  
p - valor de p ou nível descritivo  
PA - Pressão arterial  
PAbd - Perímetro Abdominal  
PNS - Plano Nacional de Saúde  
r – Correlação de Spearman  
r<sup>2</sup> - Coeficiente de determinação  
res - Valor residual ajustado  
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem  
SK/erro - Skwness/error (simetria)  
SPSS - Statical Package Social Science  
t - Teste t de student  
U - Valor do teste de U Mann Whitney  
UMW - Teste de U Mann Whitney  
Vol. - Volume  
vs - Versus  
WHO - World Health Organization  
X - Média  
X<sup>2</sup> - Qui - quadrado  
α - Alfa  
% - Percentagem



## 1. INTRODUÇÃO

A Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade, e a sua prevalência aumenta muito com a idade, atingindo ambos os sexos e todas as idades, sendo caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue (hiperglicémia) (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2011).

Em Portugal estima-se que um terço da população, entre os 20 e os 79 anos, tenha diabetes e destes, cerca de 43% desconhecem que têm a doença. A prevalência da diabetes verificada na população portuguesa em 2010 foi de 12,4%, sendo que 7,0% das pessoas tinham diagnóstico prévio e 5,4% das pessoas não sabiam que tinham diabetes (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2011). Na Região Centro a prevalência de diabéticos inscritos e com o diagnóstico aumentou de 5,62% em 2010 para 6,19% em 2011, ficando este valor ligeiramente abaixo da prevalência de 6,4% ajustada para a região<sup>1</sup> (Plano de Ação da ARS Centro, 2012).

Nas últimas décadas, o problema da Diabetes *Mellitus* tem sido considerado como um importante e crescente flagelo de saúde pública para todos os países, independentemente do grau de desenvolvimento económico. Esta doença contribui com um elevado índice de morbi- mortalidade, devido a complicações associadas que podem levar o indivíduo a limitações e incapacidades para o desempenho das actividades da vida diária.

As principais conclusões sobre o trabalho desenvolvido no período 2008/2009, referem que “as estratégias de intervenção que têm sido desenvolvidas (...) não têm sido eficazes na contenção da progressão da doença”, e que o “sistema de saúde não tem demonstrado capacidade de responder de forma adequada à progressão da diabetes”. Refere que “não existe, no entanto, qualquer tipo de informação sobre o acompanhamento das pessoas com diabetes no ambulatório dos hospitais, nem sobre a grande parte das unidades de saúde dos cuidados primários” (Relatório de Execução do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes 2008/2009, 2010, p.14).

O sector da saúde acarreta elevado custo para a sociedade que o suporta e, por isso, impõem-se políticas e estratégias eficientes, de forma a manter o equilíbrio entre dois

---

<sup>1</sup>A prevalência ajustada da diabetes, em Portugal, é 10,7%, sendo 6,4% diabéticos já diagnosticados e 4,3% diabéticos não diagnosticados.

aspectos pendulares: os ganhos e os custos. Mas equidade é um dos objetivos a atingir na promoção da saúde podendo-se afirmar que as estratégias de saúde no que se refere à diabetes *mellitus*, devem assentar em orientações de actuação de carácter equitativo, na medida em que pretendem proporcionar a todos os diabéticos o acesso a todas as vertentes do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, promovendo a auto-eficácia das pessoas – crianças, adolescentes, adultos e idosos (Plano de Ação da ARS Centro, 2012).

Atualmente assiste-se a uma mudança de paradigma na prestação de cuidados de saúde e na organização e dinâmicas das instituições de saúde, em consequência dos avultados custos humanos, sociais e económicos das doenças crónicas, entre elas a diabetes. “Os Cuidados de Saúde Primários, são a componente dos serviços de saúde que mais têm contribuído para a melhoria da situação de todo o mundo, sendo fundamental continuar a investir em estratégias de referência procurando a melhoria da saúde das populações” (Pinto e José, 2012, p.1639).

“A educação, o comportamento e estilos de vida, a gestão da doença crónica, a utilização adequada dos cuidados de saúde, a promoção de cuidados informais, a aliança terapêutica e a adesão à terapêutica são determinantes - chave para a melhoria do estado de saúde e do desempenho do Sistema de Saúde” (Plano Nacional de Saúde 2012-2016, 2012, p.3). Mas, as atitudes e 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 dos utentes que vão influenciar os comportamentos de saúde e de doença. Por isso, na comunicação e relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os utentes, é fundamental que a pessoa seja o principal interveniente na gestão da sua doença, o que a implica num processo de ensino/aprendizagem, que visa a sua autonomia para tratar-se a si própria e a aderir ao regime terapêutico. Daí ser unânime considerar-se a pessoa como uma preocupação central dos serviços de saúde, e que esta deve ser responsável pela correcta utilização dos mesmos.

Baseando-se no *adherence Project*, a análise de quatro décadas de pesquisa sobre a adesão, os seus determinantes e intervenções bem como sobre a prevalência da não adesão, levou a emitir um conjunto de mensagens ou recomendações com relevância para a prática dos cuidados de saúde no âmbito das doenças crónicas e que traduzem o “*estado da arte*”, no que se refere ao conhecimento e intervenção relativos à adesão ao regime terapêutico (OMS, 2003 cit in Machado, 2009).

Adesão ao regime terapêutico é um tipo de adesão, definida como “ação auto-iniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos” (CIPE, 2011, p.38). A adesão pode ser total, parcial intencional ou não intencional, dependendo do comportamento da pessoa em situações que não manifesta adesão total.

O termo de adesão foi proposto como alternativo ao cumprimento (*compliance*, grau em que o comportamento do doente coincide com a prescrição clínica) e tem vindo a ser usado com mais frequência, sugerindo uma melhor relação profissional de saúde – doente, na escolha do seu tratamento (Dias et al., 2011). O conceito de adesão expressa mais do que simplesmente seguir as instruções médicas, depende da adopção e manutenção de comportamentos terapêuticos, assim como da autogestão de factores biológicos, comportamentais e sociais que influenciam a saúde e a doença, envolvendo todos os profissionais de saúde (OMS, 2001 cit in Catela e Amendoeira, 2010).

Existe adesão quando o comportamento de uma pessoa, na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta, e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde (WHO, 2003 cit in Dias et al., 2011).

Corroboramos a opinião de Pinto e José (2012) que afirmam que a adesão pode ser caracterizada como o comportamento do indivíduo, e consiste não só, em seguir um tratamento farmacológico, mas implica alimentação equilibrada, exercício físico, abandono de comportamentos de risco e comparecer às consultas de vigilância. O fenómeno da adesão ao regime terapêutico, pode ser definido como o grau em que o comportamento da pessoa, no que se refere à toma de medicação, ao seguimento de uma dieta ou à alteração de hábitos e estilos de vida, entre outros, correspondendo ao que lhe é recomendado pelos profissionais de saúde (Machado, 2009).

A não adesão está relacionada com diversos factores relativos ao profissional de saúde, ao tratamento, à patologia e ao doente. Esta também pode ser classificada em intencional (quando o doente conhece o tratamento, mas não cumpre) e não intencional (quando o doente não compreende a informação prestada pelo profissional de saúde). Iremos considerar que há adesão quando são seguidas pelo menos 80% das prescrições no seu total (Leite e Vasconcelos, 2003 cit in Dias et al., 2011).

Adesão ao regime terapêutico, adesão terapêutica ou ainda adesão ao tratamento, são diferentes modos de nomear a mesma entidade. Estima-se que 30 a 50% dos doentes independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime

terapêutico (Vermeire et al., (2001) cit in Machado, 2009). “Nos países desenvolvidos, a adesão entre os doentes com doenças crónicas é cerca de 50% sendo que esta percentagem diminui significativamente quando se reporta aos países em desenvolvimento” (Dias et al., 2011, p.207). A não adesão é responsável pelo aumento da probabilidade do insucesso das terapêuticas, por complicações evitáveis, por aumento dos gastos com a saúde e aumento da morbidade e mortalidade, (Santos, 2010).

Neste sentido há necessidade de compreender e explicar os factores que influenciam a adesão do doente à terapêutica. Os vários estudos sobre a adesão ao regime terapêutico descrevem que factores sociais, económicos, culturais e sócio demográficos não têm apresentado muita influência, mas factores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde, factores relacionados com a doença (sobretudo se a doença é crónica), factores relacionados com o tratamento (duração, alterações frequentes na medicação, ausência imediata de melhorias) e factores relacionados com a pessoa doente (conhecimentos, atitudes e crenças) influenciam de forma significativa a adesão porque os indivíduos não seguem a prescrição médica por défice na qualidade dos serviços de saúde, devido ao custo da terapêutica, falta de conhecimentos ou atitudes de não valorização ou desmotivação, (Dias et al., 2011).

“O termo de adesão deve evitar um julgamento, de modo a não tornar culpado o doente, o prescritor ou o regime terapêutico e envolve um acordo, negociação, sobre o tratamento estabelecido e os cuidados a seguir, entre a pessoa e o prestador de cuidados” (Pinto e José, 2012, p.1639).

Quando se fala em *Resultados em Saúde* no âmbito da diabetes são considerados como fundamentais, o controlo fisiológico (índices analíticos de glicose) e a adesão ao tratamento como indicador comportamental do controlo da diabetes (Cunha, Aparício & Pereira, 2009). No conceito de Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem, que emerge como orientação da Ordem dos Enfermeiros para a documentação diária dos cuidados de enfermagem com a finalidade de medir os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, surgem sob a forma de indicadores, capazes de promover a qualidade dos cuidados. No tipo de informação que se deve obter, deverão estar incluídas a promoção da saúde como a adesão ao regime terapêutico, o autocuidado, a readaptação funcional e a prevenção de complicações.

Para melhorar a adesão terapêutica, o profissional de saúde deve através da escuta activa, relação empática e conhecimento das características socioculturais dos doentes,

estabelecer um vínculo com estes, intervindo no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar (Machado, 2009). Nesta linha, ajudar a pessoa a gerir o regime terapêutico eficazmente, consciencializando-a de que a diabetes pertence ao seu presente e ao seu futuro, capacitando-a para encarar as mudanças como um investimento na sua saúde, constituem intervenções privilegiadas dos enfermeiros. “Não existe um modelo ideal que possa ser seguido por todos e para todos, existem sim estratégias que podem e devem ser adoptadas, mediante as circunstâncias, os indivíduos e suas características individuais e, também, as características do profissional de saúde”, (Dias et al., 2011, p.217).

O reforço do poder e da responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da saúde individual e colectiva, reforça-se através da promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integre a produção e partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde), numa cultura de pro-atividade, compromisso e auto controlo do cidadão (capacitação/participação activa), para a máxima responsabilidade e autonomia individual e colectiva (empoderamento) (PNS 2012-2016, 2012). Emerge nesta análise, o conceito de *empowerment*, que traduz um processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte das pessoas e capacita o indivíduo com os recursos, que necessita para tomar decisões pessoais informadas acerca do seu autocuidado (Silva, 2006 cit in Pinto e José, 2012). O *empowerment* pode ser considerado um processo, que para o doente é promotor de maior poder e controlo sobre a sua vida, proporcionado por um ganho de conhecimentos e cumulativamente pelo desenvolvimento de competências, que lhe permitem a tomada de decisão e uma participação efectiva no seu projecto de saúde.

Para que o doente seja visto como um parceiro estratégico no sucesso do tratamento da diabetes, o paradigma do modelo médico tradicional deve mudar para o modelo de *empowerment* (Viana, 2010). O *empowerment* traduz-se num acréscimo de poder sociocultural, político, económico e psicológico, sendo este último muito benéfico na comunidade diabética quando aliado ao conceito de auto-eficácia (Patrão, 2011).

O valor da auto-eficácia em predizer comportamentos de autocuidados em diabetes, encontra-se associado ao auto-relato de adesão ao tratamento, ao bom controlo glicémico e às melhorias na sua saúde em geral.

O *empowerment* assume que a pessoa deve ser capaz de realizar todos aqueles componentes para ser saudável. Gera-se um maior conhecimento dos comportamentos positivos para a saúde, um aumento das competências pessoais e sociais e um aumento da participação ao nível da comunidade, O conhecimento e as competências em saúde estão diretamente relacionados com a literacia. Ambos são necessários à participação ativa do

doente no processo de *empowerment*, sendo a iniciativa do doente uma peça fundamental no processo de *empowerment*, (Viana, 2010).

No que diz respeito à elaboração de programas de saúde, existe uma abordagem que se apoia no conceito de *empowerment*, muito útil na diabetes e que segue uma orientação na capacidade e na melhoria de competências. Procura-se assim apoiar a comunidade na identificação de questões que são importantes e relevantes para as suas vidas, permitindo-lhes desenvolver estratégias para a sua resolução.

Dentro do paradigma de promoção de saúde, a informação e o treino de competências básicas da pessoa pelos enfermeiros, constitui um dos meios mais efectivos para se alcançar sucesso na adesão ao regime terapêutico.

No modelo do *empowerment* o objetivo primário, “não é conseguir a *compliance* dos doentes, mas sim fazer com que eles elaborem escolhas informadas, permitindo uma relação “democrática” entre doentes e profissionais de saúde, onde ambos dividem responsabilidades no tratamento e resultados”, (Mesquita, 2005, p.42).

Conscientes de que a problemática da adesão ao regime terapêutico é extremamente complexa, uma vez que envolve inúmeros factores que interagem entre si, consideramos que esta investigação vai ao encontro das estratégias propostas pelo Plano Nacional de Saúde 2012-2016, visando estratégias para a capacitação do cidadão.

Este estudo pretende assim dar resposta à seguinte questão central: ***Quais os determinantes da adesão ao regime terapêutico em pessoas portadoras de diabetes?***

O mesmo tem como finalidade aportar contributos para se conhecer melhor o fenómeno da adesão ao regime terapêutico em pessoas diabéticas.

Para que este conhecimento se torne fundamentado, será importante a utilização de metodologia científica, que torne a pesquisa o mais credível e coesa possível.

Assim, os objetivos do estudo são:

- Analisar a relação das variáveis sócio demográficas e clínicas com a adesão ao regime terapêutico em pessoas portadoras de diabetes;
- Determinar o efeito preditivo do *empowerment* na adesão ao regime terapêutico em pessoas portadoras de diabetes.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

De acordo com os objetivos, optámos por um estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal. As variáveis em estudo são: adesão ao regime terapêutico e *empowerment*. Analisaram-se também variáveis sociodemográficas (idade, sexo, zona de residência, estado civil, habilitações literárias, perceção da situação financeira, ocupação de tempos livres e rendimento mensal); variáveis clínicas (tipo de diabetes, uso de registo, tratamento da diabetes, antecedentes familiares de diabetes, tempo de duração da diabetes, áreas de tratamento com mais dificuldades, pesquisa de glicemia e parâmetros metabólicos: índice de massa corporal, perímetro abdominal e hemoglobina glicosilada).

Estes dados assumem particular importância porque permitem conhecer o perfil de adesão do doente e podem ajudar na prevenção de problemas comportamentais e clínicas sensíveis às intervenções autónomas da enfermagem, (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

As hipóteses que guiam a obtenção dos resultados prevêm diferenças significativas quando comparamos propriedades de alguns subgrupos da amostra e grupos de variáveis a estudar como eventuais factores, e passam também por preverem associações entre as variáveis do modelo analítico. Estas serão testadas através de uma análise bivariada. Formularam-se as seguintes hipóteses:

- H1- Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e a adesão ao regime terapêutico;
- H2- Existe relação entre as variáveis clínicas e a adesão ao regime terapêutico;
- H3- O *empowerment* é preditor da adesão ao regime terapêutico.

### 2.1. AMOSTRA/ PARTICIPANTES

Este estudo foi realizado nas Unidades de Saúde de Cuidados de Saúde Primários da Região Centro, nos distritos de Aveiro e Guarda. Englobou pessoas portadoras de diabetes seguidas nas consultas de diabetes, que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: ser portador de Diabetes há mais de um ano; com idade superior a 18 anos; demonstrar disponibilidade para participar no estudo. Os critérios de exclusão foram: presença de gravidez; portadores de deficiência mental em fase aguda.

Todos os participantes foram informados dos objetivos do estudo, da garantia da confidencialidade e do acesso aos resultados, após o que forneceram ao investigador o seu consentimento livre e esclarecido por escrito, para a participação na investigação.

A amostra foi constituída recorrendo-se a uma técnica não aleatória por conveniência, sendo os indivíduos seleccionados pelo facto de estarem no momento da recolha de dados na consulta, e participaram 150 utentes.

## 2.2. INSTRUMENTOS

O instrumento de colheita de dados foi composto por um Questionário (cf. anexo II) sociodemográfico e clínico, com o objetivo de aceder a um conjunto de informação para a caracterização da amostra e antecedentes pessoais dos utentes portadores de diabetes, a adesão ao regime terapêutico foi estudada através da escala “*Atividades de Autocuidado com a Diabetes*” (Bastos e Lopes, 2004), e o *empowerment* avaliado através da escala “*Diabetes Empowerment Scale*” (Anderson & Funnell, 2000) versão de Cunha e Coimbra (2011).

### 2.2.1. Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes

O regime terapêutico na diabetes corresponde a um conjunto de atividades de autocuidado com a diabetes que inclui diversas dimensões como estilos de vida e estratégias terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas. Os comportamentos de autocuidado pedidos ao diabético ocorrem num contexto que está sempre em mudança, sujeitando-o a diferentes exigências baseadas na evidência científica. Estas mudanças obrigam a ajustes contínuos no seu comportamento. É muitas vezes exigido que o diabético dê prioridade aos cuidados com a diabetes em detrimento de outros aspectos da sua vida diária, o que pode dificultar o processo de adesão. Em relação à diabetes, vários autores referem que a adesão deve ser medida separadamente para cada componente do regime terapêutico, uma vez que, parece haver uma fraca correlação entre os vários componentes, levando a crer que a adesão não é um construto unidimensional, (WHO, 2003). Assim, e considerando o autocuidado multidimensional, é necessário avaliar cada componente separadamente (Toobert, Hampson & Glasgow, 2000).



A Escala de Avaliação das Atividades de Autocuidado com a Diabetes, traduzida e adaptada por Fernanda Bastos e Carlos Lopes (2004), é formada por 21 itens, demarcados em seis dimensões: *alimentação geral* (3 itens), *alimentação específica* (7 itens), *atividade física* (2 itens), *monitorização da glicemia* (2 itens), *cuidados com os pés* (3 itens), *administração da terapêutica* (1 item ou a média de 2 itens, em alternativa) e hábitos tabágicos (3 itens). A escala está parametrizada em dias por semana, numa escala do tipo Likert de 0 a 7, correspondendo aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, sendo o zero (0) a situação menos desejável e sete (7) a mais favorável, exceto na dimensão alimentação específica, em que os valores são invertidos. O *score* por dimensão resulta da média do número de dias dos itens que constituem a dimensão, ou seja quanto maior o score, melhor a adesão ao regime terapêutico, (Bastos, Severo & Lopes, 2007). Aplicada a uma amostra de 103 indivíduos, do sexo masculino, com uma média de idades de  $60,8 \pm 10,8$  anos e diagnóstico de Diabetes em média há  $7,6 \pm 8,7$  anos, foi obtido um *Alpha* ( $\alpha$ ) de Cronbach de 0,47, (Bastos e Lopes, 2004). Diversos estudos apoiam que esta escala é uma medida multidimensional de autogestão da diabetes, com adequada fiabilidade teste - reteste, e evidência de validade e sensibilidade à mudança, (Toobert, Hampson & Glasgow, 2000).

### 2.2.2. Escala de Empowerment na Diabetes

A problemática em estudo diz respeito à importância do *empowerment* enquanto factor que influencie a adesão terapêutica. Foi utilizada a “Escala de *Empowerment* na Diabetes” de Cunha e Coimbra (2011) traduzida da versão original “*The Diabetes Empowerment Scale*”, (Anderson & Funnell, 2000). Esta escala tem como objetivo medir a auto-eficácia dos doentes e é composta por 28 itens, divididos em 3 subescalas: gestão dos aspetos psicossociais da diabetes (9 itens: 18,20-27), insatisfação/ prontidão para a mudança (9 itens: 1-4,15-17, 19 e 28), estabelecer e alcançar metas da diabetes (10 itens: 5-14). Apresenta-se sob a forma de escala do tipo *Likert* de 1 a 5 (discordo totalmente, discordo, neutro, de acordo, concordo totalmente, respectivamente). É obtida a média para cada subescala e média para a escala global. A sua versão original americana foi aplicada a uma amostra de 375 doentes diabéticos tipo 1 e 2. Através da análise da consistência interna da escala foram obtidos um *Alpha* ( $\alpha$ ) de Cronbach de 0,93 para a subescala “gestão dos aspetos psicossociais da diabetes”; de 0,81 para a subescala “insatisfação/

prontidão para a mudança”; de 0,91 para a subescala “estabelecer e alcançar metas da diabetes”; e de 0,96 para a Escala global, (Anderson & Funnell, 2000).

### 2.3. PROCEDIMENTOS

Foi solicitada a autorização aos autores das escalas originais, bem como dos autores das versões traduzidas e adaptadas. A recolha de informação foi autorizada pelos responsáveis das instituições. Foi solicitado e obtido o parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Viseu, (cf. anexo 1).

Os dados sobre o peso, a altura, o índice de massa corporal, a hemoglobina glicada, a pressão arterial e o perímetro abdominal foram recolhidos no guia do diabético, ou no caso em que não existiam, foram recolhidos do respectivo processo clínico.

Perspectivou-se a existência de pessoas analfabetas de entre os participantes, pelo que o preenchimento do instrumento de colheita de dados foi realizado pelo investigador.

Durante todo o processo de aplicação dos questionários, foram tidos em conta princípios éticos e metodológicos: confidencialidade e anonimato, e foi solicitado aos participantes que respondessem a todas as questões.

### 2.4. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Após a realização da colheita de dados e respectiva codificação de respostas, elaborou-se uma base de dados com o intuito de se proceder ao tratamento dos mesmos, através do Programa Statistical Package for Social Sciences 21.0 for Windows (SPSS for Windows). Para realizar a estatística descritiva utilizaram-se, nas variáveis contínuas, medidas de tendência central (média, mínimo e máximo e percentis) e medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação<sup>2</sup>), para além de medidas de simetria<sup>3</sup> e achatamento<sup>4</sup>, de acordo com as características das variáveis em estudo. Nas variáveis nominais foram utilizadas as frequências absolutas e relativas (percentagens).

---

<sup>2</sup> O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis, devendo os resultados serem interpretados do seguinte modo: 0%-15% dispersão baixa; 16%-30% dispersão moderada e >30% dispersão alta (Pestana & Gageiro, 2008).

<sup>3</sup> Quando [Skewness/std Error] < 1,96, a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo, sendo curva simétrica. Por sua vez, quando [Skewness/std Error] > 1,96 estamos perante uma curva assimétrica, (Pestana & Gageiro, 2008).

<sup>4</sup> Uma distribuição pode ser: Mesocúrtica quando [kurtosis/std Error] < 1,96; Platicúrtica quando [kurtosis/stdError] < - 1,96 ou Leptocúrtica quando [kurtosis/std Error] > 1,96, (Pestana & Gageiro, 2008).

Após a análise descritiva, foi realizada a análise inferencial dos dados, através da estatística analítica. Nas correlações entre variáveis quantitativas foi utilizada a regressão linear simples.

Foram formuladas hipóteses que foram testadas através dos testes não paramétricos, nomeadamente *Testes U de Mann-Whitney (UMW)*, *Correlações de Spearman (r)* e *Testes de Kruskal-Wallis (KW)*, uma vez que, através do teste de Kolmogorov-Smirnov, não se verifica uma distribuição normal das dimensões da variável dependente (alimentação geral  $p=0,000$ ; alimentação específica  $p=0,003$ ; atividade física, cuidados com os pés, administração de terapêutica e monitorização da glicemia  $p=0,000$ ), sendo todas com  $p<0,05$ , (cf. tabela 1).

**Tabela 1 – Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors**

Dimensões do Autocuidado	Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors <sup>a</sup>	
	Estatísticas	p
Alimentação geral	0,178	0,000***
Alimentação específica	0,094	0,003**
Atividade física	0,289	0,000***
Cuidados com os pés	0,191	0,000***
Administração de terapêutica	0,422	0,000***
Monitorização da glicemia	0,177	0,000***

\* $p<0,05$       \*\* $p<0,01$       \*\*\* $p<0,001$

As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ( $\alpha=0,05$ ). Este nível de significância permite-nos afirmar com uma "certeza" de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis. Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor, de acordo com os seguintes níveis de significância:

- $p \geq 0,05$  - diferença estatística não significativa
- $p < 0,05^*$  - diferença estatística significativa
- $p < 0,01^{**}$  - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0,001^{***}$  - diferença estatística altamente significativa

Na análise psicométrica da **Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes**, foi obtido um *Alpha ( $\alpha$ ) de Cronbach* geral de 0,242. Quando comparado com os dados do estudo de Bastos e Lopes (2004), em que o  $\alpha=0,47$ , podemos concluir que possui fraca consistência interna, (cf. tabela 2).

**Tabela 2 – Estatísticas das dimensões da Escala de Atividades de Autocuidado com Diabetes, estudo comparativo com o de Bastos e Lopes, (2004)**

Autocuidado	Estudo Atual			Bastos e Lopes (2004)		
	Média	Dp	$\alpha$ de Cronbach	Média	Dp	$\alpha$ de Cronbach
Alimentação geral	4,66	1,883	0,162	5,5	1,9	0,81
Alimentação específica	4,52	1,029	0,252	4,6	1,7	0,45
Atividade física	1,54	1,972	0,373	2,8	2,5	0,63
Monitorização glicemia	5,59	1,357	0,131	1,6	1,9	Sem dados
Cuidados com os pés	4,75	0,951	0,233	4,8	2,1	0,48
Toma medicação	4,10	2,229	0,028	6,3	1,8	Sem dados
Valor global das AACD	Sem dados	Sem dados	<b>0,242</b>	Sem dados	Sem dados	<b>0,47</b>

Na análise psicométrica da **Escala de Empowerment na Diabetes** obtiveram-se valores de *Alpha* ( $\alpha$ ) de Cronbach geral de 0,93. Nas dimensões Gestão dos aspetos psicossociais da diabetes  $\alpha=0,88$ ; Insatisfação/ prontidão para a mudança  $\alpha =0,77$ ; Estabelecer e alcançar metas da diabetes  $\alpha=0,87$ .

Quando comparada com os dados obtidos no estudo de Anderson & Funnell (2000), em que o *Alpha* ( $\alpha$ ) de Cronbach obtido foi de 0,96, verificou-se que os valores obtidos neste estudo indicam consistência elevada, muito semelhante aos do estudo original.

A dimensão em que as pessoas portadoras de diabetes melhor pontuaram foi a insatisfação e prontidão para mudança na diabetes ( $3,85\pm 0,61$ ). A capacidade para estabelecer metas da diabetes foi a dimensão com menor pontuação ( $3,75\pm 0,72$ ), (cf. tabela3).

**Tabela 3 – Estatísticas das dimensões da Escala do Empowerment na Diabetes, estudo comparativo com o de Anderson & Funnell, (2000)**

Empowerment na Diabetes	Estudo Atual			Anderson & Funnell (2000)		
	Média	Dp	$\alpha$ de Cronbach	Média	Dp	$\alpha$ de Cronbach
Gestão dos aspetos psicossociais da diabetes	3,80	0,80	0,88	3,91	0,70	0,93
Insatisfação/prontidão para a mudança	3,85	0,61	0,77	3,96	0,53	0,81
Estabelecer e alcançar metas da diabetes	3,75	0,72	0,87	3,96	0,62	0,91
Valor global da DES	3,80	0,64	<b>0,93</b>	Sem dados	Sem dados	<b>0,96</b>

### 3. RESULTADOS

O presente descreve os resultados referentes ao *empowerment* e à adesão ao regime terapêutico em 150 pessoas portadoras de diabetes *mellitus*, através da caracterização sociodemográfica da amostra, da análise descritiva das variáveis em estudo e análise inferencial das hipóteses formuladas.

#### 3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRAFICA DAS PESSOAS COM DIABETES

Foram aplicados 150 questionários a 75 mulheres e 75 homens, com idades compreendidas entre 28 e 90 anos de idade. Em média os participantes têm  $66,85 \pm 9,72$  anos de idade, sendo que a média para as mulheres foi de  $66,41 \pm 10,79$  e para os homens de  $67,28 \pm 8,58$  anos. Não se verificou diferença estatística na média de idades entre homens e mulheres ( $U=2681$ ;  $p=0,621$ ), (cf. tabela 4). No intuito de uma melhor clarificação dos resultados, agrupamos a idade em classes etárias homogêneas com amplitudes obtidas em função das frequências observadas, verificando-se que 59,3% tem idade compreendida entre os 51-70 anos.

**Tabela 4 – Estatísticas relativas à idade e sexo dos participantes**

Sexo/Idade	n	Min	Máx	Média	Dp	K/erro	Sk/erro	CV(%)	UMW
Feminino	75	28	90	66,41	10,788	2,653	-2,104	16,244	U=2681,0 Z=-0,495 P=0,621
Masculino	75	47	87	67,28	8,575	0,047	-0,685	12,745	
Total	150	28	90	66,85	9,721	3,124	-2,449	14,541	

A maioria dos participantes, (72,7%) são casados ou a viver em união de facto, 56,0% residem preferencialmente no meio rural, 72,0% vivem numa moradia/casa, 42,0% desenvolvem a agricultura nos tempos livres, 78,0% têm um baixo nível de escolaridade, 74,7% usufrui de uma reforma/ pensão, 54,35% auferem em média um rendimento mensal de 470,07€ exercendo por conta de outrem (71,3%), 48,7% manifesta algumas dificuldades ao nível da sua situação financeira, e 88,0% são portadores de diabetes tipo 2. Analisando os valores residuais ( $res < -1,96$  ou  $> 1,96$ ), verificamos que existe diferença significativa entre os homens e as mulheres nas variáveis: estado civil ( $res=2,0$ ), onde há uma maior percentagem dos homens casados (80,0% vs 65,3%); religião ( $res=2,4$ ), com um maior número de homens a referir não possuir qualquer tipo de religião (5,3% vs 0,7%);

atividades de tempos livres (res=2,8), com uma maior percentagem de homens a desenvolver a agricultura como atividade de tempos livres (53,3% vs 30,7%); situação financeira (res=2,4), em que uma maior percentagem dos homens refere ter o suficiente (45,3% vs 26,7%), e modo como exerce/exerceu a profissão (res=3,5; res=2,0), denotando-se em ambos os sexos uma maior percentagem cujo trabalho foi por conta de outrem (64,0% mulheres e 78,7% homens), além de uma maior percentagem de mulheres inativas/não trabalham (24,0% vs 4,0%). Também o teste de U Mann Whitney (U=1909,0; p=0,001) revelou que o rendimento mensal dos homens é superior ao das mulheres, (cf, tabela 5).

**Tabela 5 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do sexo**

Variáveis	Sexo	Feminino (n=75)		Masculino (n=75)		Total (n=150)		Residuais <sup>5</sup>	
		n	%	n	%	n	%	Fem	Masc
<b>Grupos Etários</b>	≤50 anos	6	8,0	3	4,0	9	6,0	1,0	-1,0
	51-70 anos	45	60,0	44	58,7	89	59,3	0,2	-0,2
	>70 anos	24	32,0	28	37,3	52	34,7	-0,7	0,7
<b>Zona de Residência</b>	Rural	39	52,0	45	60,0	84	56,0	-1,0	1,0
	Urbano	36	48,0	30	40,0	66	44,0	1,0	-1,0
<b>Estado Civil</b>	Casado(a)/ União de facto	49	65,3	60	80,0	109	72,7	-2,0	2,0
	Solteiro(a)/ Viúvo(a)/ Divorciado(a)	26	34,7	15	20,0	41	27,3	2,0	-2,0
<b>Habilitações Literárias</b>	Baixa escolaridade	62	82,7	55	73,3	117	78,0	1,4	-1,4
	Média escolaridade	11	14,7	18	24,0	29	19,3	-1,4	1,4
	Elevada escolaridade	2	1,3	2	1,3	4	2,7	<i>Não</i>	aplicado <sup>6</sup>
<b>Coabitação</b>	Sozinho	14	18,7	13	17,3	27	18,0	0,2	-0,2
	Acompanhado	61	81,3	62	82,7	123	82,0	-0,2	0,2
<b>Onde Vive</b>	Moradia/casa	50	66,7	58	77,3	108	72,0	-1,5	1,5
	Apartamento	19	25,3	16	21,3	36	23,3	0,6	-0,6
	Lar de idosos	6	8,0	1	1,3	7	4,7	1,9	-1,9
<b>Religião</b>	Católica	73	97,3	65	86,7	138	92,0	2,4	-2,4
	Não Católica/ Sem religião	2	2,7	10	13,3	12	8,0	-2,4	2,4
<b>Atividades de Tempos Livres</b>	Desporto/Cultura/Lazer	33	44,0	22	29,3	55	36,7	1,9	-1,9
	Agricultura	23	30,7	40	53,3	63	42,0	-2,8	2,8
	Apoio Familiar/Apoio Social	19	25,3	13	17,3	32	21,3	1,2	-1,2
<b>Fonte de Rendimento</b>	Trabalho	19	25,3	13	17,3	32	21,3	1,2	-1,2
	Reforma/Pensão	53	70,7	59	78,7	112	74,7	-1,1	1,1
	Subsídios	3	4,0	3	4	6	4,0	<i>Não</i>	aplicado <sup>6</sup>
<b>Situação Financeira</b>	Muito problemática	8	10,7	4	5,3	12	8,0	1,2	-1,2
	Tenho o suficiente	20	26,7	34	45,3	54	36,0	-2,4	2,4
	Tenho algumas dificuldades	41	54,7	32	42,7	73	48,7	1,5	-1,5
	Confortável	6	8,0	5	6,7	11	7,3	3	-3
<b>Rendimento mensal</b>	Média	402,59		537,56		470,07		U=1909,0	
	Desvio padrão	169,09		248,52		222,39		P=0,001	
<b>Modo como exerce/ exerceu a profissão</b>	Trabalhador por conta própria	9	12,0	13	17,3	22	14,7	-0,9	0,9
	Trabalhador por conta de outrem	48	64,0	59	78,7	107	71,3	-2,0	2,0
	Inactivo/não trabalha	18	24,0	3	4,0	21	14,0	3,5	-3,5

<sup>5</sup> O teste Qui-Quadrado de Pearson pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequências esperadas inferiores a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Em tabelas de 2x2 alguns investigadores consideram ser ainda necessário não existir nenhuma célula com frequência esperada inferior a 5. Se os pressupostos do teste do Qui-Quadrado não forem garantidos o nível de significância pode ser enganador (Pestana & Gageiro, 2008, pp. 131-133).

<sup>6</sup> O valor do residual ajustado necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como da coluna, quando tal não acontece não é possível aplicar o valor residual ajustado. Quando os resíduos se situam entre -1,96 e 1,96. O comportamento dessa célula é semelhante ao esperado, à média, e não há nada de novo a revelar. Quando o valor do residual é acima de 1,96 ou inferior a -1,96 existe um comportamento significativo face ao esperado, (Pestana & Gageiro, 2008) (Maroco, 2007).

### **Síntese do perfil sociodemográfico das pessoas portadoras de diabetes**

- A amostra de 150 indivíduos, 50,0% de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 28 e 90 anos de idade, predominando os inquiridos com 51-70 anos (60,0% vs 58,7%), são casados ou vive em união de fato (65,3% vs 80,0%) e com baixo nível de escolaridade (78,0%).
- A maioria dos utentes, (74,7%) encontra-se reformado, e 21,3% em situação activa perante o trabalho, sendo que 71,3% trabalham por conta de outrem e apenas 14,0% não trabalha.
- Quanto à coabitação, a maioria dos participantes vivem acompanhados (82,0%), são católicos (92,0%) e a agricultura é a atividade de tempos livres mais desenvolvida (42,0%), seguindo-se as atividades de desporto, cultura e lazer (36,7%).

### **3.2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DAS PESSOAS COM DIABETES**

Na maioria dos utentes são portadores de diabetes tipo 2 (88,0%). Em média os participantes são diabéticos há  $11,56 \pm 10,62$  anos, sendo que a média para as mulheres é de  $12,63 \pm 11,68$  e para os homens é de  $10,49 \pm 9,40$  anos. Em proporções quase semelhantes, tanto os homens como as mulheres tinham antecedentes familiares de diabetes, sendo na maioria familiares diretos (69,6%). Em ambos os subgrupos a maioria das pessoas (94,7%) faz vigilância de saúde nos Cuidados de Saúde Primários, 90,7% fazem pesquisa de glicemia, 72,7% referem usar o guia do diabético e, dos que não usam, 82,9% justifica que não lhe foi dado. Questionados sobre se consideram ter a doença controlada, 84,7% refere que sim e, dos 23 que dizem “não”, 72,7% justificam com incumprimento do regime alimentar. Ainda assim, 89,3% referem que fazem a auto-vigilância de forma autónoma.

Questionados os inquiridos sobre qual a área de tratamento da diabetes em que têm mais dificuldade, 44,0% refere “exercício físico” e 42,7% na “alimentação”. As razões apontadas são: incumprimento do regime alimentar (30,7%); problemas de saúde (26,7%) e desmotivação ou ausência de companhia (25,3%).

Analisando os valores residuais ( $res < -1,96$  ou  $> 1,96$ ), verificamos que existe diferença significativa entre os homens e as mulheres nas variáveis: porque não utiliza o guia do diabético ( $res = 2,3$ ), observando-se que os homens que não possuem guia do diabético encontram-se em maior percentagem do que as mulheres (95,5% vs 68,4%);

utiliza o registo identificativo de diabetes (res=2,2), pois nos homens prevalece a não utilização de qualquer tipo de registo (50,7%) enquanto nas mulheres domina a utilização de um registo de diabético (66,7%); realiza auto vigilância sozinho (res=2,0), sendo uma maior percentagem de homens a fazer a pesquisa de glicemia capilar, comparativamente às mulheres (89,3% vs 77,3%), (cf. tabela 6).

**Tabela 6 – Caracterização dos utentes face ao controlo e vigilância da Diabetes**

Sexo		Feminino		Masculino		Total		Residuais <sup>5</sup>	
		(n=75)		(n=75)		(n=150)		Fem	Masc
Variáveis		n	%	n	%	n	%		
Tipo de Diabetes	Tipo 1	6	8,0	9	12,0	15	10,0	-0,8	0,8
	Tipo 2	67	89,0	65	86,7	132	88,0	0,5	-0,5
	Outra	2	2,7	1	1,3	3	2,0	Não	aplicado <sup>6</sup>
Tempo de diagnóstico	Média	12,63		10,49		11,56		U=2569,5	
	Desvio padrão	11,68		9,40		10,62		P=0,360	
Antecedentes de diabetes na família	Não	34	45,3	37	49,3	71	47,3	-0,5	0,5
	Sim	41	54,7	38	50,7	79	52,7	0,5	-0,5
<i>Se sim, quem</i>	Ascendentes/Descendentes	30	73,2	25	65,8	55	69,6	0,7	-0,7
	Cônjuge/Irmãos	11	26,8	13	34,2	24	30,4	-0,7	0,7
Utiliza o Guia do Diabético	Sim	56	74,7	53	70,7	109	72,7	0,5	-0,5
	Não	19	25,3	22	29,3	41	27,3	-0,5	0,5
<i>Se não, porque</i>	Não possui	13	68,4	21	95,5	34	82,9	-2,3	2,3
	Esquecimento/Sem utilidade	6	31,6	1	4,5	7	17,1	Não	aplicado <sup>6</sup>
Tipo de tratamento para a diabetes	Antidiabéticos orais	59	78,7	65	86,7	124	82,7	-1,3	1,3
	Insulina	16	21,3	9	12,0	25	16,7	1,5	-1,5
	Não farmacológica	0	0,0	1	1,3	1	0,7	Não	aplicado <sup>6</sup>
Utiliza registo identificativo de diabetes	Não	25	33,3	38	50,7	63	42,0	-2,2	2,2
	Sim	50	66,7	37	49,3	87	58,0	2,2	-2,2
<i>Se sim, qual</i>	Guia do Diabético	35	70,0	27	73,0	62	71,3	-0,3	0,3
	Livro de registo de glicemias	9	18,0	5	13,5	14	16,1	0,6	-0,6
	Cartão de Diabético /Pulseira	6	12,0	5	5,7	11	12,6	-0,2	0,2
Faz a vigilância da diabetes	Sim	75	100,0	75	100,0	150	100,0	Não aplicado <sup>6</sup>	
	Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
<i>Se sim, onde faz a vigilância</i>	Cuidados de saúde primários	70	93,3	72	96,0	142	94,7	-0,7	0,7
	Cuidados hospitalares	5	6,7	3	4,0	8	5,3	0,7	-0,7
Tem a diabetes controlada	Sim	62	82,7	65	86,7	127	84,7	-0,7	0,7
	Não	13	17,3	10	13,3	23	15,3	0,7	-0,7
<i>Se não, como justifica</i>	Incumprimento do regime alimentar	10	76,9	6	66,7	16	72,7	0,5	-0,5
	Ausência motivação/tempo	3	23,1	3	33,3	6	27,3	Não	aplicado <sup>6</sup>
Faz pesquisa de glicemia	Não	6	08,0	8	10,7	14	09,3	-0,6	0,6
	Sim	69	92,0	67	89,3	136	90,7	0,6	-0,6
Faz auto vigilância sozinho	Sim	58	77,30	67	89,30	125	83,30	-2,0	2,0
	Não	17	22,70	08	10,70	25	16,70	2,0	-2,0
Área de controlo da diabetes em que tem mais dificuldade	Alimentação	30	40,0	34	45,3	64	42,7	-0,7	0,7
	Exercício Físico	31	41,3	35	46,7	66	44,0	-,07	0,7
	Medicação/Insulina	2	2,7	1	1,3	3	2,0	Não	aplicado <sup>6</sup>
	Auto-vigilância	6	8,0	1	1,3	7	4,7	Não	aplicado <sup>6</sup>
	Cuidar dos Pés	6	8,0	3	4,0	9	6,0	1,0	-1,0
	Nenhuma	0	0,0	1	0,7	1	0,7	Não	aplicado <sup>6</sup>
<i>Razão dessa dificuldade</i>	Problemas de saúde	23	30,7	17	22,7	40	26,7	1,1	-1,1
	Incumprimento do regime alimentar	22	29,3	24	32,0	46	30,7	-0,4	0,4
	Ausência de motivação/companhia	17	22,7	21	28,0	38	25,3	-0,8	0,8
	Horário Inflexível	7	9,3	6	8,0	13	8,7	0,3	-0,3
	Nenhuma	6	8,0	7	9,3	13	8,7	-0,3	0,3



No âmbito da toma de medicação observamos que na amostra, fazem tratamento com antidiabéticos orais (82,7%), com antidiislipidémicos (63,3%) e com antihipertensores (82,0%). Em relação a outras patologias associadas 29,3% referem doenças do aparelho circultório e, como complicações da diabetes, 30,7% referem hipertensão arterial e 17,3% retinopias. Relativamente a internamentos anteriores, 17 pessoas recorreram à urgência, 15 pessoas foram internadas no último ano, sendo que 84,6% indica que foi por hiperglicemia.

Quanto às sugestões apresentadas para melhorar o atendimento, 59,8% da amostra não manifesta qualquer tipo de sugestão, 32,9% referem a implementação do horário da consulta mais preciso, e apenas 7,3% sugerem a implementação do “enfermeiro de família”.

Em relação à percepção subjectiva de saúde, 52,0% das pessoas referem como sendo “razoável”, 33,3% “boa”. Comparativamente com o que percepcionavam há um ano atrás, 76,7% referem que o seu estado de saúde se mantém. Contudo nas mulheres, uma maior percentagem considera a sua saúde “fraca” (14,75% vs 4,0%), revelando que esta diferença tem significado estatístico (res=2,2), (cf. tabela 7).

**Tabela 7 – Caraterização dos utentes face ao seu estado de saúde**

Sexo		Feminino		Masculino		Total		Residuais <sup>5</sup>	
		(n=75)		(n=75)		(n=150)		Fem	Masc
Variáveis		n	%	n	%	n	%		
<b>Toma antihipertensores</b>	Não	13	17,3	14	18,7	27	18,0	0,2	-0,2
	Sim	62	82,7	61	81,3	123	82,0	-0,2	0,2
<b>Toma antidiislipidémicos</b>	Não	25	33,3	30	40,0	55	36,7	0,8	-0,8
	Sim	50	66,7	45	60,0	95	63,3	-0,8	0,8
<b>É portador de outras doenças</b>	Infeciosas e parasitárias	1	1,3	0	0,0	1	0,7	<i>Não aplicado</i> <sup>6</sup>	
	Neoplasias (tumores)	5	6,7	6	8,0	11	7,3	-0,3	0,3
	Endócrinas, nutricionais e metabólicas	14	18,7	9	12,0	23	15,3	1,1	-1,1
	Transtornos mentais e comportamento	2	2,7	3	4,0	5	3,3	<i>Não aplicado</i> <sup>6</sup>	
	Sistema nervoso	6	8,0	7	9,3	13	8,7	-0,3	0,3
	Aparelho circultório	18	24,0	26	34,7	44	29,3	-1,4	1,4
	Aparelho respiratório	0	0,0	2	2,7	2	1,3	<i>Não aplicado</i> <sup>6</sup>	
	Sistema osteomuscular e conjuntivo	15	20,0	9	12,0	24	16,0	1,3	-1,3
	Nenhuma	14	18,7	13	17,3	27	18,0	0,2	-0,2
<b>Complicações devido à diabetes</b>	Retinopia diabética	13	17,30	13	17,3	26	17,3	0,0	0,0
	Alteração gastrointestinal	1	1,30	0	0,0	1	0,7	<i>Não aplicado</i> <sup>6</sup>	
	IRC	0	0,0	1	1,3	1	0,7	<i>Não aplicado</i> <sup>6</sup>	
	Isquémia	1	1,3	2	2,7	3	2,0	<i>Não aplicado</i> <sup>6</sup>	
	AVC	1	1,3	3	4,0	4	2,7	<i>Não aplicado</i> <sup>6</sup>	
	Alteração cardíaca	3	4,0	1	1,3	4	2,7	<i>Não aplicado</i> <sup>6</sup>	
	HTA	23	30,7	23	30,7	46	30,7	0,0	0,0
	Doença arterial periférica	2	2,7	2	2,7	4	2,7	0,0	0,0
Sem alterações	31	41,3	30	40,0	61	40,7	0,2	-0,2	
<b>Esteve internado por causa da diabetes</b>	Não	68	90,7	67	89,3	135	90,0	0,3	-0,3
	Sim	7	9,3	8	10,7	15	10,0	-0,3	0,3
<i>Se sim, qual o motivo</i>	Hiperglicemia	4	80,0	7	87,5	11	84,6	-0,4	0,4
	Vigilância e controlo	1	20,0	1	12,5	2	15,4	<i>Não aplicado</i> <sup>6</sup>	

<b>Recorreu à urgência por causa da diabetes</b>	Não	65	86,7	68	90,7	133	88,7	-0,8	0,8
	Sim	10	13,3	7	9,3	17	11,3	0,8	-0,8
<b>Em geral, a sua saúde é</b>	Ótima	0	0,0	1	1,3	1	0,7	<i>Não aplicado<sup>6</sup></i>	
	Muito boa	2	2,7	5	6,7	7	4,7	<i>Não aplicado<sup>6</sup></i>	
	Boa	21	28,0	29	38,7	50	33,3	-1,4	1,4
	Razoável	41	54,7	37	49,3	78	52,0	0,7	-0,7
	Fraca	11	14,7	3	4,0	14	09,3	2,2	-2,2
<b>Comparativamente com há um ano atrás, como classifica a sua saúde</b>	Com algumas melhoras	4	5,3	3	4,0	7	04,7	<i>Não aplicado<sup>6</sup></i>	
	Igual	53	70,7	62	82,7	115	76,7	-1,7	1,7
	Um pouco pior	18	24,0	10	13,3	28	18,7	1,7	-1,7
<b>Sugestões para melhorar o atendimento da consulta de diabetes no Centro de Saúde</b>	Marcação/ horário de consultas	15	33,3	12	32,4	27	32,9	0,1	-0,1
	Enfermeiro de Família	2	4,4	4	10,8	6	7,3	<i>Não aplicado<sup>6</sup></i>	
	Nenhuma sugestão	28	62,2	21	56,8	49	59,8	0,5	-0,5

Constatamos que, atualmente apenas 10,7% apresentam peso normal e 89,3% peso excessivo. Concretamente, 38,0% dos participantes apresentam excesso de peso e 51,3% apresentam obesidade, dos quais 1,3% revelam obesidade mórbida (grau III), (cf. tabela 8).

Em relação aos parâmetros metabólicos dos participantes nos diferentes momentos avaliativos (atual vs ano atrás), houve um decréscimo na percentagem de utentes com excesso de peso (38,0% vs 39,5%), assim como a percentagem de utentes com obesidade grau II e obesidade mórbida diminuiu (14,3% vs 14,0%; 2,7% vs 1,3%). A nível do perímetro abdominal verificamos que 60,0% dos homens e 86,7% das mulheres evidenciam risco metabólico e cardiovascular muito aumentado ( $P_{abd} \geq 102$  cm vs  $P_{abd} \geq 88$  cm), (cf. tabela 8).

Relativamente aos valores de hemoglobina glicosilada obtidos, verificamos que 64,4% da amostra apresenta mau autocontrolo, encontrando-se em risco metabólico, na medida em que apresentam valores superiores ou iguais a 6,5%. Comparativamente há um ano atrás, a percentagem de utentes com mau autocontrolo aumentou, passando de 57,7% para 64,4%, (cf. tabela 8).

Destacamos atualmente que, relativamente aos valores de pressão arterial sistólica, 63,3% apresentam risco cardiovascular elevado. Quanto à pressão arterial diastólica, 58,0% apresentam valores normotensos e 31,3% evidenciam elevado risco cardiovascular, (cf. tabela 8).

**Tabela 8 – Estatísticas relativas aos parâmetros metabólicos**

Variáveis	Atual		Há um ano atrás	
	n	%	n	%
<b>Índice de Massa Corporal</b>				
Peso normal ( $20 \leq \text{IMC} \leq 24,9$ )	16	10,7	14	9,5
Excesso de peso ( $25 \leq \text{IMC} \leq 29,9$ )	57	38,0	58	39,5
Obesidade grau I ( $30 \leq \text{IMC} \leq 34,9$ )	54	36,0	50	34,0
Obesidade grau II ( $35 \leq \text{IMC} \leq 39,9$ )	21	14,0	21	14,3
Obesidade mórbida (III) ( $\text{IMC} \geq 40$ )	2	1,3	4	2,7
<b>Perímetro abdominal Mulheres</b>				
Inferior a 80 cm	1	1,3	0	0,0
Entre 80 e 87 cm	9	12,0	12	16,2
Superior ou igual a 88 cm	65	86,7	62	83,8
<b>Perímetro abdominal Homens</b>				
Inferior a 93cm	8	10,7	6	8,2
Entre 94 e 101 cm	22	29,3	22	30,1
Superior ou igual a 102 cm	45	60,0	45	61,6
<b>Hemoglobina Glicosilada (HbA1c)</b>				
Inferior a 6,5%	53	35,6	63	42,3
Superior ou igual a 6,5%	96	64,4	86	57,7
<b>Pressão arterial sistólica</b>				
Normal (< 130 mmHg)	27	18,0	31	20,7
Normal limitrofe (130-139 mmHg)	28	18,7	24	16,0
Hipertensão (> 140 mmHg)	95	63,3	95	63,3
<b>Pressão arterial diastólica</b>				
Normal (<85 mmHg)	87	58,0	64	42,7
Normal limitrofe (85-89 mmHg)	16	10,7	40	26,7
Hipertensão (>90 mmHg)	47	31,3	46	30,7

### Síntese do perfil clínico das pessoas portadoras de diabetes

- Revela que o tipo de diabetes mais predominante é a diabetes tipo 2 (88,0%), sendo diabéticos há cerca de 11,56 anos, a maioria tem antecedentes familiares (52,7%) e possui Guia do Diabético.
- Na medicação que verbalizaram tomar, são maioritariamente antidiabéticos orais (82,7%), antihipertensores (82,0%), e antidislipidémicos (63,3%). Também têm a percepção de ter a diabetes controlada (84,7%).
- A área de tratamento onde exprimem ter maior dificuldade é na prática de exercício físico (44,0%), sendo a complicação prevalente a hipertensão arterial (30,7%).
- Em relação à percepção subjectiva de saúde, 52,0% das pessoas referem como sendo “razoável”, 33,3% “boa”. Comparativamente com o que percepcionavam há um ano atrás, 76,7% referem que o seu estado de saúde se mantém.
- O risco metabólico e cardiovascular está presente em 89,3% dos homens e cerca de 98,7% das mulheres.
- Da amostra, 64,4% apresenta mau controlo glicémico, evidenciando risco metabólico.

### 3.3. ESTUDO DO EMPOWERMENT NAS PESSOAS COM DIABETES

Os valores do *empowerment* situam-se entre 1,75 e 4,93, sendo a amplitude do intervalo de variação de 3,18, e um valor de dispersão de *empowerment* de 0,93 ( $A_Q=0,93$ ). As médias dos valores do *empowerment*, tanto para o total ( $3,80\pm 0,64$ ) como para ambos os sexos são elevadas, no entanto é mais elevada no sexo masculino ( $3,87\pm 0,62$ ), (cf. tabela 9).

**Tabela 9 – Estatísticas relativas ao *Empowerment***

Sexo	Feminino (n=75)						Masculino (n=75)						Total (n=150)					
	Min	Máx	Média	Dp	A	A <sub>Q</sub>	Min	Máx	Média	Dp	A	A <sub>Q</sub>	Min	Máx	Média	Dp	A	A <sub>Q</sub>
<i>Empowerment</i>	1,96	4,93	3,73	0,66	2,96	1,07	1,75	4,86	3,87	0,62	3,11	1,11	1,75	4,93	3,80	0,64	3,18	0,93

De acordo com a tendência de respostas, quanto maior o valor global, melhor nível de *empowerment*. Posteriormente, foram criados grupos extremos, tendo por base a fórmula [valor médio  $\pm$  0,25 x intervalo interquartil], preconizado por Pestana e Gageiro (2008), tendo-se obtido os seguintes níveis de *empowerment*: fraco, razoável e elevado *empowerment*.

Observamos que 36,7% dos participantes apresenta um elevado *empowerment* e 33,3% evidenciam fraco *empowerment*. No estudo comparativo entre homens e mulheres, revela que os homens possuem *empowerment* superior aos das mulheres (38,7% vs 34,5%), mas sem diferenças estatísticas significativas ( $res=0,5$ ), (cf. tabela 10).

**Tabela 10 – Distribuição das frequências por níveis de *Empowerment***

Níveis de <i>Empowerment</i>	Sexo	Feminino (n=75)		Masculino (n=75)		Total (n=150)	
		n	%	n	%	n	%
Fraco (< 3,57)		25	33,3	25	33,3	50	33,3
Razoável (3,5 – 4,03)		24	32,0	21	28,0	45	30,0
Elevado (> 4,03)		26	34,7	29	38,7	55	36,7

#### **Síntese do *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes**

- A média do *empowerment* dos utentes portadores de diabetes é de  $3,80\pm 0,64$ , sendo que o limite mínimo da escala é 1 e o máximo é 5.
- Observamos que 36,7% dos participantes apresenta um elevado *empowerment* e 33,3% evidenciam fraco *empowerment*.

- Os homens possuem *empowerment* superior aos das mulheres (38,7% vs 34,5%), mas sem diferenças estatísticas significativas ( $res=0,5$ ).

### 3.4. ESTUDO DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICODAS PESSOAS COM DIABETES

Os valores do autocuidado situam-se entre 2,59 e 6,15, sendo a amplitude do intervalo de variação de 1, e o valor de dispersão de adesão 1 ( $A_Q=1$ ). As médias dos valores dos autocuidados, tanto para o total ( $2,57\pm 0,50$ ) como para cada um dos sexos (feminino –  $2,70\pm 0,46$ ; masculino –  $2,45\pm 0,50$ ) inclui-se na categoria “razoável”, (cf. tabela 11).

**Tabela 11 – Estatísticas relativas ao Autocuidado**

	Sexo	Feminino (n=75)				Masculino (n=75)				Total (n=150)									
		Min	Máx	Média	Dp	A	A <sub>Q</sub>	Min	Máx	Média	Dp	A	A <sub>Q</sub>	Min	Máx	Média	Dp	A	A <sub>Q</sub>
<b>Autocuidado</b>		2.74	6.15	2,70	0,46	1	1	2.59	5.69	2,45	0,50	1	1	2.59	6.15	2,57	0,50	1	1

O *score* por dimensão resulta da média do número de dias dos itens que constituem a dimensão, ou seja quanto maior o *score*, melhor a adesão ao regime terapêutico. O autocuidado das pessoas com diabetes foi ainda analisado face ao nível de adesão. Para o efeito constituímos três níveis de adesão, tendo por base a fórmula [valor médio  $\pm$  0,25 x intervalo interquartil], preconizado por Pestana e Gageiro (2008), obtendo-se os seguintes níveis: inexistente, razoável e bom.

Observamos que 60,7% dos inquiridos evidencia um autocuidado de nível bom, e 39,3% no razoável. Verificamos que as mulheres ( $4,44\pm 0,77$ ) têm uma adesão ao regime terapêutico mais elevada do que os homens, com diferenças significativas ( $res=3,2$ ), (cf. tabela 12).

**Tabela 12 – Distribuição das frequências por níveis de Autocuidado (Adesão)**

Níveis de Autocuidado (adesão)	Sexo	Feminino (n=75)		Masculino (n=75)		Total (n=150)		Residuais <sup>5</sup>	
		n	%	n	%	n	%	Fem	Masc
Inexistente ( $\leq 2$ )		0	0,0	0	0,0	0	0,0	<i>Não</i>	<i>aplicado</i> <sup>6</sup>
Razoável (2-4)		20	26,7	39	52,0	59	39,3	-3,2	3,2
Bom ( $\geq 4$ )		55	73,3	36	48,0	91	60,7	3,2	-3,2

Após caracterização da amostra, procuraremos avaliar as relações existentes entre algumas das variáveis sociodemográficas, clínicas, e *empowerment* e a adesão ao regime terapêutico. Neste sentido pretendemos dar resposta às premissas formuladas para este estudo.

### 3.4.1. Adesão ao regime terapêutico em função das variáveis sociodemográficas

No estudo da relação de algumas variáveis sociodemográficas com as dimensões do autocuidado, utilizamos os testes de U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Correlação de Spearman.

O estudo de correlação entre a adesão ao regime terapêutico e a idade foi realizado através da regressão linear simples. Podemos verificar uma associação positiva entre a idade e todas as dimensões da escala de actividades de autocuidado na diabetes ( $r > 0,000$ ), mas em nenhuma das dimensões esta associação é significativa ( $p < 0,05$ ). Os valores da regressão linear simples revelam que a idade do participante é responsável por 0,4% da variância da adesão ao regime terapêutico, ou seja, os utentes mais velhos têm maior adesão ao regime terapêutico quando comparados com os utentes diabéticos mais novos, (cf. tabela 13).

**Tabela 13 – Análise de regressão linear simples entre a idade e a adesão ao regime terapêutico**

Idade	r	r <sup>2</sup> (%)	p	t	P
Alimentação geral	0,064	0,4	0,435	0,783	0,435
Alimentação específica	0,026	0,1	0,749	0,321	0,749
Atividade física	0,098	1,0	0,233	-1,199	0,233
Cuidados com os pés	0,011	0,0	0,894	0,134	0,894
Administração de terapêutica	0,013	0,0	0,873	-0,160	0,873
Monitorização de glicemia	0,108	1,2	0,187	-1,326	0,187
Valor global das AACD	0,063	0,4	0,443	-0,769	0,443

No total e na maioria das dimensões da escala de autocuidado com a diabetes (exceção para a *atividade física* e para a *monitorização de glicemia*), as mulheres apresentam valores mais elevados e estatisticamente bastante significativos em relação aos homens ( $U=1769,0$ ;  $p=0,000$ ), (cf. tabela 14).

Relativamente ao estado civil, os indivíduos solteiros, viúvos ou divorciados apresentam valores mais elevados na totalidade e maioria das dimensões da escala (com exceção para a dimensão *cuidados com os pés*), onde a diferença é estatisticamente

significativa na dimensão *alimentação específica* ( $U= 1756,0$ ;  $p=0,043$ ), isto é, os utentes solteiros, viúvos ou divorciados têm uma maior adesão ao regime terapêutico ( $4,22\pm 0,84$ ) do que os utentes casados ou em união de facto, (cf. tabela 14). Quanto à perceção da situação financeira, no total e na maioria das dimensões da escala de autocuidado com a diabetes (exceção para a *alimentação específica*, *atividade física* e *cuidados com os pés*), as pessoas que referem uma situação muito problemática apresentam valores, com significância estatística, muito inferiores ( $4,12\pm 0,96$ ) aos que referem uma situação confortável. São os indivíduos que ocupam os seus tempos livres com desporto, lazer e cultura ( $4,37\pm 0,79$ ), os que apresentam valores mais elevados na totalidade e maioria das dimensões da escala (com exceção para as dimensões *alimentação específica* e *monitorização da glicemia*). Estas diferenças são estatisticamente significativas nas dimensões *alimentação geral* ( $H=6,873$ ;  $p=0,032$ ) e *alimentação específica* ( $H=7,238$ ;  $p=0,027$ ). Das restantes variáveis sociodemográficas, mais nenhuma se revelou com diferenças estatísticas entre subgrupos, (cf. tabela 14).

**Tabela 14 - Resultados da análise inferencial das variáveis sociodemográficas com a adesão ao regime terapêutico**

Dimensões do Autocuidado		Alimentação Geral	Alimentação Específica	Atividade Física	Cuidados com os Pés	Administração de Terapêutica	Monitorização de Glicemia	GLOBAL
								Escala de Atividades de Autocuidado na Diabetes
Variáveis		Rho	Rho	Rho	Rho	Rho	Rho	Rho
<b>Sexo</b>	Feminino	83,25	86,60	78,55	83,53	82,25	81,75	89,41
	Masculino	67,75	64,40	72,45	67,47	68,75	69,25	61,59
	(p)	0,027*	0,002**	0,356	0,021*	0,007**	0,074	0,000**
	<b>Mann-Whitney</b>	2231,5	1980,0	2583,5	2210,0	2306,5	2343,5	1769,0
<b>Residência</b>	Rural	75,43	70,55	75,25	70,26	77,33	78,17	73,44
	Urbano	75,59	81,80	75,82	82,17	73,17	72,11	78,12
	(p)	0,982	0,115	0,932	0,088	0,411	0,390	0,512
	<b>Mann-Whitney</b>	2766,0	2356,0	2751,0	2331,5	2618,5	2548,0	2599,0
<b>Estado civil</b>	Casado/União de facto	74,90	71,11	75,18	79,61	74,83	73,98	75,03
	Solteiro/Viúvo/Divorciado	77,10	87,17	76,35	64,56	77,28	79,54	76,74
	(p)	0,779	0,043*	0,874	0,053	0,663	0,479	0,830
	<b>Mann-Whitney</b>	2169,0	1756,0	2199,5	1786,0	2161,5	2069,0	2183,5
<b>Habilitações literárias</b>	Baixa escolaridade	73,27	75,29	79,26	76,38	74,15	76,99	76,77
	Média escolaridade	83,58	74,76	60,31	73,03	78,44	66,37	66,94
	Elevada escolaridade	80,75	99,00	91,25	62,50	108,75	130,00	134,00
	(p)	0,484	0,742	0,058	0,843	0,240	0,092	0,085
	<b>Kruskal-Wallis</b>	1,451	0,598	5,680	0,341	2,851	4,780	4,931
<b>Perceção da situação financeira</b>	Muito problemática	55,00	94,71	76,42	59,50	85,58	73,54	72,08
	Tenho o suficiente	69,31	70,81	78,27	67,59	67,84	70,28	66,51
	Tenho alguma dificuldade	78,95	74,01	73,61	81,45	75,92	73,16	75,93
	Confortável	105,41	87,45	73,45	99,27	99,27	118,82	120,50
	(p)	0,021*	0,273	0,931	0,082	0,010*	0,006*	0,003*
	<b>Kruskal-Wallis</b>	9,717	3,900	0,446	6,715	11,252	12,278	14,197
<b>Ocupação de tempos livres</b>	Desporto/lazer/cultura	87,53	79,96	76,30	77,95	82,56	76,71	83,25
	Agricultura	69,02	64,94	75,71	72,47	72,07	70,29	67,19
	Apoio familiar/social	67,58	88,63	73,72	77,25	70,11	83,69	78,53
	(p)	0,032*	0,027*	0,958	0,756	0,096	0,342	0,122
	<b>Kruskal-Wallis</b>	6,873	7,238	0,085	0,558	4,679	2,143	4,213

Relativamente ao rendimento mensal, existe uma correlação positiva, sem diferença estatisticamente significativa, entre o rendimento mensal e a totalidade e a maioria das dimensões da escala, com exceção das dimensões *alimentação geral* e *administração terapêutica*, onde esta correlação é negativa. Ou seja, quem possui um rendimento mais elevado tem uma maior adesão ao regime terapêutico, praticando uma *alimentação específica*, *atividade física*, *cuidando dos seus pés* e *monitorizando a sua glicemia*. Contudo, são os participantes com baixos rendimentos que apresentam mais cuidados com a *alimentação geral* ( $r=-0,060$ ;  $p=0,467$ ) e com a *administração da terapêutica* ( $r=-0,052$ ;  $p=0,525$ ), (cf. tabela 15).

**Tabela 15 – Correlação entre o rendimento mensal e a adesão ao regime terapêutico**

Dimensões do Autocuidado	Alimentação Geral	Alimentação Específica	Atividade Física	Cuidados com os Pés	Administração de Terapêutica	Monitorização de Glicemia	GLOBAL
							Escala de Atividades de Autocuidado na Diabetes
Variável							
Rendimento mensal							
(p)	0,467	0,273	0,813	0,300	0,525	0,752	0,574
Correlação de Spearman	-0,060	0,090	0,020	0,085	-0,052	0,026	0,046

### 3.4.2. Adesão ao regime terapêutico em função das variáveis clínicas

Para analisar a relação entre algumas variáveis clínicas e as dimensões do autocuidado, utilizamos igualmente os testes de U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Correlação de Spearman.

Nas dimensões da *atividade física* e *monitorização de glicemia* da escala de autocuidado com a diabetes, os indivíduos com diabetes tipo 1 apresentam valores mais elevados em relação aos outros tipos de diabetes, sendo apenas a diferença na dimensão *administração terapêutica* estatisticamente significativa ( $H=7,756$ ;  $p=0,021$ ). Ou seja, os diabéticos tipo 1 ( $4,29\pm 0,92$ ), têm mais cuidados com a *atividade física* e com a *monitorização da glicemia*. Contudo são os portadores de outros tipos de diabetes que têm maiores cuidados na *administração da terapêutica*, (cf. tabela 16).

Quanto à utilização do registo, no total e em todas as dimensões da escala de autocuidado com a diabetes, as pessoas que utilizam registo ( $4,35\pm 0,69$ ) apresentam valores, com significância estatística, superiores aos que não utilizam registo. No total da



escala de atividades de autocuidado na diabetes, são os indivíduos que tomam insulina que apresentam os valores mais elevados ( $4,64 \pm 0,88$ ), com diferença estatisticamente significativa ( $H=8,338$ ;  $p=0,015$ ), (cf. tabela 16).

No total e na maioria das dimensões da escala de autocuidado com a diabetes (exceção para a *alimentação específica* e *atividade física*), quem tem antecedentes familiares de diabetes ( $4,30 \pm 0,70$ ) apresenta valores mais elevados em relação aos que não têm antecedentes familiares de diabetes, sendo apenas estatisticamente significativos para as dimensões *alimentação geral* ( $U=2146,0$ ;  $p=0,012$ ), *cuidados com os pés* ( $U=2241,0$ ;  $p=0,030$ ) e para a escala total ( $U=2232,5$ ;  $p=0,031$ ).

Quem não utiliza o guia do diabético apresenta valores mais elevados relativamente a quem usa, tanto na totalidade como na maioria das dimensões da escala (com exceção para a dimensão *alimentação específica*), sendo estatisticamente significativo para as dimensões *alimentação geral* ( $U=1676,0$ ;  $p=0,017$ ) e *alimentação específica* ( $U=1744,0$ ;  $p=0,038$ ). Quem não utiliza o guia do diabético porque não tem, apresenta valores mais elevados, quer na totalidade como na maioria das dimensões da escala (com exceção para as dimensões *alimentação específica*, *atividade física* e *administração terapêutica*), sendo a diferença estatisticamente significativa apenas para a dimensão *alimentação geral* ( $U=63,0$ ;  $p=0,042$ ) e *administração terapêutica* ( $U=46,50$ ;  $p=0,000$ ), (cf. tabela 16).

**Tabela 16 – Resultados da análise inferencial das variáveis clínicas com a adesão ao regime terapêutico**

Dimensões do Autocuidado		Alimentação Geral	Alimentação Específica	Atividade Física	Cuidados com os Pés	Administração de Terapêutica	Monitorização de Glicemia	GLOBAL
								Escala de Atividades de Autocuidado na Diabetes
Variáveis		Rho	Rho	Rho	Rho	Rho	Rho	Rho
Tipo de diabetes	Tipo 1	74,23	58,43	86,70	63,63	56,20	92,13	78,00
	Tipo 2	75,89	77,52	74,62	76,52	77,21	73,08	74,95
	Outra	64,83	71,83	58,33	90,00	96,67	98,83	87,17
(p)		0,900	0,269	0,417	0,451	0,021*	0,168	0,866
Kruskal-Wallis		0,210	2,627	1,751	1,594	7,756	3,568	0,287
Utiliza registo?	Não	73,79	60,09	71,85	65,80	69,85	65,98	61,23
	Sim	76,74	86,66	78,14	82,52	79,59	82,39	85,83
	(p)	0,678	0,000**	0,347	0,017*	0,055	0,021*	0,001**
Mann-Whitney		2633,0	1769,5	2519,5	2129,5	2384,5	2141,0	1841,5
Tratamento Diabetes	Insulina	72,82	7,74	87,56	73,98	96,48	105,78	97,90
	Comprimidos	76,08	76,98	73,37	75,64	71,87	68,96	71,23
	Não farmacológico	70,00	85,50	38,50	96,50	01,00	130,00	45,00
(p)		0,934	0,607	0,183	0,870	0,000**	0,000**	0,015*
Kruskal-Wallis		0,138	0,997	3,400	0,277	19,276	16,981	8,338
Antecedentes de diabetes na Família	Não	66,23	77,33	75,63	67,56	74,99	71,83	67,44
	Sim	83,84	73,85	75,38	82,63	75,96	78,80	82,74
	(p)	0,012*	0,624	0,969	0,030*	0,846	0,320	0,031*
Mann-Whitney		2146,0	2674,5	2795,0	2241,0	2768,0	2544,0	2232,5
Utiliza Guia do Diabético	Sim	70,38	80,00	75,12	72,46	75,41	72,49	71,67
	Não	89,12	63,54	76,51	83,57	75,73	83,50	85,68
	(p)	0,017*	0,038*	0,851	0,154	0,955	0,161	0,078
Mann-Whitney		1676,0	1744,0	2193,0	1903,5	2225,0	1906,5	1817,0
Se não, porque?	Não possui	22,65	20,00	20,79	21,81	18,87	21,00	21,07
	Esquecimento/utilidade	13,00	25,86	22,00	17,07	31,36	21,00	20,64
	(p)	0,042*	0,238	0,798	0,313	0,000**	1,000	0,931
Mann-Whitney		63,00	85,00	112,00	91,50	46,50	119,00	116,50

O estudo de correlação entre a adesão ao regime terapêutico e o tempo de duração da diabetes foi realizado através da regressão linear simples. Podemos verificar uma associação positiva entre o tempo de duração da doença e todas as dimensões da escala de actividade de autocuidado ( $r=0,057$ ;  $p=0,492$ ), isto é, os utentes com mais tempo de diagnóstico da doença, têm uma maior adesão ao regime terapêutico. Contudo em nenhuma das dimensões esta associação é significativa. Os valores da regressão linear simples revelam que o tempo de duração da doença é responsável por 0,3% da variância da adesão ao regime terapêutico, (cf. tabela 17).

**Tabela 17 – Análise de regressão linear simples entre o tempo de duração da diabetes e a adesão ao regime terapêutico**

Tempo de duração da diabetes	r	r <sup>2</sup> (%)	p	t	p
Alimentação geral	0,049	0,2	0,549	0,601	0,549
Alimentação específica	0,055	0,3	0,503	-0,672	0,503
Atividade física	0,073	0,5	0,378	0,884	0,378
Cuidados com os pés	0,021	0,0	0,803	-0,249	0,803
Administração de terapêutica	0,001	0,0	0,990	0,013	0,990
Monitorização de glicemia	0,046	0,2	0,577	0,046	0,577
Valor global das AACD	0,057	0,3	0,492	0,689	0,492

Quem pensa ter a diabetes controlada possui valores mais elevados na totalidade e na maioria das dimensões da escala (com exceção das dimensões *alimentação geral*, *atividade física* e *cuidados com os pés*), sendo a diferença estatisticamente significativa apenas para as dimensões *administração terapêutica* ( $U=1147,5$ ;  $p=0,021$ ) e *monitorização da glicemia* ( $U=997,0$ ;  $p=0,014$ ), isto é, os utentes que pensam ter a diabetes controlada têm uma maior adesão ao regime terapêutico. Contudo têm menos cuidados com a alimentação geral, com a actividade física e com os cuidados aos pés, (cf. tabela 18).

Os indivíduos que já tiveram internamento devido à diabetes apresentam valores mais elevados na totalidade e na maioria das dimensões, com exceção na dimensão *cuidados com os pés*, contudo não existe diferença estatisticamente significativa em nenhuma das dimensões, ao contrário do que se verifica na recorrência à urgência, onde são os indivíduos que não recorreram à urgência que apresentam valores mais elevados na totalidade e na maioria das dimensões (com exceção das dimensões *atividade física* e *administração terapêutica*), sendo esta diferença estatisticamente significativa nas dimensões *cuidados com os pés* ( $U=784,0$ ;  $p=0,036$ ) e *administração terapêutica* ( $U=748,5$ ;  $p=0,001$ ). Ou seja, os utentes que não recorreram ao serviço de urgência devido à diabetes apresentam uma maior adesão ao regime terapêutico, (cf. tabela 18).

Quanto às áreas de tratamento com mais dificuldades, o cuidar dos pés é a área que apresenta valores mais elevados na totalidade da escala, sendo a diferença estatisticamente significativa entre as outras áreas de tratamento na dimensão *alimentação específica* ( $H=15,571$ ;  $p=0,008$ ), isto é, os utentes com mais dificuldades em cuidar dos seus pés, apresentam uma maior adesão ao regime terapêutico do que os utentes cujas suas dificuldades são nas áreas da alimentação, exercício físico, medicação ou auto-vigilância, (cf. tabela 18). Os indivíduos que fazem pesquisa de glicemia capilar apresentam valores mais elevados na totalidade e em todas as dimensões da escala, não havendo diferenças estatisticamente significativas ( $U=723,5$ ;  $p=0,140$ ), isto é, quem faz a pesquisa de glicemia apresenta uma maior adesão ao regime terapêutico do que os utentes que não fazem esta pesquisa, (cf. tabela 18).

Na totalidade e em metade das dimensões da escala (com exceção para a *alimentação específica, administração da terapêutica e monitorização da glicemia*), os indivíduos cuja percepção da sua saúde é razoável, apresenta valores mais elevados, sem diferenças estatisticamente significativas. Comparando com o ano anterior, os indivíduos que acham que a sua saúde tem algumas melhoras, apresentam valores mais elevados na totalidade e na maioria das dimensões (com exceção das dimensões *administração de terapêutica e monitorização da glicemia*), sendo a diferença estatisticamente significativa entre os grupos na dimensão *atividade física* ( $H=6,307$ ;  $p=0,043$ ), (cf. tabela 18).

**Tabela 18 – Resultados da análise inferencial das variáveis clínicas com a adesão ao regime terapêutico**

Dimensões do Autocuidado		GLOBAL						Escala de Atividades de Autocuidado na Diabetes
		Alimentação Geral	Alimentação Específica	Atividade Física	Cuidados com os Pés	Administração de Terapêutica	Monitorização de Glicemia	
Variáveis		Rho	Rho	Rho	Rho	Rho	Rho	Rho
Na sua opinião, tem a diabetes controlada	Sim	78,20	75,30	76,94	76,79	73,04	71,85	75,11
	Não	60,61	76,59	67,57	68,37	89,11	95,65	77,65
(p)		0,070	0,896	0,307	0,382	0,021*	0,014*	0,796
Mann-Whitney		1118,0	1435,5	1278,0	1296,5	1147,5	997,0	1411,0
Internamentos devido à diabetes?	Não	75,31	74,97	74,95	76,61	74,13	73,84	74,33
	Sim	77,17	80,27	80,43	65,47	87,80	90,43	86,00
(p)		0,874	0,654	0,619	0,335	0,102	0,155	0,324
Mann-Whitney		978,5	941,0	938,5	862,0	828,0	785,5	855,0
Recorreu à urgência devido à diabetes?	Não	75,60	75,89	73,86	78,11	72,63	76,09	75,63
	Sim	74,71	72,41	88,32	75,12	97,97	70,85	74,50
(p)		0,935	0,755	0,165	0,036*	0,001**	0,635	0,920
Mann-Whitney		1117,0	1078,0	912,5	784,0	748,5	1051,5	1113,5
Áreas de tratamento com mais dificuldades	Alimentação	69,09	62,79	82,56	72,63	72,02	75,63	71,59
	Exercício físico	76,39	87,10	67,17	72,89	81,52	70,71	74,20
	Medicação	87,67	41,00	121,00	94,00	50,33	106,67	98,67
	Auto-vigilância	99,64	88,07	79,07	98,21	74,00	57,07	84,79
	Cuidar dos pés	97,94	89,33	72,56	85,78	65,89	107,61	99,06
(p)		0,150	0,008**	0,092	0,417	0,281	0,065	0,486
Kruskal-Wallis		8,113	15,571	9,476	4,993	6,269	10,370	4,456

Faz pesquisa de glicemia capilar?	Não	65,36	66,25	69,36	67,18	73,07	72,93	59,18
	Sim	76,54	76,45	76,13	76,36	75,75	75,76	77,18
(p)		0,352	0,402	0,551	0,442	0,756	0,814	0,140
Mann-Whitney		810,0	822,5	866,0	835,5	918,0	916,0	723,5
A sua saúde é:	Ótima	19,50	14,50	38,50	125,0	74,00	130,0	65,00
	Muito boa	73,93	75,71	54,21	104,71	74,00	56,07	68,29
	Boa	68,31	76,15	76,48	76,27	71,54	70,03	69,53
	Razoável	83,96	73,08	78,07	74,09	75,79	81,75	82,03
	Fraca	58,82	90,93	70,96	62,46	88,89	66,04	64,82
(p)		0,081	0,406	0,510	0,193	0,475	0,184	0,434
Kruskal-Wallis		8,297	3,998	3,292	6,083	3,518	6,209	3,802
Comparando com o ano anterior, a sua saúde está:	Com algumas melhoras	94,71	87,93	101,93	84,71	75,14	61,36	93,29
	Igual	74,33	74,20	77,18	77,89	74,02	75,45	74,72
	Um pouco pior	75,50	77,73	61,98	63,38	81,68	79,25	74,25
(p)		0,474	0,687	0,043*	0,226	0,496	0,614	0,540
Kruskal-Wallis		1,495	0,751	6,307	2,972	1,402	0,976	1,233

Relativamente ao número de consultas, existe uma correlação negativa, na totalidade e na maioria das dimensões da escala, com exceção das dimensões *alimentação geral* e *administração terapêutica* ( $r=-0,038$ ;  $p=0,645$ ). Ou seja, quem frequenta um maior número de consultas, apresenta uma menor adesão ao regime terapêutico, com exceção da *alimentação geral* e da *administração terapêutica*, onde são os participantes que frequentam o maior número de consultas os que apresentam mais cuidados nestas áreas, (cf. tabela 19).

Quando analisado o índice de massa corporal atual, existe uma correlação negativa nas dimensões *alimentação específica* ( $r=-0,145$ ;  $p=0,077$ ) e *actividade física* ( $r=-0,133$ ;  $p=0,105$ ), ou seja, quem tem maior IMC, tem menores cuidados com a alimentação e actividade física. A correlação é muito significativa na totalidade da escala ( $r=0,548$ ;  $p=0,000$ ), ou seja os participantes com maior IMC têm uma maior adesão ao regime terapêutico, (cf. tabela 19).

Relativamente ao perímetro abdominal atual, a correlação é negativa na totalidade ( $r=-0,044$ ;  $p=0,594$ ) e na maioria das dimensões da escala, com exceção das dimensões *alimentação geral* ( $r=0,036$ ;  $p=0,665$ ) e *monitorização da glicemia* ( $r=0,043$ ;  $p=0,601$ ), onde esta correlação é positiva. Ou seja, os utentes com maior perímetro abdominal apresentam uma menor adesão ao regime terapêutico, com exceção nas dimensões *alimentação geral* e *monitorização da glicemia*, onde os participantes que têm maior perímetro abdominal têm mais cuidados, (cf. tabela 19).

Quanto à hemoglobina glicosilada atual, a correlação é negativa na totalidade ( $r=-0,014$ ;  $p=0,870$ ) e em metade das dimensões (com exceção das dimensões *alimentação específica*, *administração terapêutica* e *monitorização da glicemia*). Apenas na dimensão *administração da terapêutica* esta correlação é muito significativa ( $r=0,229$ ;  $p=0,005$ ). Ou seja, quem tem menores níveis de hemoglobina glicosilada apresenta melhor adesão ao

regime terapêutico, contudo são os que apresentam valores de hemoglobina glicosilada superiores que têm mais cuidados na administração terapêutica, (cf. tabela 19).

**Tabela 19 – Resultados da correlação entre consultas de diabetes e parâmetros metabólicos, com a adesão ao regime terapêutico**

Dimensões do Autocuidado	GLOBAL						
	Alimentação Geral	Alimentação Específica	Atividade Física	Cuidados com os Pés	Administração de Terapêutica	Monitorização de Glicemia	Escala de Atividades de Autocuidado na Diabetes
<b>Variáveis</b>							
<b>Quantas consultas de Diabetes teve no último ano?</b>							
(p)	0,297	0,646	0,092	0,616	0,182	0,654	0,645
Correlação de Spearman	0,086	-0,038	-0,138	-0,041	0,110	-0,037	-0,038
<b>IMC</b>							
(p)	0,017*	0,077	0,105	0,811	0,350	0,015*	0,000**
Correlação de Spearman	0,195	-0,145	-0,133	0,020	0,077	0,198	0,548
<b>Perímetro abdominal</b>							
(p)	0,665	0,041*	0,480	0,374	0,598	0,601	0,594
Correlação de Spearman	0,036	-0,167	-0,058	-0,073	-0,043	0,043	-0,044
<b>HbA1c</b>							
(p)	0,559	0,473	0,182	0,355	0,005**	0,439	0,870
Correlação de Spearman	-0,048	0,059	-0,110	-0,076	0,229	0,064	-0,014

### 3.4.3. Predição da Adesão ao regime terapêutico pelo *Empowerment*

No estudo da relação da adesão ao regime terapêutico com o *empowerment*, utilizamos os testes de Correlação de Spearman. Em todas as dimensões da escala de *empowerment* na diabetes, existe correlação positiva estatisticamente significativa com a *alimentação geral* ( $r=0,361$ ;  $p=0,000$ ), *cuidados com os pés* ( $r=0,277$ ;  $p=0,001$ ) e *monitorização da glicemia* ( $r=0,295$ ;  $p=0,000$ ).

A correlação do *empowerment* (nota global) com as atividades de autocuidado na diabetes (nota global) é positiva e estatisticamente significativa ( $r=0,386$ ;  $p=0,000$ ), ou seja, à medida que aumenta o *empowerment* da pessoa, aumenta também a sua adesão ao regime terapêutico, principalmente nas áreas da alimentação geral, nos cuidados aos pés, na administração terapêutica e na monitorização da glicemia, (cf. tabela 20).

**Tabela 20 – Matriz de correlação de Spearman entre *Empowerment* e o Autocuidado**

Dimensões do Autocuidado	Alimentação Geral	Alimentação Específica	Atividade Física	Cuidados com os Pés	Administração de Terapêutica	Monitorização de Glicemia	GLOBAL
							Escala de Atividades de Autocuidado na Diabetes
<b>Dimensões do Empowerment</b>							
Aspectos Psicossociais da Diabetes							
(p)	0,000**	0,480	0,558	0,015*	0,227	0,030*	0,002*
<b>Correlação de Spearman</b>	0,334	-0,058	-0,048	0,199	0,099	0,177	0,254
Insatisfação e Prontidão para a Mudança							
(p)	0,000**	0,243	0,602	0,000**	0,255	0,000**	0,000**
<b>Correlação de Spearman</b>	0,330	0,096	0,043	0,408	0,094	0,357	0,467
Estabelecer e alcançar metas da Diabetes							
(p)	0,000**	0,663	0,954	0,005**	0,054	0,000**	0,000**
<b>Correlação de Spearman</b>	0,314	-0,036	-0,005	0,227	0,158	0,296	0,365
Nota global da DES							
(p)	0,000**	0,965	0,958	0,001**	0,088	0,000**	0,000**
<b>Correlação de Spearman</b>	0,361	-0,004	-0,004	0,277	0,140	0,295	0,386

Estudámos também a predição da adesão ao regime terapêutico pelo *empowerment*, apurando-se uma associação positiva e significativa entre o *empowerment* e a adesão ao regime terapêutico ( $r=0,377$ ;  $p=0,000$ ), (cf. tabela 21).

**Tabela 21 – Análise de regressão linear entre o *Empowerment* e a adesão ao regime terapêutico**

Escala de Atividades de Autocuidado na Diabetes	r	r <sup>2</sup> (%)	p	t	p
Aspectos Psicossociais da Diabetes	0,243	0,059	0,003**	-1,981	0,003**
Insatisfação e Prontidão para a Mudança	0,435	0,190	0,000**	4,002	0,000**
Estabelecer e alcançar metas da Diabetes	0,470	0,221	0,000**	2,412	0,000**
Nota global da DES	0,377	0,142	0,000**	4,959	0,000**

Realizámos uma análise de regressão simples para sabermos em quanto a variável *empowerment* explica a adesão ao regime terapêutico das pessoas portadoras de diabetes, obtendo um coeficiente de determinação<sup>7</sup> de 0,142 ( $R^2 = 0,142$ ), isto permite-nos constatar que o *empowerment* é responsável em 13,7% pela variabilidade do valor global da adesão ao regime terapêutico, (cf. tabela 22).

O teste F é estatisticamente significativo para um nível de significância de 95%, o que leva à rejeição da nulidade entre as variáveis, ( $F=24,593$ ;  $p=0,000$ ). Dado o coeficiente da variável ser diferente de zero, permite afirmar que a variável que entrou no modelo de regressão tem poder explicativo na adesão ao regime terapêutico, (cf. tabela 22).

<sup>7</sup> O valor do  $r^2$  está compreendido entre zero e um ( $0 \leq R^2 \leq 1$ ), e determina a proporção da variabilidade total que é explicada pela regressão (a validade da regressão é tanto maior quanto mais próximo da unidade estiver o coeficiente de determinação), (Maroco, 2007).

Esta variável é significativa, o que nos permite inferir que quanto maior for o *empowerment*, maior é a adesão ao regime terapêutico, (cf. tabela 22).

O modelo final ajustado para regressão é dado pela seguinte fórmula:

**Adesão ao regime terapêutico das pessoas portadoras de diabetes = 2,512 + (0,442 *empowerment*)**

**Tabela 22 – Análise de regressão linear simples entre o *Empowerment* e a Adesão ao regime terapêutico das Pessoas portadoras de Diabetes**

Pesos de regressão					
Variável Independente		Coefficiente Beta	Coefficiente padronizado	t	P
Constante		2,512		7,311	0,000
<i>Empowerment</i>		0,442	0,377	4,959	0,000
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	11,976	1	11,976	24,593	0,000
Residual	72,073	148	0,487		
Total	84,049	149			

### Síntese dos resultados inferenciais

- Relativamente às características sociodemográficas, são as mulheres (4,44±0,77), os utentes mais idosos (r=0,063; p=0,443), os indivíduos solteiros, viúvos ou divorciados (4,22±0,84), com elevada escolaridade (4,77±0,54), com condições socioeconómicas mais elevadas (5,02±0,62), que ocupam os seus tempos livres com desporto, lazer e cultura (4,37±0,79), e que têm um rendimento mensal mais elevado (r=0,574; p=0,041) que apresentam uma maior adesão ao regime terapêutico.
- Quanto às características clínicas, são os indivíduos com diabetes tipo 1 (4,29±0,92), que tomam insulina (4,64±0,88), as pessoas que realizam a vigilância/monitorização da glicemia e registo no Guia do Diabético (4,35±0,69), com antecedentes familiares de diabetes (4,30±0,70), utentes com mais tempo de diagnóstico da doença (r=0,057; p=0,492), IMC mais elevado (r=0,548; p=0,000), perímetro abdominal mais reduzido (r=-0,048; p=0,594) e níveis de hemoglobina glicosilada mais baixos (r=-0,014; p=0,870), que apresentam valores mais elevados de adesão ao regime terapêutico.

- Quanto ao *empowerment*, existe uma associação positiva e significativa entre o *empowerment* e a adesão ao regime terapêutico ( $r=0,377$ ;  $p=0,000$ ), ou seja, quanto maior o *empowerment*, maior a adesão ao regime terapêutico.



## 4. DISCUSSÃO

Reservou-se para este momento do estudo a discussão dos resultados e suas implicações. Nesta fase o investigador tenta dar sentido às análises, compreender o que significam as descobertas.

Pretende-se igualmente confrontar os resultados obtidos com os objetivos previstos para este estudo e com resultados anteriormente realizados nesta área.

### 4.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA (LIMITAÇÕES DO ESTUDO)

Ao longo deste trabalho pretendemos cumprir com o rigor científico exigido. Atendendo ao tipo de estudo e às variáveis envolvidas, utilizamos uma metodologia quantitativa, que nos permitiu atingir os objetivos traçados. Para tal, definimos uma amostra clínica que nos permitiu obter resultados fiáveis e utilizamos como instrumento de colheita de dados um questionário. Parafraseando Sampieri et al., (2003), são os instrumentos que mais se adequam para estudar num curto espaço de tempo um grande número de indivíduos.

Algumas considerações sobre os aspectos metodológicos deste trabalho tornam-se necessárias, principalmente no que diz respeito ao tipo de amostra não probabilística e aos instrumentos de colheita de dados utilizados, pelas limitações e reservas que impõem na interpretação dos resultados encontrados, pois avaliam a perceção individual da pessoa, assim como nas conclusões que deles se podem retirar.

Não podemos esquecer as limitações que surgem quando trabalhamos com o público, neste caso pessoas portadoras de diabetes, uma vez que os resultados vão depender da honestidade e sinceridade da resposta, superando a tendência em responder às condutas mais desejáveis e nem sempre às que realmente se experienciam.

Apesar destas limitações consideramos que os resultados obtidos permitem adquirir um conhecimento mais profundo sobre a problemática da adesão ao regime terapêutico e do *empowerment* dos utentes diabéticos, o que poderá dar um contributo importante ao nível da prevenção primária.

Como referido anteriormente, o estudo enquadra-se no tipo de pesquisa não experimental, quantitativa, transversal, tendo características de estudos descritivos e correlacionais.

## 4.2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Na base da discussão, está uma reflexão que se pretende crítica, sobre a metodologia utilizada e abordagem dos resultados obtidos sobre a adesão ao regime terapêutico e *empowerment*, da pessoa portadora de diabetes. A reflexão proposta visa ainda a comparação dos dados obtidos com outras investigações, a elaboração de algumas recomendações, que se consideram necessárias para esta mudança no Sistema de Saúde, para que possam ser atingidos outros patamares da qualidade, eficácia e capacitação das pessoas de uma doença crónica (a diabetes) e das equipas multidisciplinares.

A doença crónica é tida como uma situação permanente e limitadora, sendo necessário que o utente se adapte, pois ocorrem perdas em vários aspectos tais como: físico, social, emocional, entre outros. A Diabetes *Mellitus* (DM) constitui um grave problema de saúde pública não só pela crescente incidência das suas formas mais prevalentes, Diabetes tipo 1 e 2, como também pela elevada morbilidade e mortalidade que lhe estão associada (DGS, 2011); (ADA, 2013).

No que diz respeito à amostra, foi aplicado um questionário a 150 utentes diabéticos, sendo 50,0% de ambos os sexos, com idades que oscilam entre os 28 e os 90 anos. A maioria reside no meio rural, é casada ou vive em união de facto e possuem um baixo nível de escolaridade. A fonte de rendimento, maioritariamente, provém da reforma/pensão e exerceu/exerce a sua atividade profissional por conta de outrem. Relativamente à situação financeira, a maioria da amostra considera ter algumas dificuldades e apenas 7,3% considera viver confortável. São católicos e a agricultura foi a atividade de tempos livres mais desenvolvida.

A amostra possui ainda, na sua maioria, diabéticos tipo 2 com antecedentes familiares de diabetes, que usam o guia do diabético e em média são diabéticos há cerca de 11 anos. A maioria realiza a vigilância da sua doença, com maior incidência nos Cuidados de Saúde Primários, efetua a pesquisa de glicemia capilar e tem a perceção de ter a diabetes controlada. Avaliam a sua saúde atual como “razoável”, considerando que, comparativamente ao ano transato, o seu estado de saúde não se alterou. Quanto aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, revelaram elevada adesão ao regime terapêutico.

Também Cunha, et. al., (2008) no estudo sobre a qualidade de vida dos diabéticos com alterações nos pés, encontrou uma amostra predominantemente casada, com baixa escolaridade e com fracos recursos económicos. A corroborar os resultados desta

investigação estão também os estudos desenvolvidos por Patrão (2011); Pinto e José (2012); Santos (2010); Cunha (2007) e o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2011) com dados de 2010, expressando que a prevalência da Diabetes em 2010 foi de 12,4% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos.

No âmbito do autocuidado, os valores situam-se entre 2,59 e 6,15 com médias de valores  $(4,19\pm 0,75)$  para ambos os sexos, que se considera razoável. Constatamos que 60,7% dos inquiridos evidencia bom autocuidado, denotando-se que as mulheres  $(4,44\pm 0,77)$  têm uma adesão ao regime terapêutico mais elevada do que os homens.

Efetuiu-se o cruzamento entre as diversas variáveis com o objetivo de validar as hipóteses previamente formuladas. Através dos cruzamentos verifica-se que existem algumas relações pertinentes para um nível de significância de 5%.

Os resultados apresentados mostram que algumas situações estão em conformidade com resultados encontrados por outros autores, havendo outras que se podem revestir de explicações distintas, como em seguida se explicita.

- **Relação entre as variáveis sócio demográficas e a adesão ao regime terapêutico**

As mulheres apresentam em média melhores comportamentos ao nível das dimensões do autocuidado  $(4,44\pm 0,77)$ . As diferenças são significativas nas dimensões *alimentação geral, alimentação específica, cuidados com os pés, administração terapêutica e escala global*. Contrariamente Vermeire et al. (2001) cit. in Pinto e José (2012) e Cunha-Nunes (2004), referem que a variável **sexo**, apesar de ser frequentemente avaliada, não tem demonstrado uma relação consistente com o grau de adesão terapêutica. Estas diferenças são as habituais, já que o homem “vivencia” a saúde de forma diferente da mulher, uma vez que esta vive a doença e saúde de forma mais emocional. De acordo com inúmeros estudos (Berger e Poirier, 1995; Farinatti, 2002; Brito et al., 2008), o envelhecimento e a feminização tendem a aumentar de forma significativa e acentuada, reconhecendo-se que as mulheres e homens têm percursos diferenciados na forma de envelhecer.

Observamos uma associação positiva entre a **idade** e todas as dimensões do autocuidado na diabetes, isto é, os utentes mais velhos pontuaram com melhores comportamentos ao nível do autocuidado face aos mais novos. A idade do diabético é responsável por 0,4% da variância da adesão ao regime terapêutico, em que os utentes mais novos têm pior adesão ao regime terapêutico quando comparados com os utentes diabéticos mais velhos. Cunha-Nunes (2004) constatou que há maior idade correspondia

maior adesão. Contudo, Coimbra (2013) no seu estudo, obteve que os utentes mais novos conseguem *cuidar melhor dos pés* face aos mais velhos; Patrão (2011) concluiu que o avançar da idade é preditor de um mais baixo nível de auto-eficácia: doentes mais velhos demonstraram valores de auto-eficácia mais baixos.

A **zona de residência** dos utentes não influenciou de forma significativa a adesão ao regime terapêutico, resultado este que vai de encontro ao estudo de Cunha-Nunes (2004) e de Coimbra (2013) sobre gestão do regime terapêutico na pessoa com Diabetes, descrevendo as autoras que a adesão não sofria influência do contexto de residência.

Relativamente ao **estado civil**, os indivíduos solteiros, viúvos ou divorciados apresentam valores mais elevados de adesão ao regime terapêutico ( $4,22\pm 0,84$ ), além de manifestar melhores comportamentos no âmbito da *alimentação específica*. Contrariamente, Santos (2010) constatou que os viúvos, solteiros e divorciados carecem de atenção diferenciada, podendo afetar negativamente o seu tratamento, bem como a adesão. Porém, Coimbra (2013) concluiu igualmente que os utentes solteiros, casados, divorciados e viúvos apresentam iguais hábitos alimentares (alimentação geral e específica).

Apurámos que os utentes com elevada **escolaridade** são quem mais se preocupa com o seu autocuidado ( $4,77\pm 0,54$ ), mas são os utentes com baixa escolaridade que mais cuida dos pés durante a semana, não existindo diferenças significativas. Contrariamente, Villas-Boas et al. (2012) expressa existir uma correlação inversa entre a escolaridade e adesão ao autocuidado em pessoas portadoras de diabetes, sugerindo que quanto menor a escolaridade, maior a adesão ao autocuidado com a diabetes. Por sua vez, Cunha-Nunes (2004) e Dias et al. (2011) também encontraram que o baixo grau de escolaridade influencia negativamente adesão ao regime terapêutico.

As condições sócio económicas do indivíduo com diabetes mellitus interferem diretamente no seguimento do tratamento dessa doença, o qual exige gastos relativos a uma alimentação saudável, medicamentos que, muitas vezes, se encontram em falta nas unidades de saúde, o uso de calçados apropriados e controlo da glicemia. Quanto à perceção da **situação financeira**, as pessoas que referem uma situação confortável apresentam melhores comportamentos a nível da *alimentação geral, administração terapêutica, monitorização de glicemia e autocuidado global* ( $5,02\pm 0,62$ ). Conforme foi mostrado por Santos (2010), uma boa parcela, dos utentes que tem baixos recursos financeiros, pode justificar a grande dificuldade que apresentam para conduzir adesão ao tratamento.

São os indivíduos que **ocupam os seus tempos livres** com desporto, lazer e cultura, os que apresentam valores mais elevados na adesão ao regime terapêutico ( $4,37\pm 0,79$ ), ou seja, quem realiza exercício físico com regularidade expressa melhores comportamentos a nível da alimentação geral e específica. Por sua vez, Mancina (2009) tem evidenciado que entre outros factores, um estilo de vida sedentário e níveis baixos de exercício estão associados de forma significativa com o desenvolvimento de doenças crónicas, sendo fundamental actuar a este nível, uma vez que as opções não farmacológicas têm revelado resultados efectivos na redução dos factores de risco.

Verificamos que existe uma correlação positiva entre o **rendimento mensal** e nota global/ maioria das dimensões do autocuidado, com excepção das dimensões *alimentação geral* e *administração terapêutica*, onde esta correlação é negativa. Ou seja, quem possui um rendimento mais elevado tem uma maior adesão ao regime terapêutico, praticando melhores comportamentos na alimentação específica, na actividade física, cuidando dos seus pés e monitorizando a sua glicemia. Contudo, são os participantes com baixos rendimentos que apresentam mais cuidados com a alimentação geral, não existindo diferenças significativas. Estes resultados corroboram com o estudo de Pinto e José (2012), constatando que o baixo rendimento, o desemprego ou a falta de estabilidade no emprego constituem barreiras significativas a uma efetiva adesão terapêutica.

Estes dados refletem que as variáveis pessoais, familiares, sociais e factores sócio-demográficos, como a idade, poderão influenciar a representação da doença, o *coping* e, por conseguinte adesão ao regime terapêutico. Contudo a OMS alerta para “o facto da idade, sexo, educação, ocupação, rendimentos, estado civil, raça, religião, etnia e vida urbana *versus* rural não terem sido claramente associadas à adesão, deixa em aberto a necessidade de se investigar sobre esta problemática” (OMS, 2003, p. 28).

- **Relação entre as variáveis clínicas e a adesão ao regime terapêutico**

Relativamente ao estudo das dimensões *atividade física* e *monitorização de glicemia* do autocuidado com a diabetes, os indivíduos com diabetes **tipo 1** apresentam valores mais elevados ( $4,29\pm 0,92$ ) em relação aos outros tipos de diabetes, ou seja, os diabéticos tipo 1 têm mais cuidados com a atividade física e com a monitorização da glicemia. Verificamos diferenças significativas a nível da *administração terapêutica*, onde são os portadores de outros tipos de diabetes que têm melhores comportamentos de adesão. Patrão (2011) observou que nos utentes insulino dependentes a dificuldade na adesão é muito baixa.

Neste sentido, constatamos que são os indivíduos que tomam **insulina** que apresentam melhor adesão ao regime terapêutico ( $4,64\pm 0,88$ ). Corroboram, Dualibi, Valente e Dib (2009) cit in Santos (2010), expressando que as principais opções para o tratamento medicamentoso da diabetes tipo 2 devem ser avaliadas de acordo com as condições do doente, uma vez que apresentam efeitos colaterais, contribuindo para a dificuldade de adesão ao tratamento. Contrariamente, Villas-Boas et al (2012) no seu estudo não verificou associação entre os tipos de tratamento da diabetes e a adesão ao regime terapêutico (somente insulina, somente antidiabéticos orais e associações).

Quanto à **utilização do registo**, no total e em todas as dimensões do autocuidado com a diabetes, as pessoas que realizam a vigilância/ monitorização da glicemia e registo no Guia do Diabético apresentam valores ( $4,35\pm 0,69$ ), com significância estatística, superiores aos que o não realizam. Contudo, quem não utiliza o Guia do Diabético porque não tem, apresenta valores mais elevados, quer na totalidade como na maioria das dimensões do autocuidado. Ou seja, os utentes portadores de Guia do Diabético obtêm melhores comportamentos de adesão a nível *alimentação geral* e *administração terapêutica*. Desde 2004 que a Sociedade Portuguesa de Diabetologia tem vindo a reforçar que o Guia do Diabético é instrumento educativo no âmbito da educação terapêutica. Recentemente e enfatizando a importância deste procedimento, a Direção Geral de Saúde emitiu a norma 1/2013 de 19/2/2013 denominada *Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus Tipo 2*, em que refere “no Centro de Saúde, a pessoa com Diabetes recebe o exemplar do Guia da pessoa com diabetes (GUIA) (...) bem como a necessidade do seu preenchimento periódico, para o que poderá pedir ajuda aos profissionais de saúde”(DGS, 2013).

Os utentes com **antecedentes familiares de diabetes**, apresentam valores mais elevados de adesão ( $4,30\pm 0,70$ ) em relação aos que não têm antecedentes, com diferenças estatísticas no âmbito da *alimentação geral, cuidados com os pés*, isto é, os utentes que não têm antecedentes de diabetes na família relatam piores comportamentos na adesão ao regime terapêutico. Estes resultados, poder-se-ão explicar pelo facto do comportamento de adesão expressar mais do que simplesmente seguir as instruções médicas, dependendo da adopção e manutenção de comportamentos terapêuticos, assim como da autogestão de factores biológicos, comportamentais e sociais que influenciam a saúde e a doença (OMS, 2001 cit in Catela e Amendoeira, 2010).

O estudo do efeito da **duração da doença** na adesão ao regime terapêutico, revelou uma associação positiva com todas as dimensões do autocuidado, ou seja, os utentes com mais tempo de diagnóstico da doença, têm uma maior adesão ao regime terapêutico. O tempo de duração da doença é responsável por 0,3% da variância da adesão ao regime terapêutico. Também, Coimbra (2013) obteve que o tempo de duração da doença influencia de forma parcial a adesão ao regime terapêutico dos utentes. Para Santos (2010), o tempo da descoberta do diagnóstico influencia na adesão ao tratamento, pois o utente adquire mais conhecimentos sobre a doença, suas complicações, tratamento e auto-cuidado durante o período patológico da diabetes; Cunha-Nunes (2004) constatou que quanto maior a duração da doença pior a adesão.

Quanto às **áreas de tratamento com mais dificuldades**, o *cuidar dos pés* é a área que apresenta valores mais elevados no autocuidado, sendo a diferença estatisticamente significativa entre as outras áreas de tratamento na dimensão *alimentação específica*, isto é, os utentes com mais dificuldades em cuidar dos seus pés, apresentam uma maior adesão ao regime terapêutico. Por outro lado os diabéticos cujas dificuldades são acrescidas nas áreas da alimentação, exercício físico, medicação ou auto-vigilância, têm uma baixa adesão ao regime terapêutico. Será importante salientar que a amostra do nosso estudo é constituída por indivíduos com uma faixa etária elevada em que o fator educacional, associado a estilos de vida mais sedentários e potenciado pela elevada faixa etária da amostra, podem contribuir para a baixa adesão. Este resultado remete-nos também para todas as limitações oferecidas com o avançar da idade. Patrão (2011) também observou que os indivíduos mais velhos têm mais dificuldades na adesão ao regime alimentar, ao exercício físico e à auto-vigilância da glicemia. Similarmente, Pinto e José (2012) descrevem existir uma boa adesão às diferentes dimensões do regime terapêutico, com exceção à prática de atividade física.

Em relação à **pesquisa de glicemia** capilar, os indivíduos que fazem pesquisa de glicemia capilar apresentam melhor pontuação em todas as dimensões do autocuidado ( $4,2 \pm 0,76$ ), não havendo diferenças estatisticamente significativas, isto é, quem faz a pesquisa de glicemia apresenta uma maior adesão ao regime terapêutico do que os utentes que não fazem esta pesquisa. Suportam estes resultados o estudo de Cunha-Nunes (2004), ao constatar que a adesão promove o controlo glicémico, explicando a necessidade de se investir sobre os aspetos comportamentais do controlo; Cunha, Aparício e Pereira (2009), relatam que a aprendizagem de um conjunto de estratégias do tipo instrumental no confronto com a diabetes, como a resolução de problemas específicos (administração de

insulina, pesquisa de glicemia...), aliada à procura de ajuda e da adequada informação sobre as implicações metabólicas dela decorrente, torna-se relevante para a gestão da diabetes.

O estudo da relação entre a adesão ao regime terapêutico e o **IMC**, o **perímetro abdominal** e os **níveis de hemoglobina glicosilada**, evidencia que, a adesão é mais elevada nas pessoas com IMC mais elevado, perímetro abdominal mais reduzido ou níveis de hemoglobina glicosilada mais baixos. Estes parâmetros são responsáveis respectivamente, por 0,2%, 0,5% e 0,8% da variabilidade da adesão ao regime terapêutico. Contrariamente, Patrão (2011) concluiu no seu estudo que os indivíduos com valores médios de IMC, perímetro abdominal e HbA1c mais elevados, apresentam maiores dificuldades na adesão ao regime terapêutico, essencialmente no regime alimentar, exercício físico, autovigilância da glicemia e cuidados aos pés. Por sua vez, Cunha-Nunes (2004) maior adesão traduz melhor controlo metabólico com níveis de HbA1c mais baixos.

- **Relação entre o *empowerment* e a adesão ao regime terapêutico**

Em relação ao sucesso da gestão da diabetes, por parte dos utentes, este deve ser avaliado pela capacidade de adesão ao tratamento e ao regime terapêutico prescrito. Assim, os valores do *empowerment* situaram-se entre 1,75 e 4,93, sendo as médias elevadas para ambos os sexos, no entanto com destaque para o sexo masculino ( $3,87 \pm 0,62$ ). Observamos que 36,7% dos participantes apresenta um *empowerment* elevado e 33,3% fraco *empowerment*.

Pela análise da relação entre o *empowerment* e a **adesão ao regime terapêutico**, verificamos que, à medida que aumenta o *empowerment* do utente, também aumenta a sua adesão ao regime terapêutico, principalmente nas áreas da *alimentação geral*, nos *cuidados aos pés*, na *administração terapêutica* e na *monitorização da glicemia*, inferindo que o *empowerment* explica 13,7% da variabilidade da adesão ao regime terapêutico. Viana (2010), afirma que ao contrário dos modelos mais tradicionais da adesão, que se baseavam na pressão para a pessoa aderir às recomendações médicas, o *empowerment* capacita o indivíduo com as capacidades e recursos que precisa para tomar decisões pessoais informadas acerca do seu autocuidado. De acordo com Patrão (2011), o *empowerment* traduz-se num acréscimo de poder sociocultural, político, económico e psicológico, sendo este último muito benéfico na comunidade diabética quando aliado ao conceito de auto-eficácia. Diversos estudos salientam que o *empowerment* não deve ser visto como um



concorrente à educação tradicional, mas sim como um complemento reforçador dessa educação. Em estudos anteriores, Anderson e colaboradores (1995), concluíram que após submeter 64 diabéticos (maioritariamente de meia idade, com boa educação e 84% com educação específica na diabetes) a programas de *empowerment*, estes apresentaram, no período de seguimento, melhorias significativas em todas as áreas da auto-eficácia e melhorias modestas nos valores de glicemia.

Medir a adesão terapêutica é, como já tivemos oportunidade de referir, muito complexo, uma vez que envolve inúmeros factores e é difícil num estudo, realizado de forma transversal e com tempo limitado, abarcar todas as dimensões. No entanto, podemos inferir que à medida que o *empowerment* do utente aumenta, também aumenta a sua adesão ao regime terapêutico, sendo esta correlação mais significativa para as variáveis: (homens vs mulheres; pessoas com situação financeira muito problemática vs pessoas com situação financeira suficiente; pessoas portadoras de diabetes tipo 1 vs pessoas portadoras de diabetes tipo 2; pessoas com familiares com diabetes vs pessoas sem antecedentes de diabetes; indivíduos cujo tratamento da diabetes é através de antidiabéticos orais vs insulina; portadores vs não portadores do Guia do Diabético e pessoas cujo estado de saúde está igual vs um pouco pior).



## 5. CONCLUSÕES

Embora no ponto anterior tenham sido apresentados e discutidos os resultados encontrados ao longo do percurso da investigação, pretende-se partilhar algumas reflexões que se consideram de especial importância, assim como sistematizar algumas ideias, de relevante interesse.

O objetivo desta pesquisa foi avaliar a adesão ao regime terapêutico da pessoa portadora de diabetes que frequentam as consultas das Unidades de Cuidados de Saúde Primários da Região Centro, com a intenção de contribuir para a discussão das práticas adotadas para a melhoria das competências básicas dos utentes que podem usufruir dos recursos oferecidos pelos Cuidados de Saúde Primários.

Os dados obtidos, mostram que a Diabetes é uma situação que provoca limitações na vida do seu portador, sentindo-o em vários aspectos, quer a nível emocional, social/familiar, físico, entre outros.

De salientar que 60,7% das pessoas relatam comportamentos de um autocuidado de nível bom, e 39,3% de nível razoável.

Nesta investigação, encontraram-se relações significativas entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e variável situacional *empowerment*, e a adesão ao regime terapêutico.

Face aos objetivos inicialmente definidos, apurou-se que:

- Os diabéticos são de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 28 e os 90 anos, casados ou em união de facto, e vivendo acompanhados. A maioria reside no meio rural, com baixa escolaridade e, ocupam os tempos livres na agricultura.
- Possuem, na sua maioria, diabetes tipo 2, têm antecedentes familiares de diabetes, com duração da doença há 11,56 anos, utilizam o “Guia do Diabético”, e realizam a vigilância da sua doença nos Cuidados de Saúde Primários.

Pode, igualmente, verificar-se que:

- A idade, o sexo, o estado civil, as habilitações literárias, a percepção da situação financeira, a ocupação de tempos livres, o rendimento mensal se relacionam de forma significativa com a adesão ao regime terapêutico.
- O tipo de diabetes, a realização de registo da vigilância/ monitorização da diabetes, o tratamento da diabetes, os antecedentes de diabetes na família, o tempo de duração da diabetes, as áreas de tratamento com mais dificuldades, a pesquisa de glicemia e os parâmetros metabólicos (índice de massa corporal, perímetro

abdominal e hemoglobina glicosilada) guardam neste estudo relação significativa com a adesão ao regime terapêutico.

Em síntese, e em resposta à questão de investigação revelaram-se determinantes da adesão ao regime terapêutico.

Constatando-se, com este estudo, que o *empowerment* e a adesão ao regime terapêutico estão interligados e que tem implicações na qualidade de vida dos utentes, torna-se premente uma intervenção nestas áreas de forma a melhorar o processo de promoção da saúde. Existe assim, necessidade de definir estratégias que permitam aos profissionais de saúde dar o suporte adequado a este tipo de doentes.

As equipas multidisciplinares de cada Unidade de Saúde pertencente ao Cuidados de Saúde Primários, ao constituírem uma fonte de suporte para a pessoa com doença crónica (Diabetes), contribuem na ajuda e orientação à gestão eficaz destas patologias, pelo que é fundamental construir e manter uma adequada e eficaz relação terapêutica, profissional/ pessoa com doença crónica. Enfatizar a intervenção centrada na pessoa e na sua capacitação (*empowerment*), empoderamento para gerir o tratamento da doença, assume-se como um eixo central da intervenção do enfermeiro.

Assim, para além do papel desenvolvido pelos profissionais na prestação de cuidados diretos aos utentes perante a sua doença e determinantes futuras, outras estratégias deverão ser redesenhadas, de forma a potenciar as capacidades das pessoas portadoras de Diabetes para se auto-gerirem e obterem uma melhor adesão ao regime terapêutico. Para que o utente adote estilos de vida saudáveis, é fundamental que este tenha um bom nível de literacia em saúde. Isto, porque a adesão que o utente ocupa no tratamento da diabetes deve ter um papel de destaque, sendo um grande desafio para as equipas de saúde, tornando-se por isso imprescindível a realização de estudos referentes a esta questão. Conhecimentos sobre a adesão à intervenção farmacológica e contexto domiciliar, certamente poderão contribuir para a implementação de práticas de enfermagem mais eficazes na consulta de enfermagem de promoção e vigilância, sendo o utente assistido na sua totalidade de forma contínua, promovendo a diminuição das taxas de morbimortalidade.

A promoção, cada vez mais, efectiva de comportamentos saudáveis (alimentação saudável, exercício físico e controlo clínico) na medida em que o investimento na educação e capacitação das comunidades pode aumentar a eficácia das intervenções no âmbito das

atividades de promoção da saúde dirigidas á pessoa com diabetes, e desta forma conseguir um maior cumprimento do autocuidado, e por sua vez melhorar o controlo metabólico.

A concretização deste estudo, possibilitou dar resposta aos objectivos propostos para a realização desta investigação. Além do enriquecimento pessoal, obtive uma “*nova visão*” da problemática em questão, e espero sinceramente que esta possa contribuir para melhorar a adesão ao regime terapêutico e a capacitação dos utentes que frequentam a consulta de diabetes nos Cuidados de Saúde Primários, visando a humanização da prestação de cuidados e a rentabilização de todos os recursos, humanos, institucionais e políticos.

Resultante desta investigação, reforçamos a convicção de que os Cuidados de Saúde Primários estão numa posição privilegiada e são actualmente uma resposta avançada, para a qualidade de vida da população portuguesa, contribuindo para melhorar a saúde das populações, promovendo o bem-estar e a satisfação de quem mais necessita.

Para finalizar, consideramos que todas as etapas, fases e passos realizados ao longo desta investigação, demonstram a vontade de minimizar a dependência funcional dos utentes e melhorar a adesão ao regime terapêutico das pessoas com diabetes, partilhando a ideia, “*há que estudar, perspectivar, amadurecer, criar sinergias, mesmo que muitas vezes dificilmente se conciliam*”.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Diabetes Association (2011). *Clinical Practice Recommendations*. Acedido em 25, setembro, 2012, em <http://www.diabetes.org/home.jsp>
- ADA. (2013). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care Volume 36, Suplemento 1, January, S67*.
- American Psychological Association (2001). *Publication manual of the American Psychological Association* (5ª ed.). Washington, DC: Auhor.
- Anderson, R. M.; Fitzgerald, J.M.; Gruppen, L. D.; Funnell, M. M.; Oh, M. S. (2000). *The Diabetes Empowerment Scale – Short Form (DES-SF)*. Acedido em 28, setembro, 2012, em <http://www.med.umich.edu/mdrtc/profs/survey.html#des>
- Anderson, R.M.; Funnell, M.M.; Fitzgerald, J.T. & Marrero, D.G. *The Diabetes Empowerment Scale: a measure of psychosocial self-efficacy, Diabetes Care* 2000. (23: 739-43).
- Bastos, F., & Lopes, C. (2004). *Questionário das Atividades de autocuidado com a Diabetes. Versão traduzida e adaptada para Português de “Summary of Diabetes Self-Care Activities” de Glasgow, R.; Toobert, D.; Hampson, S. (2000)*.
- Bastos, F., Severo, M., & Lopes, C. (2007). *Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. Acta Medica Portuguesa*. (20: pp. 11-20).
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidade*. (3ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Brito, D.; Araújo, T.; Galvão, M.; Moreira, T. & Lopes, M. (2008). *Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial*. Caderno Saúde Pública. (vol. 24, nº 4). (pp. 933-940).
- Catela, A. I., & Amendoeira, J. (2º Semestre de 2010). *Viver a Adesão ao Regime Terapêutico - Experiências Vividas do Doente Submetido a Transplante Cardíaco* (vol.14. Pensar Enfermagem). (pp. 39-54).
- Coimbra, J. P. (2013). *Gestão do Regime Terapêutico na Pessoa com Diabetes*. Dissertação de Mestrado de Educação para Saúde, não publicada, apresentada à Escola Superior de saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 2. Genebra. Copyright;

- Cunha (2007). *Adesão ao regime terapêutico na diabetes*. Livro de Comunicações “A Consolidação do Conhecimento em Enfermagem” (p.106) – Congresso Internacional de Investigação Científica em Enfermagem, Angra do Heroísmo, Açores
- Cunha et al. (2008). *Qualidade de vida dos Diabéticos com alteração nos pés*. Livro de actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Porto, Fevereiro de 2008, pp. 379-382.
- Cunha, M; Aparício, Graça, G. & Pereira, A. (2009) – *Diabetes, Apoio Social e Adesão*, In: A. Maia, S. Silva & T. Pires, (orgs). (2009). *Desafios da saúde e comportamento: actores, contextos e problemáticas*. Livro de Actas do 1º Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa. Braga: CIPSI edições. (pp. 165-176).
- Cunha-Nunes, M. (2004). *Qualidade de Vida e Diabetes: Variáveis Psicossociais*. Tesis Doctoral. Espanha. Universidade de Extremadura.
- DGS. (2011). *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus Norma:002/2011 de Diabetes 2008/2009 - José Manuel Pestana Boavida (Coordenador do PNPCD)*.
- Dias et al. (2011). *Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura*. *Revista Millenium*, 40, pp. 201-219.
- Farinatti, P. (2002). *Teorias do envelhecimento: do genético ao estocástico*. *Revista Brasileira de Medicina Esporte*. (vol. 8, nº 4). (pp. 121-126).
- Machado, M. P. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico - Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Dissertação de mestrado de Educação para a Saúde, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia. Acedido em 28, novembro, 2012, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372>
- Mancia, G., et al, (2009). *Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document*. *Journal of Hypertension*. Acedido em 20, Agosto, 2012. Disponível em: [http://www.sphta.org.pt/pdf/ESHESCguidelines2009\\_ReappraisalofEuropeanguidelinesonhypertension2009.pdf](http://www.sphta.org.pt/pdf/ESHESCguidelines2009_ReappraisalofEuropeanguidelinesonhypertension2009.pdf)
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com a utilização do SPSS*. Lisboa: sílabo.
- Mesquita, A.C. (2005). *Empowerment na Doença Crónica: “O Associativismo na Insuficiência Renal Crónica*. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. (nº3, Julho/Agosto/Setembro). (pp. 41 – 45).



- Ministério da Saúde, Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (2012). Plano de Ação 2012. Acedido em 30, outubro, 2012. Disponível em <http://www.arscentro.min-saude.pt>
- Ministério da Saúde, Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (2010). Perfil de Saúde da Região Centro 2010. Acedido em 25, setembro, 2012. Disponível em <http://www.arscentro.min-saude.pt>
- Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Acedido em 25, setembro, 2012. Disponível em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>
- OMS. (2003). *Adherence to long-term therapies - Evidence for action*.
- Patrão, M. C. (2011). *Auto-eficácia em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratadas*. Dissertação de Mestrado de Saúde Pública, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acedido em 20, novembro, 2012 em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/20397>
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). (5ª ed. Ver. E corrigida). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.692.
- Pinto, & José. (2012). *Hypertension and adherence to the therapeutic regime in primary health care*. Journal of Nursing. (pp. 1638-1647).
- Portugal, DGS. Norma nº 1/2013 de 19/02/2013: Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus Tipo 2.
- Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes 2011 (2012). *Diabetes: Factos e Números 2011*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Lisboa. Acedido em 30, setembro, 2012 em [http://www.portugal.gov.pt/media/463407/diabetes\\_2011.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/463407/diabetes_2011.pdf)
- Sampieri, R. H. et al. (2003). *Metodologia de la investigación* (3ª ed). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Santos, M. S. (2010). *Avaliação da Adesão Terapêutica de Pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. Universidade Cruzeiro do Sul. São Paulo. Acedido em 10, janeiro, 2013 em [http://sites.cruzeirosulvirtual.com.br/pos\\_graduacao/trabs\\_programas\\_pos/trabalhos/Mestrado\\_Ciencias\\_da\\_Saude/MESTRADO-Maria%20do%20Socorro%20dos%20Santos\\_43.PDF](http://sites.cruzeirosulvirtual.com.br/pos_graduacao/trabs_programas_pos/trabalhos/Mestrado_Ciencias_da_Saude/MESTRADO-Maria%20do%20Socorro%20dos%20Santos_43.PDF)
- Toobert, D.; Hampson, S. & Glasgow, R. (2000). *The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure: Results from 7 studies and a revised scale*. Diabetes Care. (23: 943-950).

- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). *Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review*. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. (pp.1-10).
- Viana, M. P. C. (2010). *Empowerment, qualidade de serviço e satisfação na consulta de Diabetes*. Dissertação de mestrado em Gestão, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial. Acedido em 28, setembro, 2012 em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/5134/1/disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Villas Boas, L. C. ; Foss, M. C.; Freitas, M. C. F.; Pace, A. E. (2012). *Relação entre o apoio social, adesão aos tratamentos e controlo metabólico de pessoas com diabetes mellitus*. Revista Latino-Americana de Enfermagem 20 (1). Jan/Fev. 2012. (pp. 1-8).
- Villas-Boas, L. C. G. (2009). *Apoio Social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de S. Paulo. Acedido em 25, setembro, 2012, em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18082009-125600/pt-br.php>.
- World Health Organization (2011). *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011*. Retirado em 20, maio, 2013 em [www.who.int/nmh/publications/ncd\\_profiles\\_report.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles_report.pdf)

# **ANEXOS**

## **Anexo 1**

(Autorizações para aplicação do protocolo de avaliação)



Ministério da Educação e Ciência  
 Instituto Politécnico de Viseu  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Rua D. João Cristóvão Gomes de Almeida, nº102  
 3500-843 VISEU  
 Tel. 232 419 100  
 Telex. 961 011 800  
 Fax 232 428 343

Exmo. Sr.  
 Coordenador da UCSP do Centro de Saúde de  
 Gouveia  
**Dr. Gil Barreiros**  
 Rua Dr. Mário Gomes Figueira S/N  
 6290-370 GOUVEIA

No verso indicar a vossa referência. Em cada folha tratar só de um assunto.

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº	Data: 28/09/2012
Processo:	70

**Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o aluno do 1º Curso Mestrado de Saúde Comunitária, José João Pires Granado (enfermeiro na ULS Guarda - Centro de Saúde de Gouveia), a desenvolver um estudo sobre o tema *"Adesão ao Regime terapêutico e empowerment em pessoas portadoras de Diabetes"*.

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação, durante o período de Outubro a Dezembro 2012, no Centro de Saúde de Gouveia.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição que coordena. Mais informamos que as Professoras Madalena Cunha e Suzana André são responsáveis pela orientação da investigação, estando disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Vice-Presidente da ESSV,  
  
 Professor Doutor Daniel Silva

MCVL



Exmo. Senhor  
Professor Doutor Daniel Silva  
M.L. Vice-Presidente da Escola Superior de  
Saúde de Viseu.  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida  
3500-428 VISEU

Gouveia, 2012-10-08

00000075

Assunto: Pedido de Autorização para efectuar colheita de dados.

Em relação ao solicitado pelo vº ofício 812, processo 70, datado de 28.09.2012,  
cumpre-nos informar que nada temos a opor.

Com os melhores cumprimentos.

O Coordenador da Unidade de Cuidados de Saúde  
Personalizados do Centro de Saúde de Gouveia

Luis António V. Gil Barreiros  
Assistente Graduado Sénior



PARECER  
Nº 19/2012

**ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "ADESÃO AO REGIIME TERAPÊUTICO E EMPOWERMENT  
EM PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES"**

Tendo o estudante José João Pires Granado solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do 1º Curso de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, incluindo como participantes os utentes portadores de diabetes que estiveram presentes nas consultas de diabetes dos Centros de Saúde pertencentes à ARS Centro, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

Considerando que o estudo se reveste de importância para caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e actividades de autocuidado das pessoas portadores de diabetes e identificar a sua percepção sobre o apoio social e o *empowerment*, revertendo-se em benefícios por contribuir para gerar conhecimento para a melhoria da capacitação e autocuidado dos utentes com diabetes; pelo que consideramos importante que sejam enunciadas propostas e/ou sugestões com implicações para a prática e disponibilizados os dados às instituições;

Considerando que a participação no estudo consiste no preenchimento de um questionário pelos utentes portadores de diabetes e que os investigadores procederam ao consentimento informado por escrito dos utentes e obtiveram a sua livre participação;

Considerando que no questionário não há identificação nominal e que a cada questionário será aposto um código por cada doente estudado; recomendamos, contudo, que a chave desta codificação deva apenas ser conhecida pelos investigadores, bem como o arquivamento escrupuloso do suporte informático da base de dados;

Considerando que os dados colhidos não são considerados sensíveis;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e reúne interesse científico para ser realizado.

Visau, 31 de Outubro de 2012

  
A presidente da CE da ESSV

*Atos conhecimentos do  
párrafo, por  
do parecer 02/11/2012  
[initials]*



Comissão de Ética  
29/10/2012

**Exmo. Senhor**  
Presidente da Escola Superior de Saúde de  
Viseu  
Prof. Doutor Carlos Pereira

**ASSUNTO: PEDIDO DE PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o aluno do 1º Curso Mestrado de Enfermagem Comunitária, **José João Pires Granado**, a desenvolver um estudo sobre o tema "*Adesão ao regime terapêutico e empowerment em pessoas portadoras de Diabetes*".

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.ª que se digne solicitar à Comissão de Ética parecer sobre a realização do mesmo.

Em anexo, enviamos um exemplar do Projecto e Instrumento de Colheita de Dados.

Mais informamos que as Professoras Madalena Cunha e **Suzana André** são responsáveis pela orientação da investigação, estando disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

Viseu, 29 de Outubro de 2012.

Pede Deferimento,

  
(José João Pires Granado)





**Anexo 2**  
(Protocolo de avaliação)

Especialidade: Enfermagem Comunitária

Investigador Principal (orientador): Professora Madalena Cunha e Suzana André

Investigadores colaboradores (alunos): José João Pires Granado

Curso: 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Estudo: *Empowerment* e Adesão ao regime terapêutico em Pessoas Portadoras de Diabetes

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

#### AO PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido(a).

Caro(a) Senhor(a),

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo sobre "*Empowerment e Adesão ao regime terapêutico em Pessoas Portadoras de Diabetes da Região Centro*" e cujos objectivos principais são: avaliar a adesão ao regime terapêutico e o papel do *Empowerment*. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário. Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-se sido garantido que não haverá prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado(a) autorizo a participação neste estudo:

Viseu, \_\_\_ / \_\_\_ / 2012.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida:

Nome do orientador: Professora Doutora Madalena Cunha

Nome do co-orientador: Professora Suzana André

Nome dos investigadores: José João Pires Granado

### SECÇÃO A - QUESTIONÁRIO BIOGRÁFICO

Assinale com uma X (cruz) a resposta que for adequada ao seu caso (ou complete-a, se for caso disso), em relação às seguintes questões:

- 1) Sexo:      Feminino                      Masculino                      2) Idade: \_\_\_\_ Anos
- 3) Residência:      Rural                      Urbano
- 4) Estado Civil (legal):      Solteiro(a)      Casado(a)      União Facto      Viúvo(a)      Divorciado(a)
- 5) Habilitações literárias:      Sem escolaridade      1ºciclo      2ºciclo      Secundário      Superior

6) Qual foi a sua principal fonte de rendimento nos últimos 12 meses?

- |                    |  |
|--------------------|--|
| Trabalho           | Subsídio por acidente de trabalho ou doença profissional |
| Reforma / Pensão   | Rendimento social de inserção                            |
| Apoio social       | Subsídio de desemprego                                   |
| A cargo da família | Rendimento da propriedade ou da empresa                  |
| Outra(s): _____    |  |

7) Profissão actual ou última? (especificar) \_\_\_\_\_

8) Qual o modo como exerce/exerceu a profissão indicada?

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| Trabalhador por conta própria ou isolado | Patrão/Empregador                   |
| Trabalhador por conta de outrem          | Trabalhador familiar não remunerado |
| Outro(s): _____                          |                                     |

8.1) Qual o número de horas que trabalha/trabalhou habitualmente por semana? \_\_\_\_\_ horas

9) Qual o valor do seu rendimento mensal líquido (já com descontos)? \_\_\_\_\_ €

10) Como é que se sente em relação à sua situação financeira?

- Muito problemática      Tenho o suficiente      Tenho algumas dificuldades      Confortável

11) Com quem vive?

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| Com o cônjuge/companheiro | Com a família restrita (marido, esposa e filhos) |
| Com amigos                | Com a família alargada (pais, irmãos)            |
| Sozinho(a)                | Com familiares não diretos (tios, primos)        |
| Com empregada(o)          | Outro(s). Qual(ais)? _____                       |

11.1) Onde vive?      Moradia      Apartamento      Lar      Outro. Qual? \_\_\_\_\_

11.2) Quantas pessoas coabitam consigo? \_\_\_\_\_ pessoas

12) Qual a sua religião?      Católica      Ortodoxa      Protestante      Judaica      Muçulmana  
   Outra cristã      Outra não cristã      Sem religião

13) Faz, ou já fez, parte de algum grupo de auto-ajuda?      Não      Sim. Qual? \_\_\_\_\_

14) Em que actividades ocupa o seu tempo livre? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SECÇÃO B - QUESTIONÁRIO CLÍNICO

Assinale com uma X (cruz) a resposta que for adequada ao seu caso (ou complete-a, se for caso disso), em relação às seguintes questões:

- 15) Que tipo de diabetes tem?      Tipo 1      Tipo 2      Outra      Não Sei
- 16) Que idade tinha quando descobriu que era Diabético(a)? \_\_\_\_\_ anos
- 17) Utiliza algum tipo de registo/objecto que o(a) identifique como diabético(a)?  
Não      Sim. Qual? \_\_\_\_\_
- 18) Na sua família, alguém tem diabetes?      Não      Sim. Quem? \_\_\_\_\_
- 19) Faz a vigilância da sua Diabetes? Não      Sim
- 19.1) Se sim, onde?      Unidade de Saúde Familiar      Consulta Aberta      Hospital  
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados      Medicina Trabalho      Privado  
Outro (s). Qual (ais)? \_\_\_\_\_
- 19.2) Em média, quanto tempo demora a chegar? \_\_\_\_\_ minutos
- 19.3) Que tipo de transporte usa nas deslocações?      Nenhum      Táxi      Carro Próprio      Mota  
Bicicleta      Carro Familiar      Autocarro      Boleia      Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- 20) Que profissionais controlam a sua Diabetes?  
Médico de família      Enfermeiro      Psicólogo      Podologista      Endocrinologista  
Oftalmologista      Nefrologista      Cardiologista      Nutricionista  
Outro(s) \_\_\_\_\_
- 21) Costuma levar o "Guia da Pessoa Com Diabetes" para as consultas?  
Sim      Não. Porquê? \_\_\_\_\_
- 22) Que sugestões daria para melhorar o atendimento? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 23) No último ano, quantas consultas de Diabetes teve?  
0      1      2      3      4      5      6      Mais que 6. Quantas? \_\_\_\_\_ consultas
- 24) Toma algum produto natural para controlar a Diabetes?      Não      Sim. O quê? \_\_\_\_\_
- 25) Toma medicamentos para a tensão arterial?      Não      Sim. Quantas vezes por dia? \_\_\_\_\_ x/dia
- 26) Toma medicamentos para o colesterol?      Não      Sim. Quantas vezes por dia? \_\_\_\_\_ x/dia
- 27) Que tipo de tratamento faz para a Diabetes?  
Insulina.      Quantas vezes por dia? \_\_\_\_\_ x/dia      Com que idade iniciou? \_\_\_\_\_ anos  
Comprimidos.      Quantas vezes por dia? \_\_\_\_\_ x/dia      Com que idade iniciou? \_\_\_\_\_ anos  
Exercício Físico  
Alimentação  
Outro (indique qual) \_\_\_\_\_
- 28) Mensalmente, qual o valor médio que gasta em medicamentos? \_\_\_\_\_ €

- 29) Qual o seu peso? \_\_\_\_ Altura? \_\_\_\_ IMC? \_\_\_\_ P.Abd? \_\_\_\_ Hba1c? \_\_\_\_ PA? \_\_\_\_
- 30) Há um ano atrás, qual era o seu peso? \_\_\_\_ IMC? \_\_\_\_ P.Abd? \_\_\_\_ Hba1c? \_\_\_\_ PA? \_\_\_\_
- 31) Na sua opinião, tem a sua Diabetes controlada? Sim Não. Como justifica? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 32) Para além da Diabetes, que outras doenças tem? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 33) Já alguma vez esteve internado por causa da Diabetes? Não Sim.  
 33.1) Quantas vezes? \_\_\_\_\_  
 33.2) Qual(ais) o(s) motivo(s)? Hiperglicémia Hipoglicémia Outro(s) \_\_\_\_\_
- 34) Já alguma vez teve que recorrer à Urgência por causa da Diabetes? Não Sim.  
 34.1) Quantas vezes? \_\_\_\_\_  
 34.2) Qual(ais) o(s) motivo(s)? Cetoacidose Hipoglicémia Outro(s) \_\_\_\_\_
- 35) Que as área(s) do tratamento da Diabetes tem mais dificuldade em cumprir?  
 Alimentação Exercício Físico Medicação/insulina Auto-vigilância Cuidar dos pés  
 35.1) Porque razão? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 36) Faz a pesquisa da glicemia capilar? Não Sim  
 36.1) É capaz de fazer a auto-vigilância sem ajuda de outra pessoa?  
 Sim  
 Não. Porquê? \_\_\_\_\_
- 36.2) Quem lhe dá esse apoio? Familiares Vizinhos Centro de Dia Amigos  
 Outro(s). Quem? \_\_\_\_\_
- 37) Que complicações já apresenta por causa da Diabetes?  
 Retinopatia Diabética Alteração gastrointestinal Alteração sexual  
 Insuficiência Renal Crónica Amputação menor Isquémia  
 Acidente Vascular Cerebral Amputação major Alteração cardíaca  
 Hipertensão arterial Doença arterial periférica Neuropatia Sem alterações
- 38) No último ano, esteve de baixa médica por causa da Diabetes? Sim Não  
 38.1) Aproximadamente, quantos dias (total)? \_\_\_\_\_ dias
- 39) Em geral, diria que a sua saúde é: Ótima Muito boa Boa Razoável Fraca
- 40) Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado de saúde?  
 Muito Melhor Com algumas melhoras Igual Um pouco pior

## ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES

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

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a diabetes durante os últimos 7 dias. Se esteve doente durante os últimos 7 dias, por favor lembre-se dos últimos 7 dias em que não estava doente.

1. ALIMENTAÇÃO GERAL	N.º de dias
1.1 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0 1 2 3 4 5 6 7
1.2 Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA, seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional?	0 1 2 3 4 5 6 7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	
2.1 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo sopa)?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.2 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.3 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.4 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes: arroz, batata, massa, feijão?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.5 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.6 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.7 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.8 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	0 1 2 3 4 5 6 7
3. ACTIVIDADE FÍSICA	
3.1 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de actividade contínua, inclusive andar)?	0 1 2 3 4 5 6 7
3.2 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0 1 2 3 4 5 6 7
4. CUIDADOS COM OS PÉS	
4.1 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7
4.2 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS inspeccionou o interior dos seus sapatos?	0 1 2 3 4 5 6 7
4.3 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS lavou os pés?	0 1 2 3 4 5 6 7
4.4 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar?	0 1 2 3 4 5 6 7
5. MEDICAMENTOS	
5.1 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes? Ou (se insulina e comprimidos):	0 1 2 3 4 5 6 7
5.2 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS, tomou conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0 1 2 3 4 5 6 7
5.3 Em quantos dias dos últimos SETE DIA, tomou o número de comprimidos da diabetes?	0 1 2 3 4 5 6 7
6. MONITORIZAÇÃO DE GLICÉMIA	
6.1 Quantas vezes por semana lhe recomendaram que avaliasse o açúcar no sangue	0 1 2 3 4 5 6 7
6.2 Quantas vezes avaliou o açúcar no sangue na última semana?	0 1 2 3 4 5 6 7
7. HÁBITOS TABÁGICOS	
7.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos sete dias?	Sim Não
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia?	N.º Cigarros: _____
7.3 Quando fumou o seu último cigarro?	
Nunca fumou	Há mais de dois anos
Um a dois anos atrás	Quatro a doze meses atrás
Um a três meses atrás	No último mês
Hoje	

### ESCALA DE EMPOWERMENT NA DIABETES

Versão traduzida e adaptada para Português: "The Diabetes Empowerment Scale", Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, Marrero DG - Diabetes Research and Training Center Universidade de Michigan, University of Michigan, 2000, por Coimbra e Cunha (2011)

	Disordo bastante	Disordo de certa forma	Tenho uma opinião neutra	Concordo de certa forma	Concordo bastante
Em geral,	0	1	2	3	4
1. sei com que parte(s) do(s) meu(s) cuidado(s) com a diabetes estou satisfeito.					
2. sei com que parte(s) do(s) meu(s) cuidado(s) com a diabetes não estou satisfeito.					
3. sei que parte(s) do(s) meu(s) cuidado(s) com a diabetes estou disposto a alterar.					
4. sei que parte(s) do(s) meu(s) cuidado(s) com a diabetes não estou disposto a alterar.					
5. consigo escolher objectivos realistas relacionados com a diabetes.					
6. ...sei quais são os objectivos relacionados com a diabetes mais importantes para mim.					
7. sei o que em mim me ajuda ou impede de atingir os meus objectivos relacionados com a diabetes.					
8. consigo arranjar boas ideias que me ajudem a atingir os meus objectivos.					
9. sou capaz de transformar o meu plano da diabetes num plano concretizável.					
10. consigo alcançar os meus objectivos relacionados com a diabetes assim que me predisponho a tal.					
11. sei quais as barreiras que tornam mais difícil atingir os meus objectivos relacionados com a diabetes.					
12. consigo lembrar-me de diferentes formas de ultrapassar barreiras relacionadas com os meus objectivos da diabetes.					
13. consigo experimentar diferentes formas para ultrapassar barreiras relacionadas com o meu objectivo de combater a diabetes.					
14. consigo decidir qual é, para mim, a melhor forma de ultrapassar barreiras para atingir os meus objectivos relacionados com a diabetes.					
15. consigo dizer como me sinto por ter diabetes.					
16. ...consigo dizer como me sinto relativamente ao cuidar da diabetes					
17. conheço as formas como a diabetes provoca stress na minha vida.					
18. conheço as formas positivas de lidar com o stress relacionado com a diabetes.					
19. conheço as formas negativas de lidar com o stress relacionado com a diabetes.					
20. consigo lidar bem com o stress relacionado com a diabetes.					
21. sei onde posso pedir apoio para cuidar da diabetes.					
22. consigo pedir apoio para cuidar da diabetes sempre que necessário.					
23. consigo suportar-me a mim próprio ao lidar com a diabetes.					
24. sei o que me ajuda a permanecer motivado para cuidar da diabetes.					
25. consigo motivar-me para cuidar da diabetes.					
26. sei o suficiente sobre a diabetes para fazer as escolhas que são as melhores para mim.					
27. conheço-me suficientemente bem enquanto pessoa para fazer as escolhas relacionadas com a diabetes que são as melhores para mim.					
28. consigo descobrir se vale a pena mudar a forma como cuido da diabetes.					

Obrigado pela colaboração.