



Curso Mestrado de Educação para a Saúde - 2ª Edição

Gestão do Regime Terapêutico na Pessoa com Diabetes

Joana Patrícia Coimbra da Silva

Abril 2013

Curso Mestrado de Educação para a Saúde - 2ª Edição

Gestão do Regime Terapêutico na Pessoa com Diabetes

Joana Patrícia Coimbra da Silva

Dissertação de Mestrado desenvolvida sob orientação de
Professora Doutora Madalena Cunha



abril 2013

RESUMO

Enquadramento: A evidência científica atual é unânime quanto à importância da adesão às atividades de autocuidado na pessoa portadora de diabetes por forma a minimizar o aparecimento de complicações. Deste modo, compreender a satisfação da pessoa portadora de diabetes com os serviços de saúde e o impacto que esta tem na gestão do regime terapêutico, torna-se obrigação na transição dos sistemas de saúde de resposta a doença aguda para doença crónica.

Objetivos: Monitorizar as atividades de autocuidado em pessoas portadoras de diabetes no Centro de Saúde de Ílhavo. Avaliar a satisfação com os serviços de saúde e perceber qual o impacto nas atividades de autocuidado.

Métodos: Estudo descritivo realizado numa amostra de 84 diabéticos, maioritariamente do sexo feminino (52,4%) de 67 anos com o 1º ciclo do ensino básico. Utilizou-se a escala: “*Summary of diabetes self-care activities*” de Glasgow, Toobert, Hampson (2000), na versão portuguesa *Atividades de autocuidado com a diabetes*, de Bastos e Lopes (2004); Satisfação com os Serviços de Saúde (Pimentel, 2010) e Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde (Ribeiro, 2003).

Resultados: As dimensões em que os participantes obtiveram melhores cuidados foram a *Toma de medicação* (M= 6.92; Dp=0.76) e os *Cuidados com os Pés* (M=6.41; Dp=1.47). As piores foram a *Atividade Física* e a *Monitorização da Glicemia* (M=3.47; Dp=2.01 e M=3.44; Dp=2.45).

Os homens têm hábitos alimentares que evidenciam maior consumo de pão, bebidas alcoólicas e carnes vermelhas, ingerindo também mais doces.

As pessoas com diabetes com menores habilitações literárias apresentam menos cuidados com os pés, piores resultados na toma correta da medicação e praticam menos atividades físicas.

Por sua vez os utentes com maiores habilitações literárias são os que melhores cuidados têm com os pés e na toma correta da medicação, (H=9.528; p=0.049; H=20.000; p=0.000).

Relativamente aos serviços de saúde, as pessoas com diabetes estão mais satisfeitas com o serviço médico e menos com o serviço de enfermagem.

Os itens com melhor pontuação foram a simpatia e a paciência dos enfermeiros no atendimento; a pior pontuação caracterizou-se pelo não envolvimento dos familiares mais próximos assim como a não preocupação destes profissionais em explicar os direitos e deveres do utente.

Podemos inferir que o grau de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem favorece a adesão ao cuidado alimentar e a toma correta da medicação. Observamos, ainda, que quando aumenta a satisfação dos utentes com a organização, aumenta também a adesão à toma da medicação.

Conclusão: O sexo, idade, habilitações literárias, satisfação com os serviços de saúde e a satisfação com o serviço de enfermagem influenciam a gestão do regime terapêutico na pessoa com diabetes. Implementar programas de incentivo a uma alimentação saudável e prática de exercício físico surgem como estratégias promotoras do controlo clínico e epidémico da diabetes. Os resultados mostram que os cuidados de enfermagem têm impacto positivo na gestão do regime terapêutico da pessoa com diabetes, sendo uma resposta eficiente na transição do paradigma dos sistemas de saúde, de doença aguda para doença crónica.

Palavras-chave: satisfação; autocuidado, diabetes mellitus

ABSTRACT

Background: Current scientific evidence is unanimous as to the importance of compliance with self-care activities in diabetics in order to minimize the appearance of complications. Thus, understanding diabetics' satisfaction with health services and the impact this has on the management of the treatment regimen becomes mandatory in the transition of health systems from response to acute disease to response to chronic disease.

Objectives: To monitor the self-care activities of diabetics at the Ílhavo Health Centre. To assess satisfaction with health services and discover their impact on self-care activities.

Methods: Descriptive study carried out on a sample of 84 diabetics, mostly female (52.4%), 67 years of age with the 1st key stage of primary education. Bastos and Lopes' (2004) Portuguese version of the "*Summary of diabetes self-care activities*" scale by Glasgow, Toobert and Hampson (2000) was used; *Satisfação com os Serviços de Saúde* (Satisfaction with Health Services - Pimentel, 2010) and *Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde* (Users' Satisfaction with Nursing Care at the Health Centre - Ribeiro, 2003).

Results: The aspects in which participants obtained better care were Taking Medication (M=6.92; Dp=0.76) and Foot Care (M=6.41; Dp=1.47). The worst were *Physical Activity and Monitoring of Glucose Regulation* (M=3.47; Dp=2.01 and M=3.44; Dp=2.45).

Men have eating habits involving higher consumption of bread, alcohol and red meat, and they also eat more sweet foods.

Diabetics with poorer qualifications show poorer foot care, worse outcomes in terms of taking the correct medication and do less physical exercise.

On the other hand, patients with higher qualifications take the most care of their feet and take their medication correctly, (H=9.528; p=0.049; H=20.000; p=0.000).

With regard to health services, diabetics are more satisfied with the medical service and less with the nursing service.

Items with highest score were the friendliness and patience of the nurses in attendance; the worst score was for a lack of involvement of close family members, as well as the failure of these professionals to explain the patients' rights and duties.

We may conclude that the degree of user satisfaction with nursing care promotes compliance with dietary precautions and the correct use of medication. We also observed that, where patient satisfaction with the organization increases, compliance with taking medication also increases.

Conclusion: Sex, age, qualifications, satisfaction with health services and satisfaction with nursing services influence the management of the treatment regimen in diabetics. Implementing programmes to encourage healthy eating and physical activity appear to be strategies that promote the clinical and epidemiological management of diabetes. The results show that nursing care has a positive impact on the management of the treatment regimen in diabetics, and represents an efficient response in the paradigm change from acute disease to chronic disease.

Keywords: satisfaction; self-care, diabetes mellitus

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

1. INTRODUÇÃO	21
2. DIABETES - DOENÇA CRÓNICA PREVALENTE	25
2.1 EPIDEMIOLOGIA E INDICADORES RELACIONADOS COM A DIABETES	27
2.2 COMPLICAÇÕES DA DIABETES	28
2.3 A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM PESSOAS COM DIABETES	30
2.4 FACTORES PREDITORES DA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO.	32
2.5 AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO	34
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	37
3.1 QUESTÕES E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO.....	37
3.2 HIPÓTESES	38
3.3 DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....	38
3.4 VARIÁVEIS E INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS.....	38
3.5 PARTICIPANTES E PROCEDIMENTOS	44
4. RESULTADOS.....	47
5. DISCUSSÃO	75
6. CONCLUSÕES	91

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXO I - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DO ACES BAIXO VOUGA II

ANEXO III - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA SUCECS

ANEXO IV - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA SDACA

ANEXO V - CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Exemplos de custos internos, quasi-externos e externos (e benefícios) das doença crónicas e dos estilos de vida saudáveis.....	22
Quadro 2 - Critérios para o diagnóstico de Diabetes e Pré-Diabetes (2011).	25
Quadro 3 - Indicadores do Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes.	27
Quadro 4 - Evolução das Causas dos Internamentos por Descompensação/ Complicações da Diabetes nos Hospitais do SNS.....	28
Quadro 5 - Objetivos para o controlo da diabetes.....	29

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos itens por cada dimensão na escala do autocuidado com a Diabetes.	40
Tabela 2 -Valores das médias ponderadas desvio-padrão das dimensões da Satisfação com os Serviços de Saúde	42
Tabela 3 -Distribuição dos itens por cada dimensão do SUCECS	42
Tabela 4 – Estatística das dimensões da escala de SUCECS e estudo comparativo com Ribeiro (2003).	43
Tabela 5 – Valores de média ponderadas desvio-padrão das dimensões da escala de SUCECS e estudo atual.	44
Tabela 6 - Caracterização sociodemográfica das pessoas portadoras de diabetes.....	47
Tabela 7 - Estatísticas relativas à idade dos utentes.	48
Tabela 8 - Caracterização profissional e coabitação das pessoas com diabetes.	49
Tabela 9 - Estatísticas relativas ao rendimento mensal líquido (em euros).....	49
Tabela 10 - Estatísticas relativas à duração da diabetes.	50
Tabela 11 - Caracterização clínica dos participantes.....	50
Tabela 12 - Caracterização dos utentes face à toma de medicação.	51
Tabela 13 - Caracterização dos utentes para manter o controlo da diabetes, peso e hábitos alimentares.	52
Tabela 14 - Caracterização da vigilância da diabetes.....	53
Tabela 15 - Caracterização das complicações por causa da Diabetes	54
Tabela 16 - Caracterização das definições da diabetes para os utentes.....	55
Tabela 17 - Caracterização dos utentes face à Consulta de Diabetes no Centro de Saúde	56
Tabela 18 - Caracterização dos utentes face à Consulta de Diabetes no Centro de Saúde.	57
Tabela 19 - Estatísticas relativas aos valores clínicos e bioquímicos dos utentes.....	59
Tabela 20 - Caracterização dos utentes face ao consumo de álcool e tabaco.....	59
Tabela 21 - Caracterização dos utentes face a presença de complicações devido diabetes.	60
Tabela 22 - Caracterização do risco do pé diabético dos utentes face ao sexo.	60
Tabela 23 - Caracterização dos utentes face à avaliação da sua saúde.....	61
Tabela 24 – Relação entre a toma de analgésicos e as dores nas últimas 4 semanas. ...	62
Tabela 25 - Caracterização das atividades relativas à gestão da diabetes.	63
Tabela 26 - Estatísticas relativas às dimensões das Atividades de Autocuidado da Diabetes.	64
Tabela 27 - Atividades da adesão ao regime terapêutico em função do sexo das pessoas com diabetes.	65
Tabela 28 - Análise de regressão linear simples entre a idade e a adesão ao regime terapêutico.	65
Tabela 29 - Relação entre a adesão ao regime terapêutico e a zona de residência.....	65
Tabela 30 - Relação entre a adesão ao regime terapêutico e o estado civil dos utentes.....	66

Tabela 31 - Teste de Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias e a adesão ao regime terapêutico.	67
Tabela 32 - Teste de Kruskal-Wallis entre a fonte de rendimento do utente e a adesão ao regime terapêutico.....	67
Tabela 33 - Teste de Kruskal-Wallis entre a coabitação e a adesão ao regime terapêutico.	67
Tabela 34 - Análise de regressão linear simples entre o tempo de diagnóstico e a adesão ao regime terapêutico.....	68
Tabela 35 - Teste de Kruskal-Wallis entre o número de refeições e a adesão ao regime terapêutico.	69
Tabela 36 - Teste de Kruskal-Wallis entre as áreas de tratamento da diabetes que o utente tem mais dificuldade e a adesão ao regime terapêutico.....	69
Tabela 37 - Teste de Kruskal-Wallis entre o número de consultas no último ano, o risco do pé diabético e a adesão ao regime terapêutico.....	70
Tabela 38 - Teste de Kruskal-Wallis entre o IMC e a adesão ao regime terapêutico....	70
Tabela 39 - Análise de regressão linear simples entre o IMC e a adesão ao regime terapêutico.	70
Tabela 40 - Análise de regressão linear simples entre o perímetro abdominal e a adesão ao regime terapêutico.....	71
Tabela 41 - Análise de regressão linear simples entre os valores da adesão ao regime terapêutico de e a glicemia capilar.	71
Tabela 42 - Análise de regressão linear simples entre os valores de colesterol e a adesão ao regime terapêutico.....	71
Tabela 43 - Teste de Kruskal-Wallis entre a existência de dores nas últimas 4 semanas e a adesão ao regime terapêutico.	72
Tabela 44 - Correlação entre a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem e a adesão ao regime terapêutico.	72
Tabela 45 - Correlação entre a satisfação dos utentes face aos serviços de saúde e a adesão ao regime terapêutico.....	73
Tabela 46 - Comparação entre valores bioquímicos do estudo e valores nacionais.....	82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Severidade dos desafios da Humanidade.....	23
Figura 2 - Associação entre variáveis independentes e dependente.....	73

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- ADA – American Diabetes Association
- APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- Cf. – Conforme
- cit. – Citado
- CV – Coeficiente de Variação
- DALYs – disability-adjusted life year
- DCV – doença cardiovascular
- DG – Diabetes Gestacional
- DGS – Direção Geral de Saúde
- DM – Diabetes Mellitus
- Dp – Desvio-padrão
- EAM – Enfarte Agudo Miocárdio
- EASD – European Association of the Study of Diabetes
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde
- ESC – European Society of Cardiology
- et al. – e outros
- ex. - exemplo
- Fem. – Feminino
- FME – Fórum Mundial Económico
- GDH – Grupo de Diagnósticos Homogéneos
- HbA1c- Hemoglobina glicosilada
- HDL – High Density lipoproteins
- HTA – Hipertensão Arterial
- IMC – Índice de Massa Corporal
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
- IRC – Insuficiência Renal Crónica
- K/erro – Kurtosis/error (Curtose)
- Kg/cm² – Quilograma por centímetro quadrado
- KW – Teste de Kruskal-Wallis

Masc. – Masculino
Máx. – Máximo
mg/dl – Miligramas por decilitro
Min. – Mínimo
n – Frequência absoluta
N.º / n.º – Número
n.s. – Não significativo
OM – Ordenação média
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
p – Nível de significância
p. – Página
PA – Perímetro Abdominal
PTGO - Prova de Tolerância Glicose Oral
R² – Coeficiente de determinação
res - Resíduos
SAM – Sistema de Apoio ao Médico
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
Sk/erro – Skewness/error (assimetria)
SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia
SPSS – Statical Package Social Science
SUCECS – Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde
TAd – Tensão Arterial diastólica
TAs – Tensão Arterial sistólica
TG – Triglicéridos
UKPDS – United Kingdom Prospective Diabetes Study
UM-W – Teste U de Mann-Whitney
USF – Unidade de Saúde Familiar
vs. – *versus*
X – Média
x² – Qui-quadrado

1. INTRODUÇÃO

As doenças crónicas são um desafio global que ameaça o desenvolvimento económico e social, bem como a vida e a saúde de milhões de pessoas. Evidências atuais indicam que as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias, o cancro e a diabetes são os principais responsáveis pela mortalidade dos indivíduos no mundo (OMS, 2002a).

Projetando os desafios emergentes e de carácter epidémico, a Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu o horizonte de 2008-2013, como o período para prevenir, combater e controlar as doenças crónicas. Em 2008, ao criar um Plano de Ação Global para as Doenças Crónicas, denominado *WHO 2008 – 2013 – Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases*, deu um forte contributo para o desenvolvimento das iniciativas relacionadas com a prevenção das doenças crónicas (OMS, 2008).

Esta organização define doença crónica “como as doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alterações patológicas não reversíveis, requerem ensino especial para a reabilitação do doente ou pode-se esperar que exijam um longo período de supervisão, observação ou cuidados” (OMS, 2002a). Reforça, mencionando que estão a aumentar em todo o mundo, são responsáveis por 60% das doenças globais (OMS, 2002a) representando, em 2000, a nível europeu, cerca de 75% da carga da doença (*burden of disease*) expressa em DALYs (disability-adjusted life year) (OMS, 2002b).

Projeta ainda que, em 2020, os países em desenvolvimento podem esperar que 80% das doenças sejam derivadas de problemas crónicos. Sendo que, nenhum país está imune ao impacto causado pelas mesmas; representam um sério desafio para os atuais sistemas de saúde no que respeita à eficiência e efetividade e desafiam a capacidade para organizar sistemas que previnam as dificuldades iminentes (OMS, 2002a).

Os custos das doenças crónicas são diversos e em várias áreas da sociedade: consumo e poupanças, produtividade e oferta de trabalho; educação e acumulação de capital humano, custos em saúde, morbidade e mortalidade (cf. Quadro 1).

Quadro 1 - Exemplos de custos internos, quasi-externos e externos (e benefícios) das doenças crónicas e dos estilos de vida saudáveis.

TIPO DE CUSTOS OU BENEFÍCIOS		
Interno	Quasi-externo (custos para os outros membros da casa)	Externo
CONSUMO E POUPANÇAS		
<ul style="list-style-type: none"> • Despesas médicas: tratamento da doença (seguros de saúde, pagamentos diretos, copagamentos) ou abusos de substâncias. • Despesas com bens de dependência. • Perda de rendimentos futuros ou outros benefícios a longo prazo por venda de bens ou por perda de economias. • Resposta da justiça criminal; não reembolso de danos de propriedade (ex. devido a fogos causados por cigarro) • Perdas por doença não coberta por subsídios. • Desaparecimento do rendimento não substituído por seguro de incapacidade • Plano de contribuição de pensão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de rendimentos futuros ou outras perdas de benefícios a longo prazo por vender bens possuídos em parte por outros membros da casa, ou por perdas de economias (de recursos domésticos comuns). • Danos na propriedade (ex. fogos por cigarro) • Investimento doméstico reduzido em bens produtivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigação, formação, prevenção, segurança social. • Aumento dos prémios de seguro para aqueles com estilos de vida saudáveis. • Reembolso de seguros de saúde. • Danos de propriedade (se outras propriedades forem afetadas) • Cobertura da baixa por doença • Seguro por incapacidade • Pensão de reforma e planos de poupança (+) • Taxas sobre rendimentos (+) • Seguro de vida de grupo (benefícios por morte)
PRODUTIVIDADE E OFERTA DE TRABALHO		
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da produtividade e dos salários. • Absentismo no trabalho. • Reforma antecipada. • Rendimentos passados livres de impostos. • Redução da oferta de trabalho (absentismo laboral, reforma antecipada, desemprego). 	<ul style="list-style-type: none"> • Redistribuição do trabalho em casa (ex. redução da contribuição do trabalho feminino de forma a cuidar do doente). 	<ul style="list-style-type: none"> • Perdas de produtividade da empresa do trabalhador devido a absentismo causado por morte prematura ou doença.
EDUCAÇÃO E ACUMULAÇÃO DE CAPITAL HUMANO		
<ul style="list-style-type: none"> • Menor desempenho e nível educativo atingido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do nível de atingido em educação e saúde daqueles que cuidam dos doentes ou substituição do trabalho para compensar as perdas de rendimento. • Afetação dos recursos financeiros que poderiam ser investidos em educação e saúde das crianças. • Baixo peso ao nascer com impacto no desenvolvimento cognitivo (ex: através do consumo de tabaco durante a gravidez). • Redução da escolaridade pelo abuso de álcool. 	
CUSTOS DE SAÚDE / MORBILIDADE E MORTALIDADE		
<ul style="list-style-type: none"> • Perda de anos de vida saudável. • Dor e sofrimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde dos membros da casa. • Dor e sofrimento dos membros da casa. • Violência doméstica (álcool). • Efeitos na saúde do bebé por comportamentos ligados à saúde e estado nutricional da mãe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cotrabalhadore e outros (ex: contaminação ambiental por fumo de tabaco em locais públicos). • Vítimas de acidentes de tráfico relacionados o álcool. • Violência relacionada com o álcool.

Fonte: (Loureiro & Miranda, 2010).

Os exemplos apresentados representam “custos” para os indivíduos ou sociedade, exceto para dois casos marcados com “(+)”, que são efeitos externos. No caso da pensão de reforma que o indivíduo pagou enquanto trabalhador mas que não foi capaz de usufruir por morte prematura, resultaram benefícios externos – a partir de uma perspetiva estreita do orçamento público^o.

Dando ênfase à globalidade e severidade desta problemática o Fórum Mundial Económico, em 2009, traçou a severidade dos principais desafios da humanidade ao nível económico, geopolítico, ambiental, social e tecnológico. Observa-se que o impacto e dureza das doenças crónicas é semelhante às pandemias, crises fiscais e volatilidade dos preços (Fórum Mundial da Economia, 2010) (Cf. figura 1).

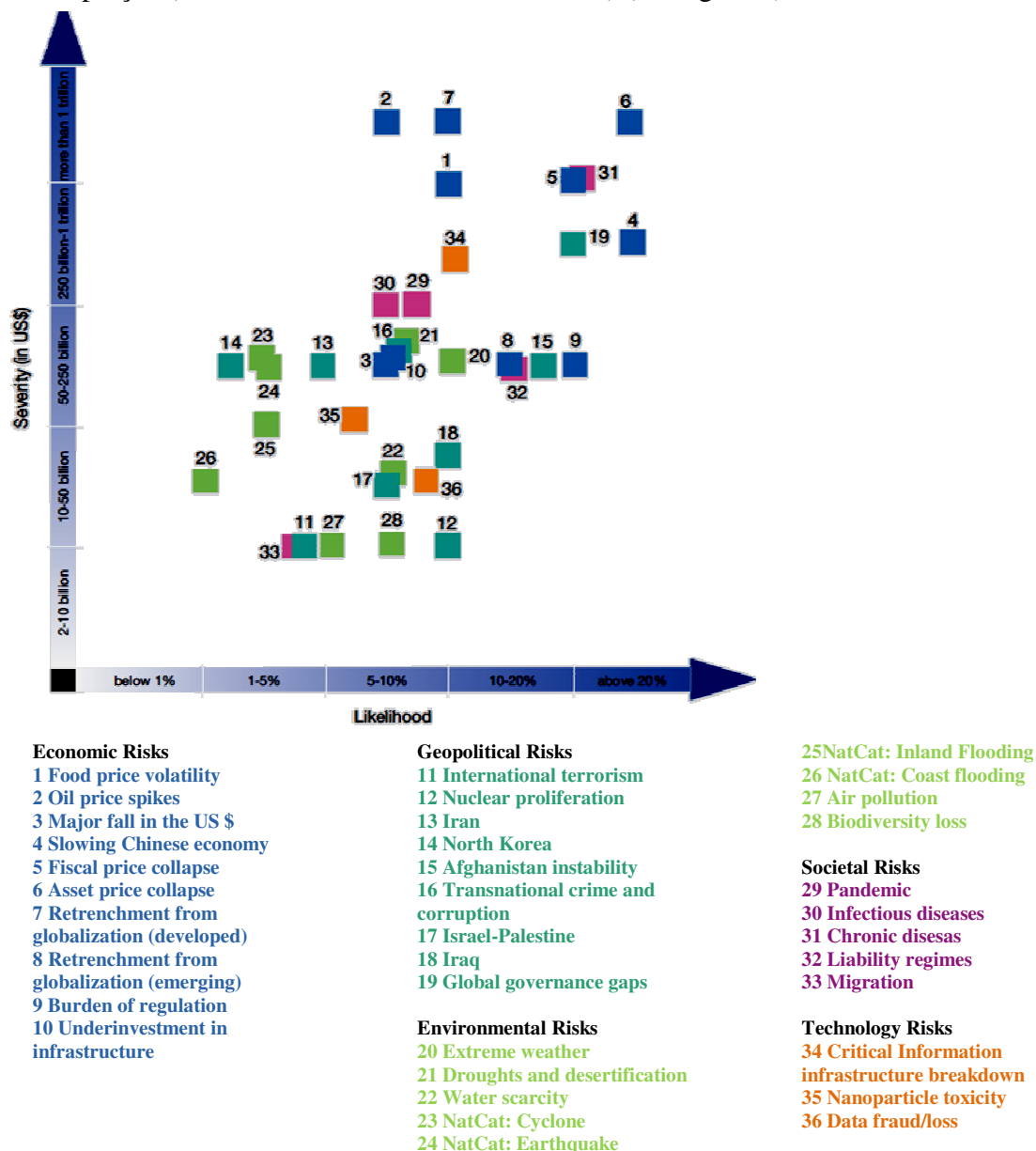


Figura 1 - Severidade dos desafios da Humanidade.

Fonte: (Fórum Mundial da Economia, 2010)

No contexto nacional, em 2010, a Direcção-Geral de Saúde através da Declaração “*É tempo de agir*” postulava que só através da adoção de adequadas medidas promotoras da saúde e preventivas da doença será possível alterar este quadro evolutivo. Mas, paradoxalmente na Europa, 97% das despesas com a saúde são devidas

ao tratamento e apenas 3% à prevenção das doenças crónicas (DGS, 2010a). Este organismo preconiza que só impulsionando a prevenção das doenças crónicas será possível alcançar condições de sustentabilidade e de participação na construção de uma Europa mais forte, mais competitiva e mais inclusiva. Evitar as doenças crónicas possibilitará viver vidas mais longas e mais saudáveis e permanecer mais tempo no mercado de trabalho, contribuindo, assim, para reverter o alarmante decréscimo da força de trabalho previsto para 2020 (DGS, 2010a).

Neste paradigma atual da emergência galopante das doenças crónicas, os sistemas de saúde de cada nação têm que realinhar estratégias para este novo desafio. O “*sistema*” transitou da sua vocação de doença aguda (*top-down*) e procura agora tornar-se competente nas respostas à doença crónica, às situações de evolução prolongada (Sakellarides, 2010, p. 65; OMS, 2002a). Um sistema de saúde em que os cuidados de saúde primários sejam incapazes de dar resposta a este novo paradigma tornar-se-á obsoleto em pouco tempo. Importa referir que a atenção dispensada às doenças crónicas, também se traduz num enfoque na adesão aos tratamentos a longo prazo (OMS, 2002a). Embora a culpa pelo não seguimento dos esquemas prescritos seja atribuída aos pacientes, a não adesão constitui uma falha dos sistemas de saúde (OMS, 2002a).

2. DIABETES - DOENÇA CRÓNICA PREVALENTE

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 associadas (DGS, 2011a; ADA, 2013a).

Atenta aos problemas emergentes de saúde pública, em 2007 as Nações Unidas aprovaram a Resolução 61/225 da ONU: o Dia Mundial da Diabetes, onde reconheceu que *"a diabetes é uma doença crónica, debilitante e cara, associada a complicações severas, as quais representam sérios riscos para famílias, Estados-Membros e o mundo inteiro"* (Internacional Diabetes Federation, 2007).

Recentemente, a Entidade Reguladora da Saúde (2011), emitiu o relatório "Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes", em que reconhece alguma escassez na publicação de elementos sobre a DM na realidade portuguesa, em particular na área da qualidade (ERS, 2011). O trabalho aqui desenvolvido pretende ser um contributo para esse aprofundamento.

A diabetes é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicémia crónica que, em alguns casos, se deve a uma deficiente insulino-secreção relativa ou absoluta, noutros à insuficiente ação da insulina e, frequentemente, à combinação destes dois fatores, que leva não só à perturbação do metabolismo glucídico como também dos lípidos e proteínas (DGS, 2011a; ADA, 2013a).

O conhecimento científico dos últimos anos em áreas como a genética, a imunologia e a epidemiologia da diabetes, obriga a uma atualização regular dos seus critérios de diagnóstico e classificação. Em Portugal esta classificação é feita com base nos parâmetros de glicemia e respetivos valores para plasma venoso na população em geral (cf. Quadro 2).

Quadro 2 - Critérios para o diagnóstico de Diabetes e Pré-Diabetes (2011).

	Glicemia de jejum (8 horas)	Glicemia ocasional	Prova Tolerância à glicose oral (75gr. glucose)	HbA1c
Normal	<110 mg/dl		<140 mg/dl	
Diabetes	≥ 126 mg/dl	≥ 200 mg/dl + sintomas	Glicemia ≥ 200 mg/dl	≥6,5%.
Pré-Diabetes/ Hiperglicémia intermédia	≥ 110 e < 126 mg/dl	————	≥ 140 e < 200 mg/dl	——

Fonte: (DGS, 2011a)

Relativamente à sua classificação, esta estabelece a existência de quatro tipos clínicos, etiologicamente distintos.

A Diabetes tipo 1 (DM1) é menos frequente do que a Diabetes tipo 2 (menos de 10% dos casos) mas a sua incidência está a aumentar (Hanas, 2007; DGS, 2011a; ADA, 2013a). Embora os motivos não sejam completamente conhecidos, é provável que se relacionem sobretudo com alterações nos fatores de risco ambiental, aumento da altura e de peso, aumento da idade materna no parto e, possivelmente, alguns aspetos da alimentação, bem como a exposição a certas infeções virais que podem desencadear fenómenos de autoimunidade ou acelerar uma destruição das células β já em progressão (Observatório Nacional da Diabetes, 2010).

Outro tipo clínico é a diabetes tipo 2 (DM2), a forma mais frequente de diabetes correspondendo a 80 a 90% dos casos de diabetes (DGS, 2011a; ADA, 2013b; Observatório Nacional da Diabetes, 2010). É clinicamente silenciosa, na maioria dos casos, e é diagnosticada frequentemente em exames de rotina ou no decurso de uma hospitalização por outra causa. Quando é diagnosticada já a pessoa tem 6 ou mais anos de diabetes (APDP, 2009, p. 6).

O aumento da prevalência da DM2 em todo o mundo está associado às rápidas mudanças culturais e sociais, ao envelhecimento da população, à crescente urbanização, às alterações alimentares, à redução da prática de atividade física e a estilos de vida não saudáveis, bem como a outros padrões comportamentais. Por este motivo surge de forma epidémica nos países em desenvolvimento recentemente industrializados (Lisboa & Duarte, 2002, p. 35).

A diabetes gestacional (DG), por sua vez, corresponde a qualquer grau de anomalia do metabolismo da glicose, documentado pela primeira vez durante a gravidez. Pode ocorrer em 1 a 14% das gestações (Rocha, Dores, Ruas, & Cravalheira, 2007; Queirós, Magalhães, & Medina, 2006; ADA, 2013a; DGS, 2011a).

Cerca de metade destas grávidas virão a ser, mais tarde, diabéticas tipo 2, caso não sejam adotadas medidas de prevenção (APDP, 2009). Seis a oito semanas após o parto devem realizar uma prova de reclassificação (DGS, 2011a).

Os outros tipos específicos de diabetes correspondem a situações em que esta doença é consequência de um processo etiopatogénico identificado como: defeitos genéticos da célula β , defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias diversas e diabetes induzida por químicos ou fármacos.

2.1 EPIDEMIOLOGIA E INDICADORES RELACIONADOS COM A DIABETES

O Programa Nacional de Controlo da Diabetes existe em Portugal desde a década de setenta, tendo sido atualizado em 1992 e revisto em 1995 à luz de uma visão integradora entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares.

O último Relatório de Execução do Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes 2008/2009 revela-nos que a Diabetes é responsável por cerca de 25% dos doentes em hemodiálise. A taxa de mortalidade desta patologia ronda os 4,1% (cf quadro 3).

Quadro 3 - Indicadores do Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes.

Indicador	Valor	Fonte
Taxa de prevalência de pessoas com Diabetes: Taxa de prevalência global – população 20-79 anos – 2008/2009	11,7%	Estudo de Prevalência da Diabetes em Portugal (PREVADIAB), SPD / DGS, 2009
Prevalência diagnosticada	6,6%	
Prevalência não diagnosticada	5,1%	
Taxa de incidência da Diabetes (Tipo 1 e Tipo 2): Taxa de incidência global – População total – 2007	511/100.000 habitantes	Médicos Sentinela/INSA 4º INS, INE/DGS
Taxa de incidência global – População total – 2005/2006	718/1000 habitantes	
Nº de internamentos por descompensação diabética (2008)	13.147	GDH's- ACSS – Nº de internamentos por Diabetes (diagnóstico principal), Continente, SNS
Total de dias de incapacidade temporária para o trabalho	Não é possível apurar!	
Nº de amputação dos membros inferiores por motivo de Diabetes (2008)	1.599	GDH's- ACSS – Nº de internamentos por Diabetes (diagnóstico principal), Continente, SNS
Amputações <i>major</i>	900	
Amputações <i>minor</i>	699	
Nº de doentes em diálise por motivo de Diabetes (2008)	25% das 9.144 pessoas com IRC em Hemodiálise	Sociedade Portuguesa de Nefrologia, Relatório Anual 2008
Nº de cegos de amblíopes por motivo de Diabetes (2006): Número de cegos e amblíopes (população com Diabetes tipo 2 com + 25 anos)	2,3%	Médicos Sentinela/INSA
Nº de pessoas com Diabetes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) (2008)	7.199 (25,8% dos Internamentos por AVC)	GDH's- ACSS – Nº de internamentos por AVC e Diabetes (diagnóstico associado), Continente, SNS
Nº de pessoas com Diabetes com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) (2008)	3.732 (29,2% dos internamentos por EAM)	GDH's- ACSS – Nº de internamentos por EAM e Diabetes (diagnóstico associado), Continente, SNS
Mortalidade por Diabetes (2008)	4.267 (4,1% do total de Óbitos em Portugal)	INE, Óbitos por Causas de Morte – Portugal
Controlo glicémico (HbA1c) (2008): Porcentagem de exames de determinação de HbA1c com resultado < a 7% realizados a pessoas com Diabetes inscritas nas USF e com resultado registado	59,2%	ACSS – SAM (106 USF, com um universo de 1.344.067 utentes, dos quais 4,7% são pessoas com Diabetes)

Fonte: (DGS, 2010a)

1.2 COMPLICAÇÕES DA DIABETES

As complicações agudas são de grau variável de acordo com a carência de insulina, sendo disso exemplos a cetoacidose diabética, síndrome hiperosmolar hiperglicémico e hipoglicémia. Todas implicam risco de vida caso o doente não seja tratado a tempo. A cetoacidose é a causa mais comum dos internamentos por descompensação (cf. Quadro 4).

Quadro 4 - Evolução das Causas dos Internamentos por Descompensação/Complicações da Diabetes nos Hospitais do SNS.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
DM sem menção de complicações	16%	22%	23%	21%	18%	18%	17%	18%	17%	16%
DM com Cetoacidose	16%	13%	12%	12%	12%	13%	12%	14%	12%	13%
DM com Hiperosmolaridade	4%	4%	4%	4%	3%	4%	3%	3%	3%	4%
DM com Coma Diabético	3%	2%	3%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%
DM com Manifestações Renais	6%	6%	7%	7%	8%	8%	8%	8%	8%	9%
DM com Manifestações Oftálmicas	11%	14%	14%	15%	16%	14%	15%	18%	24%	24%
DM com Manifestações Neurológicas	2%	2%	2%	2%	2%	1%	2%	1%	1%	2%
DM com Alterações Circulatórias Periféricas	22%	21%	21%	22%	24%	24%	23%	19%	18%	18%
DM com Outras Manifestações Especificadas	11%	11%	11%	12%	13%	13%	15%	14%	13%	12%
DM com Complicações Não Especificadas	9%	4%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%
Internamentos – Total	10 355	11 4524	12 233	12 291	12 648	12 414	12 114	12 491	13 147	12 733

Fonte: GDH's (ACSS); N.º de Internamentos (Doentes Saídos) DM – Diagnóstico Associado e Principal (Continente – SNS); Tratamento OND

São designadas de complicações crônicas aquelas que surgem tardiamente na evolução da diabetes. Quanto à sua causa são divididas em três grandes grupos: as causadas por lesão dos grandes e médios vasos (doença macrovascular): AVC, angina do peito, enfarte do miocárdio, gangrena dos membros inferiores; as causadas por lesões dos pequenos vasos (doença microvascular) são responsáveis por retinopatia, neuropatia e nefropatia diabética (APDP, 2009, p. 100); e as causadas por lesões dos nervos periféricos: neuropatia diabética. As alterações que surgem no pé e a disfunção erétil podem ser devidas, quer a lesões dos vasos sanguíneos (de diferentes calibres) como a lesão dos nervos periféricos (APDP, 2009, p. 100).

Salienta-se, ao nível dos internamentos por Diabetes, o aumento do número de pessoas internadas com manifestações oftalmológicas (triplicou ao longo do período em análise) (cf. Quadro 4).

Vários estudos inferiram que é possível prevenir eficazmente as complicações tardias, quer da DM1, quer da DM2. Está hoje bem evidenciado que atingir um valor de HbA1c inferior a 7% há uma redução acentuada das complicações microvasculares

(evidência A) e a longo e médio prazo das macrovasculares (evidência B) (DGS, 2011b). Relembramos que o esquema de hierarquização da evidência científica inclui quatro níveis (A, B, C e D). Deste modo, uma classificação de grau A é considerada ser baseada em evidência de alta qualidade (fornece evidência com o menor grau de viés), enquanto uma de grau D apenas possui evidência de baixa qualidade (Bugalho & Carneiro, 2004, p. 47).

O estudo United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), realizado em DM2 recém-diagnosticados, mostrou que o tratamento intensivo na fase inicial da doença tinha benefícios cardiovasculares importantes. No UKPDS a redução dos valores da HbA_{1c} de 7,9% para 7% determinou uma redução do risco microvascular em 25% e de enfarte em 16%. A tensão arterial mantida em valores \leq a 144/82 reduz de 25 a 30% as complicações microvasculares, de 32% o risco de mortalidade, de 44% o risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e de 56% o risco de Insuficiência Cardíaca. Mostrou que a redução de 1% da HbA_{1c} pode evitar: 37% das complicações microvasculares; 21% da mortalidade relacionada com a diabetes; 14% de enfartes do miocárdio e 14% da mortalidade total (UKPDS, 1998).

Os objetivos para o controlo da diabetes são comportamentais, clínicos e bioquímicos e cujos parâmetros aportam um programa alimentar equilibrado, exercício físico moderado, não fumar, índice massa corporal $< 25 \text{ kg/m}^2$, entre outros (cf. Quadro5).

Quadro 5 - Objetivos para o controlo da diabetes.

Objetivos	Parâmetros
Comportamentais	<ul style="list-style-type: none"> • Programa alimentar: 55% Hidratos de carbono; Proteínas 15%, Lípidos 30% • Exercício físico: Moderado / 30 minutos / dia • Não fumar
Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • IMC $< 25 \text{ kg/m}^2$ • Perímetro abdominal: homem $< 94 \text{ cm}$ e mulher $< 80 \text{ cm}$ • TAs $< 130 \text{ mm hg}$ • TAd $< 80 \text{ mm hg}$
Bioquímicos	<ul style="list-style-type: none"> • Hba_{1c} $< 6.5\%$ • Glicemia nos sangue venoso em jejum $< 108 \text{ mg/dl}$ • Glicemia nos sangue venoso post-prandial $< 135 \text{ mg/dl}$ (DM2) • Colesterol total $< 175 \text{ mg/dl}$ • LDL colesterol $< 70 \text{ mg/dl}$ • HDL homem $> 40 \text{ mg/dl}$ • HDL mulher $> 46 \text{ mg/dl}$ • Triglicéridos $< 150 \text{ mg/dl}$ • Microalbuminúria $< 30 \text{ mg/24h}$

Fonte: (DGS, 2007) .

A otimização do controlo metabólico passa por um esquema de avaliação periódica de todos os aspetos relacionados com o tratamento. Em cada consulta, deve

ser avaliado o peso, o índice de massa corporal (IMC) e o perímetro abdominal. Anualmente a pessoa com diabetes deve ser questionada sobre a presença de sintomas de neuropatia. Os homens devem ser questionados sobre a presença de disfunção erétil. Também anualmente deve ser realizado um exame objetivo aos pés. A HbA1c deverá ser avaliada a cada 2-6 meses, de acordo com o controlo metabólico; reavaliar 2-3 meses sempre que houver alteração terapêutica. Se o controlo da situação clínica é estável, reavaliar a cada 6 meses. O lipograma deverá ser realizado na altura do diagnóstico e repetir anualmente. Se instituída ou alterada a terapêutica hipolipomiantes reavaliar mais precocemente após 3 meses. O rastreio da nefropatia diabética deverá ser realizado anualmente através dos valores da creatinúria; urina II e razão microalbuminúria/creatinémia. Finalmente, o eletrocardiograma e o exame à retina também deverão ser realizados anualmente (ADA, 2013b).

1.3 A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM PESSOAS COM DIABETES

No seu quotidiano, o diabético é confrontado com variados desafios (dieta, exercício físico, medicação, autovigilância, cuidar dos pés, consultas) que exigem dele habilidade e competência para mobilizar recursos físicos, psicológicos, sociais e materiais e ainda capacidade para se autocuidar nos vários contextos: familiar, profissional e social. Pelo que as escolhas diárias são complexas e constantes. Sabendo-se que quanto mais complexas as circunstâncias em que se faz o exercício da escolha e quanto mais sensíveis forem as suas eventuais consequências, mais importante é assegurar que as escolhas são “*inteligentes*” (Sakellarides, 2010, p. 118); infere-se da relevância de investigar sobre a adesão ao regime terapêutico das pessoas com Diabetes.

Estas escolhas diárias, que se querem “*inteligentes*” nos vários contextos, são a base da adesão terapêutica. São vários os fatores que interferem com a adesão do regime terapêutico (OMS, 2003).

O enquadramento teórico da adesão ao regime terapêutico remonta aos anos 70, em que o problema do não seguimento dos conselhos médicos passou a ser encarado como um problema científico, passível de ser estudado e resolvido (Lutfey & Wishner, 1999). Nessa década, emergiu o termo *compliance* (concordância) como uma alternativa à forma como o comportamento do doente era, até então, compreendido.

Inicialmente, concordância foi definida como “*the extend to which a person’s behavior coincides with medical or health care advice*” (Haynes, 1981 *cit. in* Cabral & Silva, 2010). Reporta-se ao grau em que o comportamento do doente (tomar a medicação e cumprir outras prescrições médicas, como dieta e mudança de estilo de vida) coincide com a prescrição. Este conceito foi criticado por se basear numa relação em que o clínico decide e a posição do doente é unicamente a de cumprir as indicações. Neste ponto de vista, quando se verifica *não compliance* o comportamento do doente era interpretado como incapacidade em seguir as indicações, teimosia, desinteresse e/ou como uma conduta desviante (Dias A. , et al., 2011).

Em alternativa, foi proposta a adoção do termo adesão, através do qual se reconhece que a pessoa doente não é um sujeito passivo, devendo a adesão ser um “sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção ativa e voluntária do doente que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue” (Bugalho & Carneiro, 2004, p. 9).

A não adesão é hoje conhecida como a principal causa para o aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde (Diogo & et.al., 2007, p. 74). Assim, não aderir ao regime terapêutico pode resultar no agravamento do estado de saúde do doente, ocasionando eventualmente erros no diagnóstico e no tratamento. Essa deterioração do estado clínico pode ainda obrigar a prescrições posteriores de mais fármacos, envolvendo a necessidade da realização de novos procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos mais dispendiosos e complexos, a ida a mais consultas, a utilização de serviços de urgência, o aumento de hospitalizações e/ou despesas desnecessárias (Cluss; Epstein, 1985 *cit. in* Cabral & Silva, 2010).

Para Bugalho e Carneiro (2004), os custos diretos da falta de controlo da terapêutica aplicada a qualquer doença são três a quatro vezes superiores aos de um bom controlo. Os custos indiretos, como a diminuição da produtividade, a reforma antecipada e a morte, apresentam uma magnitude semelhante. Por conseguinte, “o controlo e aumento da adesão terapêutica são benéficos para os sistemas de saúde”, pelo que as intervenções destinadas a melhorar a adesão terapêutica constituem uma contribuição importante para a melhoria da saúde da população (Bugalho & Carneiro, 2004).

1.4 FACTORES PREDITORES DA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

A OMS (2003) agrupa os diferentes fatores que poderão influenciar a adesão ao regime terapêutico em cinco grupos seguidamente descritos:

1) Fatores sociais, económicos e culturais em que se destacam o nível de escolaridade, a situação profissional, os apoios sociais, as condições habitacionais, o preço dos transportes e dos medicamentos, a distância ao local de tratamento e ainda as guerras, raça, crenças culturais e as desigualdades sociais (Bugalho & Carneiro, 2004). Estes fatores podem colocar as pessoas em situação de desvantagem, levando à necessidade de estabelecer prioridades que podem não ser a adesão aos tratamentos. 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, deixando em aberto a necessidade de se investigar sobre esta problemática (OMS, 2003, p. 28).

Embora o estatuto socioeconómico não tenha sido documentado de forma consistente como preditor da adesão, nos países em desenvolvimento verifica-se que o indivíduo portador de um baixo estatuto socioeconómico confronta-se com a problemática de optar por prioridades que incluem os limitados recursos disponíveis para satisfazer as necessidades do seu núcleo familiar (OMS, 2003, p. 28).

Portugal atravessa um contexto económico desfavorável, pelo que o impacto social da crise económica se reflete na diminuição do poder de compra das famílias e nos índices de desemprego (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011, p. 43). Os grupos populacionais mais vulneráveis são, naturalmente, os mais suscetíveis de serem afetados por estas condições adversas (Marmot, 2009; OMS, 2002a, p. 10).

2) Fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde onde se evidencia o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, o sistema de distribuição de medicamentos, a taxa de participação, o acesso aos medicamentos, o grau de educação/esclarecimento dos doentes face aos cuidados de tratamento no domicílio, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, os horários e duração das consultas, os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças crónicas e a gestão da adesão ao regime terapêutico (Bugalho & Carneiro, 2004).

Diversas vertentes podem influenciar a má prática dos profissionais de saúde: falta de conhecimento e informação, gestão das doenças crónicas, sobrecarga de trabalho, falta de incentivos e *feedback* do seu desempenho (OMS, 2003, p. 29).

O problema da adesão ao tratamento é um indicador central de avaliação da qualidade em qualquer sistema de saúde que se queira moderno e eficaz (Bugalho & Carneiro, 2004, p. 9).

3) Fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades, nomeadamente a gravidade dos sintomas, a incapacidade física, psicológica, social e profissional, o grau de risco que a pessoa atribui à doença, o impacto que esta representa na sua vida (Bugalho & Carneiro, 2004). Outras doenças concomitantes como a depressão ou o consumo de substâncias ilícitas ou não, podem também afetar o comportamento de adesão (Bugalho & Carneiro, 2004).

A capacidade que o indivíduo tem de perceber a condição da sua doença é determinante para a adesão à terapêutica. Está relacionada com a gravidade dos sintomas, o nível de deficiência (física, psicológica, social e profissional), a taxa de progressão e gravidade da doença, bem como a disponibilidade efetiva para a terapêutica. O impacto da doença influencia o indivíduo, na perceção do risco, na importância de seguir a terapêutica, bem como a prioridade colocada na adesão (OMS, 2003, p. 30).

4) Fatores relacionados com o tratamento em que se incluem, a complexidade, a duração e a realização de alterações frequentes na medicação, a ausência imediata de melhoria dos sintomas e os efeitos secundários da medicação (Bugalho & Carneiro, 2004).

Algumas características da doença estão interligadas à adesão, sendo as mais frequentes a gravidade da doença e a visibilidade dos sintomas. Uma variedade de estudos concluiu que os doentes crónicos assintomáticos frequentemente não aderem à terapêutica (Sousa, Peixoto, & Martins, 2008; Marks et. al. *cit. in* Sousa, 2003, p. 57), justificando assim a elevada taxa de adesão nas doenças agudas em relação às doenças crónicas. Outros aspetos como a duração e complexidade da terapêutica devem também ser considerados. Quanto mais complexa é a terapêutica prescrita, menor é a probabilidade do doente aderir completamente. “De facto, estes parecem aderir mais facilmente a tratamentos curtos e simples, que impliquem poucas mudanças nos seus hábitos diários.” (Bennet, 2002 *cit. in*. Sousa, 2003, p. 58).

A fraca adesão aos autocuidados da diabetes parece resultar da combinação de várias características da doença e do seu tratamento: a) tratar-se de uma doença crónica sem desconforto imediato nem risco evidente; b) o tratamento implicar mudanças no estilo de vida; c) o tratamento ser complexo, intrusivo e inconveniente; d) o objetivo do tratamento ser a prevenção e não a cura; e) e o doente poder associar o comportamento de adesão a punição ou prémio (Vazquez *et. al.*, 1998; Wagner *et. al.*, 1998; Warren & Hixenbaugh, 1998 *cit. in* Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso, 2006, p. 43).

5) Fatores relacionados com a pessoa doente, destacando-se os recursos psicológicos, os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as perceções relativas a episódios de doença, quer anteriores quer atuais, e as expectativas da própria pessoa. Estão também incluídas a ausência de informação e o suporte para a mudança de comportamentos, a falta de capacidade, de motivação e de autoeficácia para gerir o regime terapêutico (Bugalho & Carneiro, 2004).

As pessoas estão mais dispostas a aderir a regimes de tratamento quando acreditam que têm responsabilidade na sua saúde e quando os seus comportamentos lhe trazem benefícios (Brannon & Feist, 1997 *cit. in* Sousa, 2003, p. 55).

Como fatores que afetam o nível de adesão do indivíduo à terapêutica, (OMS, 2003, p. 30) salienta ainda: esquecimento, *stress* psicossocial, conhecimento insuficiente, crenças negativas em relação a eficácia da terapêutica, inquietação acerca de possíveis efeitos adversos, baixa motivação, medo de dependência de “drogas” e estigmatização da doença.

1.5 AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Não existe um instrumento de medida universalmente aceite que avalie os comportamentos de adesão terapêutica (OMS, 2003).

Apesar dos numerosos estudos realizados nesta área, os investigadores encontram-se com dificuldades que não têm sido fáceis de ultrapassar. Para além da inexistência de instrumentos estandardizados para avaliar a adesão ao tratamento, os investigadores também têm dificuldade em avaliar a extensão em que o indivíduo segue os conselhos dos profissionais de saúde acerca do tratamento da diabetes.

Alguns autores sugerem que talvez devessem ser desenvolvidas múltiplas medidas de adesão para diferentes componentes do regime (comportamento alimentar, uso da medicação, monitorização da glicose, comportamentos preventivos ou de segurança e integração e articulação de todas estas atividades) e mesmo para diferentes dimensões dentro da mesma área do regime, para diferentes pontos ao longo do curso da doença, para diferentes tipos de diabetes e para diferentes estádios de desenvolvimento humano (Toobert & Glasgow, 2000; OMS, 2003).

As medidas de adesão e de autocuidado da diabetes descritas variam, não havendo medidas standardizadas. Distinguem-se os estudos que se baseiam na autoavaliação do doente; trabalhos assentes na automonitorização realizada por este; baseados em índices gerais; em índices fisiológicos e na confirmação objetiva do autorrelato. Cada uma dessas estratégias de avaliação tem as suas limitações e as suas mais-valias (Toobert & Glasgow, 2000, p. 943).

O método mais utilizado para avaliar a adesão é o autorrelato do doente ou do cuidador (OMS, 2003; Henriques, 2006) através de questionários específicos. É um dos instrumentos mais fáceis de aplicar, embora a sua especificidade e sensibilidade seja mais vulnerável.

Independentemente da técnica de medição, os estudos definem a taxa de adesão dos doentes a determinado medicamento ou grupo de medicamentos (OMS, 2003). Essa taxa é normalmente expressa em percentagem da dose tomada em relação a dose prescrita num determinado período de tempo (OMS, 2003; Osterberg & Blaschke, 2005; OMS, 2003) e pode ser medida como uma variável dicotómica (aderente e não aderente) ou como contínua, variando de 0%-100%, não existindo limites definidos que permitam classificar um doente em função do grau de adesão (Bugalho & Carneiro, 2004).

3. MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia é a fase do trabalho em que o investigador determina as estratégias e os procedimentos, com a finalidade de encontrar resposta ao problema por ele definido e comprovar ou não as hipóteses formuladas.

3.1 QUESTÕES E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

O principal objetivo deste estudo consiste em avaliar a adesão ao regime terapêutico nas pessoas com diabetes pelo que formulámos os seguintes objetivos:

- Avaliar clinicamente as pessoas com diabetes.
- Determinar o grau de satisfação das pessoas com diabetes com os cuidados de enfermagem e com os serviços de saúde.
- Verificar se as variáveis sociodemográficas têm efeito significativo na adesão ao regime terapêutico das pessoas com diabetes.
- Explicar a relação das variáveis clínicas com a adesão ao regime terapêutico das pessoas com diabetes.
- Medir o impacto da satisfação com os cuidados de enfermagem e com os serviços de saúde na adesão ao regime terapêutico nas pessoas com diabetes.

Após a fundamentação teórica e no sentido de aprofundar o conhecimento sobre a temática em causa, surgiram as seguintes questões de investigação:

- Que aspetos sociodemográficos influenciam a gestão do regime terapêutico nas pessoas com diabetes?
- Em que medida a satisfação com os cuidados de enfermagem e com o serviço de saúde aumenta a adesão ao regime terapêutico das pessoas com diabetes?
- Qual a influência das variáveis clínicas na adesão ao regime terapêutico das pessoas com diabetes?

3.2 HIPÓTESES

Uma investigação exige sempre a construção de enunciados formais, que estabeleçam uma relação possível entre duas ou mais variáveis, a população e o tipo de investigação, isto é, implica a construção de hipóteses (Fortin, 2009).

Assim, partindo-se do conhecimento teórico e prático, elaboram-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – As variáveis sociodemográficas e profissionais (idade, sexo, estado civil, zona de residência, habilitações literárias/académicas, coabitação e situação profissional) influenciam a gestão do regime terapêutico das pessoas com diabetes;

Hipótese 2 – As variáveis clínicas influenciam a gestão do regime terapêutico das pessoas com diabetes;

Hipótese 3 – O grau de satisfação com os cuidados de enfermagem é preditor da adesão ao regime terapêutico das pessoas com diabetes,

Hipótese 4 – A satisfação com os serviços de saúde é preditora da adesão ao regime terapêutico das pessoas com diabetes.

3.3 DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Tendo em conta estas hipóteses foi elaborado o desenho de investigação, que constituiu um guia orientador para a realização e desenvolvimento do estudo.

Este estudo pode definir-se como descritivo e transversal, utiliza uma metodologia quantitativa e procura apurar respostas para as questões de investigação.

3.4 VARIÁVEIS E INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS

A variável dependente é a gestão do regime terapêutico avaliado através da escala: *Atividades de autocuidado com a diabetes* – versão traduzida e adaptada para Português de “Summary of diabetes self-care activities” de Toobert, Hampson, & Glasgow (2000) por Bastos & Lopes (2004).

As variáveis independentes estudadas foram:

- ✓ Variáveis sociodemográficas (sexo; idade; zona de residência; estado civil; habilitações literárias; situação labora, profissão e tipo de família);

- ✓ Variáveis clínicas (idade do diagnóstico; presença de fatores genéticos; uso do guia do diabético e sua utilização nas consultas; tipo de medicação; toma da medicação; esquema terapêutico e o seu início; motivos pelos quais não tomam a medicação; percepção sobre o seu peso atual; número de refeições diárias; refeição realizada ao pequeno-almoço; escovagem dos dentes; utilização do fio dentário; pessoa responsável pelas compras e pela confeção dos alimentos; consumo de peixe fresco/congelado; razões para não comer mais peixe; tipo de alimentação do diabético; consumo de alimentos para diabéticos; razão para o fazer; pesquisa autónoma de glicémia; prestação dos cuidados aos pés pelos próprios e local da vigilância da pressão arterial);
- ✓ Satisfação com os Serviços de Saúde – (Pimentel, 2010),
- ✓ Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde (SUCECS) – (Ribeiro, 2005).

- **Atividades de autocuidado com a diabetes**

É fundamental para os profissionais de saúde conhecer o *status* do fenómeno da gestão do regime terapêutico da pessoa com diabetes. Este saber vai permitir o planeamento dos cuidados assim como a adequação de estratégias na resolução de problemas (Bastos, 2004).

O autocuidado com a diabetes inclui um conjunto de atividades, sendo que essas diferentes componentes não estão fortemente correlacionadas entre si (Glasgow, 1998 *cit. in* Toobert, Hampson, & Glasgow, 2000). Assim, e considerando que o autocuidado é multidimensional, é necessário avaliar cada componente separadamente (Toobert, Hampson, & Glasgow, 2000).

No referente à adesão na diabetes esta 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 (OMS, 2003).

Para tal, utilizamos a escala de *Atividades de autocuidado com a diabetes* que foi traduzida e adaptada culturalmente para Português e aplicada a uma amostra de 103 indivíduos, do sexo masculino, com uma média de idades de 60,8 anos (dp=10,8) e diagnóstico de Diabetes em média há 7,6 anos (dp=8,7).

Dos 21 itens da escala inicial, estes ficaram reduzidos a 17 após a exclusão dos itens que diminuían a consistência interna das subescalas. Após o recurso à análise de

componentes principais, estes ficaram agrupados em seis dimensões, cuja consistência interna foi avaliada para cada dimensão através do *Coefficiente Alpha (α) de Cronbach*. A escala demonstrou ser sensível à alteração do *status* do fenómeno, dado que os níveis médios de adesão, após o plano educacional, mostraram-se significativamente superiores aos iniciais em todas as dimensões, exceto na medicação (Bastos, Severo, & Lopes, 2007).

A escala demonstrou ser sensível à mudança em todas as dimensões do regime terapêutico, tal como descrito nos estudos referidos na revisão sobre a escala original, que analisaram a sua sensibilidade à mudança relativamente à dieta geral, embora apenas num destes estudos esta sensibilidade tenha sido verificada para a dieta específica e não se tenha verificado no único que a avaliou para o exercício físico (Bastos, Severo, & Lopes, 2007).

A escala de autocuidado com a diabetes na versão inicial, traduzida e adaptada, demonstrou ser fácil e rápida de aplicar, tendo demorado em média 20 minutos. A versão final demorará menos tempo dado ter-se reduzido o número de itens para 17. É fácil de interpretar, dado estar operacionalizada em dias por semana, referindo-se a comportamentos concretos na semana anterior à sua aplicação (Bastos, Severo, & Lopes, 2007). É composta por um total de 17 itens, agrupados em seis dimensões: *alimentação geral e específica, atividade física, monitorização da glicemia; cuidados com os pés e toma de medicação*, conforme descrição seguinte:

Tabela 1 - Distribuição dos itens por cada dimensão na escala do autocuidado com a Diabetes.

Alimentação geral
<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Alimentação saudável</i> ○ <i>Alimentação recomendada;</i> ○ <i>Consumo de frutas e vegetais;</i>
Alimentação específica
<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Consumo de pão às refeições;</i> ○ <i>Consumo de álcool às principais refeições;</i> ○ <i>Mistura de hidratos de carbono às principais refeições;</i> ○ <i>Consumo de doces;</i> ○ <i>Adoçar as bebidas com açúcar;</i> ○ <i>Consumo de carnes vermelhas;</i> ○ <i>Consumo de álcool fora das principais refeições;</i>
Atividade física
<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Atividade contínua;</i> ○ <i>Exercício contínuo;</i>
Monitorização Glicemia
Cuidados com os pés
<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Examinar os pés;</i> ○ <i>Lavar os pés;</i> ○ <i>Secar os pés;</i>
Toma de Medicação

A escala é parametrizada em dias por semana em que os indivíduos apresentam determinado comportamento, variando o *score* de cada item entre 0 e 7, quanto maior o *score*, melhor a adesão ao regime terapêutico. Na dimensão alimentação específica, um valor mais elevado indica piores hábitos alimentares, uma vez que os itens de resposta nesta dimensão são relativos a práticas alimentares que as pessoas com diabetes não devem fazer, nomeadamente o consumo excessivo de pão, carnes vermelhas, álcool e doces. O *score* por dimensão resulta da média do número de dias dos itens que a constituem (Bastos, Severo, & Lopes, 2007).

- **Satisfação com os Serviços de Saúde**

O questionário Satisfação com os Serviços de Saúde de Pimentel (2010), avalia a satisfação com os serviços de saúde em quatro dimensões: *satisfação com a organização*, *satisfação com o atendimento*, *satisfação com o serviço médico prestado* e *satisfação com o serviço de enfermagem* (Pimentel, 2010).

A dimensão *satisfação com a organização* é constituída por uma questão que procura avaliar a satisfação global com a organização, e os cinco itens em análise são: localização do centro de saúde, acessibilidade/transportes; qualidade das instalações; espaço de atendimento/espera e limpeza/higiene das instalações.

A *satisfação com o atendimento* é constituída por sete itens: avaliação global, horário de atendimento, processo de atendimento, tempo de obtenção de consulta, tempo de espera para ser consultado, informações prestadas e atendimento telefónico.

Face à *satisfação com o serviço médico prestado*, os utentes avaliam este item de uma forma global, depois avaliam os seguintes aspetos: interesse pelo seu problema, disponibilidade de tempo na consulta, relacionamento com o médico, explicação dos exames prescritos, informação sobre sintomas da doença, aconselhamento sobre tratamento e facilidade de contacto com o médico.

A última dimensão intitulada, *satisfação com o serviço de enfermagem*, procura determinar a satisfação global face aos enfermeiros, a competência no desempenho das suas funções, cortesia no tratamento, explicação dos tratamentos, aconselhamento dos cuidados a manter, acompanhamento do doente e apoio domiciliário.

A pontuação de cada dimensão é realizada segundo as médias ponderadas, variando entre um mínimo de 1 (insatisfeito) e um máximo de 5 (muito satisfeito), sendo que valores superiores ou iguais a 3 consideramos que os utentes já se encontram satisfeitos (Pimentel, 2010).

Constatamos que todas as dimensões apresentam um grau de satisfação elevado, com valores médios a variarem entre 4.26 na dimensão *satisfação com o serviço de enfermagem* e 4.90 na *satisfação com o serviço médico prestado* (Cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Valores das médias ponderadas desvio-padrão das dimensões da Satisfação com os Serviços de Saúde

	Min	Max	M	Dp
Satisfação com a Organização	2,67	5,0	4,74	0,57
Satisfação com o Atendimento	2,43	5,0	4,35	0,63
Satisfação com o Serviço Médico prestado	2,63	5,0	4,90	0,36
Satisfação com o serviço de Enfermagem	2,86	5,0	4,26	0,28

- **Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde**

Este instrumento de colheita de dados desenvolvido por Ana Leonor Ribeiro (2003) avalia a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem em cuidados de saúde primários (SUCECS), tendo sido selecionado, devido à sua pertinência, em explorar dados relevantes da prática de enfermagem para a nossa reflexão.

O formulário SUCECS é composto por vinte e seis afirmações, respondidas numa escala tipo Likert e apresentadas de forma decrescente (3= sempre, até 0= não se aplica\sem opinião), que avalia as dimensões: *qualidade na assistência, individualização da informação, envolvimento do utente, informação dos recursos, formalização da informação e promoção do elo de ligação*, cujos itens se distribuem da seguinte forma:

Tabela 3 -Distribuição dos itens por cada dimensão do SUCECS

Dimensão	Nº das questões
Qualidade na assistência	11, 21, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32
Individualização na informação	1, 2, 6, 7, 8, 10
Envolvimento do utente	22, 28, 29
Informação de recursos	4, 5, 12
Formalização da informação	9, 13
Promoção do elo de ligação	3, 14, 18

O formulário SUCECS demonstra boa fidelidade, com um *alfa de Cronbach* de 0.89 e uma boa validade de constructo (Ribeiro, 2005).

O *alfa de Cronbach* no nosso estudo revela uma boa consistência interna, contudo o valor é mais baixo que o do autor da escala ($\alpha=0.84$). Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades, verificamos que o valor é igualmente boa para a

primeira e fraca na segunda metade do Índice de *Split-half* (0.83 e 0.57 respetivamente) (Cf. Tabela 1 do Anexo V).

O valor médio revela que o item com valor mais baixo, logo menor satisfação é o item 3 “*Relativamente a informação, os enfermeiros preocupam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas?*” com valor médio de 2.44 (numa escala de 0 a 3) (Cf. Tabela 1 do Anexo V).

O estudo comparativo entre a investigação atual e o estudo de Ribeiro (2003) revela que os valores médios no presente estudo são superiores aos obtidos pelo autor, oscilando o valor médio entre 5.28 (Dp=0.96), na dimensão da *Formalização da Informação* e 26.79 (Dp=0.74) na *Qualidade na Assistência* (cf. tabela 4).

Tabela 4 – Estatística das dimensões da escala de SUCECS e estudo comparativo com Ribeiro (2003).

	Estudo Atual		Ribeiro (2003)	
	M	Dp	M	Dp
Qualidade na assistência	26,79	0,74	24,94	3,44
Individualização na informação	17,79	0,77	16,42	2,43
Envolvimento do utente	8,95	0,26	7,77	1,52
Informação de recursos	8,49	1,20	4,71	2,52
Formalização da informação	5,28	0,96	3,10	1,73
Promoção do elo de ligação	7,94	1,77	5,20	2,34

Contudo, Ribeiro (2005) refere que uma vez que as dimensões se baseiam no número variável de afirmações, o mais correto é fazer o estudo das médias ponderadas, ou seja, em cada dimensão devem ser somados os itens que a constituem e posteriormente dividir pelo número de itens (i.e: na dimensão *promoção do elo de ligação* somar os itens 3, 14 e 18 e dividir por 3). O uso da média ponderada permite posteriormente a comparação direta entre as dimensões que os utentes se encontram mais satisfeitos e os mais insatisfeitos.

Na presente investigação os valores de satisfação são muito bons, uma vez que os valores médios são superiores a 2.64, sendo as dimensões *Qualidade na assistência* e *Envolvimento do utente* as que os utentes estão mais satisfeitos, já a *Formalização da informação* é a que tem menor grau de satisfação. Comparando os valores das médias ponderadas com o estudo de Ribeiro (2005), os valores obtidos em todas as dimensões são superiores, (cf. Tabela 5)

Tabela 5 – Valores de média ponderadas desvio-padrão das dimensões da escala de SUCECS e estudo atual.

	Estudo Atual		Ribeiro (2003)	
	M	Dp	M	Dp
Qualidade na assistência	2,98	0,08	2,77	0,38
Individualização na informação	2,97	0,13	2,74	0,41
Envolvimento do utente	2,98	0,09	2,59	0,51
Informação de recursos	2,83	0,40	1,57	0,84
Formalização da informação	2,63	0,48	1,55	0,87
Promoção do elo de ligação	2,64	0,59	1,73	0,78

3.5 PARTICIPANTES E PROCEDIMENTOS

Foi solicitada a autorização aos autores das escalas originais por correio eletrónico (cf. anexo III e IV).

Após a autorização do estudo pelo Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga II (cf. anexo II), apresentámos o estudo à equipa de enfermagem e solicitámos a sua colaboração para a divulgação do mesmo, junto das pessoas que frequentavam a consulta de diabetes, no período de 1 de abril de 2012 a 31 de julho de 2012. Aquando desta, foi entregue a carta de explicação do estudo e do consentimento informado. Os utentes foram ainda informados acerca dos objetivos e procedimentos da investigação, encontrando-se livres de qualquer coerção para decidir se queriam, ou não, participar, tendo-lhes sido explicado que, em qualquer momento da sua participação, poderiam recusar continuar, e que não resultariam quaisquer consequências para o próprio. Deste modo, obtivemos uma amostra não probabilística por conveniência.

Os critérios de inclusão dos participantes na amostra foram:

- Diagnóstico de diabetes tipo 2 há mais de 1 ano;
- Idade superior a 18 anos;
- Autovigilância da glicemia e terapêutica farmacológica;
- Frequência das consultas de enfermagem de diabetes no centro de saúde de Ílhavo;
- Participação voluntária e demonstração de disponibilidade para integrar o estudo;

Como critérios de exclusão definiram-se: diagnóstico de gravidez, deficiência mental em fase aguda ou demência.

Após o consentimento da pessoa com diabetes, aquando da presença na consulta de diabetes, a investigadora contactava telefonicamente os participantes para aplicar o instrumento de colheita de dados. A colheita de dados clínicos foi realizada em regime pós-laboral, através do programa SAPE.

Para a caracterização, descrição e análise inferencial dos dados utilizámos o programa Statistical Package Social Science 19 (SPSS) para o Windows e Word Microsoft, recorrendo à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central ou de localização (Médias (M); Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de Variação¹ (CV)), para além de medidas de simetria² e achatamento³, de acordo com as características das variáveis em estudo.

No que respeita à estatística inferencial, fizemos uso da estatística paramétrica, e da estatística não paramétrica. A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogéneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (Maroco, 2007).

Na estatística paramétrica foi utilizado o *Teste de Qui Quadrado* (χ^2), a regressão linear simples e múltipla. Os Testes Não Paramétricos empregados foram o Teste de Kruskal-Wallis (KW) e o Teste de U Mann Whitney (UMW).

Para a caracterização, descrição e análise inferencial dos dados utilizámos o programa Statistical Package Social Science 20 para o Windows e Word Microsoft e na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

$p < 0.05$ * - diferença estatística significativa

$p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa

$p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

¹ 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)

² Quando $[\text{Skewness}/\text{std}_{\text{Error}}] < 1,96$, 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 $[\text{Skewness}/\text{std}_{\text{Error}}] > 1,96$ estamos perante uma curva assimétrica, (Pestana & Gageiro, 2008).

³ Uma distribuição pode ser: Mesocúrtica quando $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] < 1,96$; Platicúrtica quando $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] < -1,96$ ou Leptocúrtica quando $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] > 1,96$, (Pestana & Gageiro, 2008)

4. RESULTADOS

Neste capítulo procuramos caracterizar não apenas os *scores* obtidos pelos sujeitos da nossa amostra para as variáveis dependente e independentes em estudo, mas também analisar como estas variáveis se associam entre si, tendo como referência os objetivos que orientaram a investigação.

Subdividimos a análise descritiva dos resultados em caracterização sócio-demográfica dos utentes; caracterização por perfil clínico das pessoas portadoras de diabetes e avaliação da satisfação com os cuidados de enfermagem e com os serviços de saúde.

- **Caracterização sócio-demográfica e profissional**

A análise das características sociodemográficas e profissionais evidencia que 52.4% da amostra é do sexo feminino e 47.6% do sexo masculino, residindo preferencialmente no meio urbano (57.1%), encontrando-se casados ou a viver em união de facto (76.2%) e possuindo o 1º ciclo do ensino básico (69.0%). Os valores entre os homens e as mulheres são idênticos na variável zona de residência, estado civil e habilitações literárias, não se diferenciando, (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Caracterização sociodemográfica das pessoas portadoras de diabetes.

Variáveis	Sexo		Feminino		Masculino		Total		Residuais ⁴	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem	Masc
	(44)	(52.4)	(40)	(47.6)	(84)	(100,0)				
Zona de Residência										
Rural	17	38,6	19	47,5	36	42,9	-0,8	0,8		
Urbano	27	61,4	21	52,5	48	57,1	0,8	-0,8		
Estado Civil										
Solteiro\divorciado\viúvo	14	31,8	6	15,0	20	23,8	1,8	-1,8		
Casado\união de facto	30	68,2	34	85,0	64	76,2	-1,8	1,8		
Habilitações literárias										
Não sabe ler nem escrever	3	6,8	1	2,5	4	4,8	<i>Não aplicado</i> ⁵			
Sabe ler e escrever	5	11,4	1	2,5	6	7,1	<i>Não aplicado</i>			
1ºCiclo do ensino básico	31	70,5	27	67,5	58	69,0	0,3	0,3		
2ºCiclo do ensino básico	2	4,5	3	7,5	5	6,0	<i>Não aplicado</i>			
Do 3ºCiclo ao Secundário	3	6,8	8	20,0	11	13,1	-1,8	1,8		

⁴ 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).

⁵ 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)

As estatísticas relativas à idade dos utentes com diabetes revelam uma variação entre os 28 e os 89 anos, com uma média de 66.57 anos ($Dp=10.29$). Os homens apresentam uma idade média de 67.40 anos e as mulheres têm em média 66.51 anos. Os coeficientes de variação apresentam dispersões moderadas em ambos os sexos. O teste U Mann Whitney revelou que as diferenças nas idade de homens e mulheres não são significativas ($U=778.5$; $p=0.363$), (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Estatísticas relativas à idade dos utentes.

	n	Min	Max	M	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	Teste UMW
Feminino	44	42	83	66,51	9,89	-0,76	-0,95	14,87	40,19	U=778,5; Z=-0,910 p=0,363
Masculino	40	28	89	67,40	10,78	-3,31	4,512	15,99	45,04	
Total	84	28	89	66,57	10,29	-2,85	2,33	15,45		

Relativamente à fonte de rendimento nos últimos 12 meses, para 69.0% da amostra a fonte de rendimento consistia na reforma/pensão, 17.9% trabalha, já 8.3% encontra-se a cargo da família e 4.8% usufruía do subsídio de desemprego. Observamos que 15.9% das mulheres estava a cargo da família o seu rendimento, por sua vez nos homens não existia nenhum, cujo rendimento fosse proveniente da família (cf. Tabela 8).

A maioria dos utentes exerceu o seu trabalho por conta de outrem (60.7%), 27.4% tinha/tem um trabalho familiar não remunerado (doméstica), e 10.7% é/era trabalhador por conta própria. No estudo comparativo entre os sexos observou-se uma maior percentagem de homens a trabalhar por conta de outrem (80.0% vs 43.2%), e nas mulheres o grupo mais representado é o das que desenvolviam um trabalho doméstico (52.3% vs 0.0%), sendo as diferenças significativas nestes itens (valores residuais ajustados de 3.5 e 5.4, respetivamente), (cf. Tabela 8).

A maioria da amostra considera que a sua situação financeira é muito problemática (41.7%), 36.9% referem que têm o suficiente, 19.0% têm algumas dificuldades e apenas 2.4% estão confortáveis financeiramente. No estudo comparativo entre homens e mulheres observamos que nas mulheres têm mais problemas financeiros face aos homens, sendo que o grupo “*muitos problemas com a situação financeira*” é o mais representados nas mulheres (54.5%) e nos homens grupo “*tenho o suficiente*” é o que têm maior percentagem de respostas (50.0%). Os valores residuais evidencia diferenças significativas em ambos os grupos ($res>1.96$), (cf. Tabela 8).

Quanto à coabitação do utente com diabetes, a maioria vive com o cônjuge/companheiro (54.8%) e 19.0% vive ou sozinho ou numa família restrita.

Existindo um maior número de homens a viver com o cônjuge face as mulheres (77.5% vs 34.1%), sendo as diferenças significativas ($\text{res}=4.0$). Por sua vez no sexo feminino, observamos que 29.5% vive sozinha, valor muito superior face aos homens que também vivem sozinhos (7.5%), revelando o valor de residual ajustado que esta diferença é significativa ($\text{res}=2.6$), (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Caracterização profissional e coabitação das pessoas com diabetes.

Variáveis	Sexo		Feminino		Masculino		Total		Residuais ⁶	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem	Masc
	(44)	(52.4)	(40)	(47.6)	(84)	(100.0)				
Fonte de Rendimento										
Trabalho	8	18,2	7	17,5	15	17,9	0,1	-0,1		
Reforma\Pensão	27	61,4	31	77,5	58	69,0	-1,6	1,6		
A cargo da Família	7	15,9	0	0,0	7	8,3	<i>Não aplicado</i>			
Subsídio de desemprego	2	4,5	2	5,0	4	4,8	<i>Não aplicado</i>			
Como exerce/exerceu sua profissão										
Trabalhador por conta própria	2	4,5	7	17,5	9	10,7	-1,9	1,9		
Trabalhador por conta de outrem	19	43,2	32	80,0	51	60,7	-3,5	3,5		
Patrão/Empregador	0	0,0	1	2,5	1	1,2	<i>Não aplicado</i>			
Trabalho familiar não remunerado (doméstica)	23	52,3	0	0,0	23	27,4	5,4	-5,4		
Sentimento face a situação financeira										
Muito problemática	24	54,5	11	27,5	35	41,7	2,5	-2,5		
Tenho o suficiente	11	25,0	20	50,0	11	36,9	-2,4	2,4		
Tenho algumas dificuldades	8	18,2	8	20,0	16	19,0	-0,2	0,2		
Confortável	1	2,3	1	2,5	2	2,4	<i>Não aplicado</i>			
Coabitação										
Com o Cônjuge\Companheiro	15	34,1	31	77,5	46	54,8	-4,0	4,0		
Sozinha	13	29,5	3	7,5	16	19,0	2,6	-2,6		
Com família restrita (marido, esposa, filhos)	11	25,0	5	12,5	16	19,0	1,5	-1,5		
Com família alargada (pais e irmãos)	5	11,4	1	2,5	6	7,2	<i>Não aplicado</i>			

O rendimento líquido mensal dos utentes variou entre mínimo de 150 euros e um máximo de 1000 euros, com um valor médio de aproximadamente 440 euros ($\text{Dp}=196.83$), (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Estatísticas relativas ao rendimento mensal líquido (em euros)

	n	Min	Max	M	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Rendimento mensal líquida	62	150,0	1000,0	440,81	196,83	2,65	-0,41	44,65

⁶ 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).

• **Caracterização clínica das pessoas com diabetes**

O estudo das características clínicas dos utentes com diabetes revelou que em média os utentes são diabéticos à cerca de 9 anos ($Dp=8.13$), (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Estatísticas relativas à duração da diabetes.

	n	Min	Max	M	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Tempo que é diabético	84	1	33	8,93	8,13	4,95	1,79	91,25

A maioria da amostra não possuiu antecedentes familiares de diabetes (54.8%) e 38 utentes possuíam familiares com diabetes. Sendo que o *Pai\Mãe ou ambos* é o grupo mais representado com 50.0% seguido do grupo *Irmão\Irmã* (29.0%), (cf. Tabela 10).

Ao questionarmos os utentes se associam o aparecimento da diabetes a algum fator, verificamos que 38.1% associa a doença aos maus *hábitos alimentares*, 23.8% à *hereditariedade*, 4.8% ao *stress da vida profissional* e 33.3% não encontram uma causa (cf. Tabela 11).

A maioria dos utentes possui o guia da pessoa com diabetes (90.5%), tendo por hábito levá-lo às consultas de diabetes no centro de saúde (88.2%), (cf. Tabela 11).

Tabela 11 - Caracterização clínica dos participantes.

Variáveis	Sexo		Total		Residuais			
	Feminino N (44)	% (52,4)	Masculino N (40)	% (47,6)	N (84)	% (100,0)	Fem	Masc
Na família alguém tem diabetes?								
Não	22	50,0	24	60,0	46	54,8	-0,9	0,9
Sim	22	50,0	16	40,0	38	45,2	0,9	-0,9
Se sim, quem?								
Pai\mãe ou ambos	11	50,0	8	50,0	19	50,0	0,0	0,0
Pais e irmão (a)	2	9,1	2	12,5	4	10,5	<i>Não aplicado</i>	
Irmão\irmã	6	27,3	5	31,3	11	29,0	-0,3	0,3
Outro (avo, tio, filho)	3	13,6	1	6,2	4	10,5	<i>Não aplicado</i>	
Associa o aparecimento da diabetes a:								
Não sei	20	45,5	8	20,0	28	33,3	2,5	-2,5
Maus hábitos alimentares	10	22,7	22	55,0	32	38,1	-3,0	3,0
Hereditariedade	12	27,3	8	20,0	20	23,8	0,8	-0,8
Stress	2	4,5	2	5,0	4	4,8	<i>Não aplicado</i>	
Tem guia do diabético?								
Não	5	11,4	3	7,5	8	9,5	0,6	-0,6
Sim	39	88,6	37	92,5	76	90,5	-0,6	0,6
Se sim, tem por hábito leva-lo para as consultas?								
Sim	34	87,2	33	89,2	67	88,2	-0,3	0,3
Não	5	12,8	4	10,8	9	11,8	0,3	-0,3

Relativamente ao tipo de medicação administrada nos utentes, no momento da colheita, a maioria consiste em antihipertensivos (85.7%), 92.8% antidiabéticos orais, 69.0% antidislipídicos, sendo que 40.5% toma medicamentos antitrombóticos, 19.0% faz analgésicos, 13.1% insulina e 10.7% tomam medicamentos para a

prevenção/tratamento de nefropatia e apenas 6.0% ingeriam medicação para depressão, (cf. Tabela 12).

Verificamos ainda que 51.2% dos utentes refere que por vezes não toma a medicação por esquecimento, 9.5% por preguiça ou devido aos efeitos secundários e 39.3% toma sempre a medicação. Sendo que 14.3% do utentes refere que deixou de tomar a medicação por motivos económicos, (cf. Tabela 12).

Tabela 12 - Caracterização dos utentes face à toma de medicação.

Variáveis	Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		N (44)	% (52,4)	N (40)	% (47,6)	N (84)	% (100,0)	Fem	Masc
Antihipertensivos									
Não sei		2	4,5	0	0,0	2	2,4	<i>Não aplicado</i>	
Não		7	15,9	3	7,5	10	11,9	1,2	-1,2
Sim		35	79,6	37	92,5	72	85,7	-1,7	1,7
Antidiabéticos orais									
Não sei		2	4,5	1	2,5	3	3,6	<i>Não aplicado</i>	
Não		1	2,3	2	5,0	3	3,6	<i>Não aplicado</i>	
Sim		41	93,2	37	92,5	78	92,8	0,1	-0,1
Insulina									
Não sei		3	6,8	1	2,5	4	4,8	<i>Não aplicado</i>	
Não		35	79,5	34	85,0	69	82,1	-0,7	0,7
Sim		6	13,7	5	12,5	11	13,1	0,2	-0,2
Antidislipídicos									
Não sei		2	4,5	1	2,5	3	3,6	<i>Não aplicado</i>	
Não		10	22,7	13	32,5	23	27,4	-1,0	1,0
Sim		32	72,8	26	65,0	58	69,0	0,8	-0,8
Antidepressivos									
Não sei		4	9,1	1	2,5	5	6,0	<i>Não aplicado</i>	
Não		37	84,1	37	92,5	74	88,0	-1,2	1,2
Sim		3	6,8	2	5,0	5	6,0	<i>Não aplicado</i>	
Analgésicos									
Não sei		3	6,8	1	2,5	4	4,8	<i>Não aplicado</i>	
Não		31	70,5	33	82,5	64	76,2	-1,3	1,3
Sim		10	22,7	6	15,0	16	19,0	0,9	-0,9
Antitrombóticos									
Não sei		5	11,4	2	5,0	7	8,3	<i>Não aplicado</i>	
Não		19	43,1	24	60,0	43	51,2	-1,5	1,5
Sim		20	45,5	14	35,0	34	40,5	1,0	-1,0
Prevenção/Tratamento de nefropatia									
Não sei		8	18,2	3	7,5	11	13,1	1,4	-1,4
Não		31	70,5	33	82,5	64	76,2	-1,3	1,3
Sim		5	11,3	4	10,0	9	10,7	0,2	-0,2
O que o leva a não tomar a medicação									
Tomo sempre		18	40,9	15	37,5	33	39,3	0,3	-0,3
Esquecimento		21	47,7	22	55,0	43	51,2	-0,7	0,7
Preguiça\efeitos secundários		5	11,4	3	7,5	8	9,5	0,6	-0,6
Já deixou de tomar medição por motivos económicos									
Sim		7	15,9	5	12,5	12	14,3	0,4	-0,4
Não		37	84,1	35	87,5	72	85,7	-0,4	0,4

Ainda no estudo clínico dos utentes, observamos que 82.1% considera ter a diabetes controlada e 17.9% descontrolada. A maioria considera que o seu peso está normal (47.6%), para 36.9% dos utentes têm excesso de peso e 15.5% consideram estar gordos. Sendo que 60.0% dos homens considera ter um peso normal e 47.7% das mulheres entendem ter excesso de peso, sendo as diferenças significativas (res=2.2).

Quando descobriram que tinham diabetes, a maioria manteve o peso (41.7%), 31.0% apresentavam peso mais elevado e 27.4% peso mais baixo, (cf. Tabela 13).

Relativamente aos hábitos alimentares dos utentes com diabetes, verificamos que 46.5% faz *entre 4 a 5 refeições por dia*, 97.6% toma o pequeno-almoço, consumindo peixe *7 vezes ou mais por semana* (47.6%), 61.9% consome alimentos da própria produção, sendo a sua alimentação idêntica à das pessoas que vivem com o utente (82.1%). A maioria dos utentes com diabetes faz as próprias compras (57.1%) e confeciona as suas refeições (60.7%). (cf. Tabela 13).

Tabela 13 - Caracterização dos utentes para manter o controlo da diabetes, peso e hábitos alimentares.

Variáveis	Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		N (44)	% (52.4)	N (40)	% (47.6)	N (84)	% (100,0)	Fem	Masc
Diabetes controlada									
Sim		36	81,8	33	82,5	69	82,1	-0,1	0,1
Não		8	12,8	7	17,5	15	17,9	0,1	-0,1
Como se sente face ao seu peso									
Normal		16	36,4	24	60,0	40	47,6	-2,2	2,2
Excessos de peso		21	47,7	10	25,0	31	36,9	2,2	-2,2
Gordo		7	15,9	6	15,0	13	15,5	0,1	-0,1
Quando descobriu que tinha diabetes, encontrava-se									
Com mais peso que agora		15	34,1	11	27,5	26	31,0	0,7	-0,7
Com menos peso que agora		16	36,4	7	17,5	23	27,4	1,9	-1,9
Com o mesmo peso que agora		13	29,5	22	55,0	35	41,7	-2,4	2,4
Refeições por dia									
Ate 3 refeições por dia		6	13,6	11	27,5	17	20,2	-1,6	1,6
Entre 4 a 5 refeições por dia		22	50,0	17	42,5	39	46,5	0,7	-0,7
Seis ou mais refeições por dia		16	36,4	12	30,0	28	33,3	0,6	-0,6
Toma o pequeno-almoço									
Sim		43	97,7	39	97,5	82	97,6	0,1	-0,1
Não		1	2,3	1	2,5	2	2,4	<i>Não aplicado</i>	
Quantas vezes escova os dentes por dia									
Nunca		2	4,5	2	5,0	4	4,8	<i>Não aplicado</i>	
Pelo menos uma vez		6	13,7	7	17,5	13	15,4	-0,5	0,5
Duas ou mais vezes		36	81,8	31	77,5	67	79,8	<i>Não aplicado</i>	
Foi ao dentista nos últimos 12 meses									
Sim		16	36,4	15	37,5	31	36,9	-0,1	0,1
Não		28	63,6	25	62,5	53	63,1	0,1	-0,1
Toma algum produto natural para diabéticos									
Não		33	75,0	36	90,0	69	82,1	-1,8	1,8
Sim		11	25,0	4	10,0	15	17,9	1,8	-1,8
Quem lhe faz as compras									
Família		8	18,2	28	70,0	36	42,9	-4,8	4,8
O próprio		36	81,8	12	30,0	48	57,1	4,8	-4,8
Quem lhe confeciona os alimentos									
Família		3	6,8	30	75,0	33	39,3	-6,4	6,4
O próprio		41	93,2	10	25,0	51	60,7	6,4	-6,4
Consumo de alimento da própria produção									
Não		17	38,6	15	37,5	32	38,1	0,1	-0,1
Sim		27	61,4	25	62,5	52	61,9	-0,1	0,1
Consumo de peixe por semana									
1 a 2 vezes		6	13,6	5	12,5	11	13,1	0,2	-0,2
3 a 4 vezes		10	22,7	10	25,0	20	23,8	-0,2	0,2
5 a 6 vezes		7	15,9	6	15,0	13	15,5	0,1	-0,1
7 ou mais vezes		21	47,8	19	47,5	40	47,6	0,0	0,0
A sua alimentação é igual à das pessoas que vivem consigo									
Não		2	4,5	0	0,0	2	2,4	<i>Não aplicado</i>	
Sim		32	72,7	37	92,5	69	82,1	-2,4	2,4
Não se aplica		10	22,8	3	7,5	13	15,5	1,9	-1,9
Compra alimentos para diabéticos									
Não		33	75,0	36	90,0	69	82,1	-1,8	1,8
Sim		11	25,0	4	10,0	15	17,9	1,8	-1,8

O estudo comparativo entre homens e mulheres revela diferenças significativas na compra e confeção dos alimentos, sendo que nos homens a confeção e a compra dos alimentos é da responsabilidade da família, por sua vez nas mulheres são as próprias a comprarem e a confeccionarem os alimentos, (res>1,96), (cf. Tabela 13).

Face aos hábitos de higiene oral, 79.8% dos utentes escova os dentes duas vezes ou mais por dia, 15.4% uma vez e 4.8% não realiza a escovagem dos dentes, sendo que a maioria não consultou o dentista nos últimos 12 meses, (63.1%), (cf. Tabela 13).

A caracterização da vigilância dos utentes diabéticos evidência que 94.0% faz pesquisa de glicemia capilar sozinho, 97.6% toma a medicação autonomamente, 83.3% presta os cuidados aos pés sozinho e 45.2% faz a vigilância da sua pressão arterial. Uma maior percentagem de homens a vigiar a pressão arterial face as mulheres (57.5% vs 34.1%), sendo as diferenças significativas (residual ajustado = 2.2) (cf. Tabela 14).

No último ano nenhum diabético esteve internado nem necessitou de ir ao serviço de urgência devido à diabetes (cf. Tabela 14).

A área de tratamento da diabetes que causa maiores dificuldades aos utentes é o *exercício físico* (41.7%), seguido da *alimentação* e dos *cuidados aos pés*, com valores percentuais de 26.2% e 21.4% respetivamente, sendo a *autovigilância* a que menos dificuldade apresenta (3.6%), (cf. Tabela 14).

Tabela 14 - Caracterização da vigilância da diabetes

Variáveis	Sexo		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	% (100,0)	Fem	Masc
Faz pesquisa de glicemia capilar sozinho	(44)	(52,4)	(40)	(47,6)	(84)					
Sim	41	93,2	38	95,0	79	94,0			-0,4	0,4
Não	3	6,8	2	5,0	5	6,0			<i>Não aplicado</i>	
Toma medicação sozinho										
Sim	43	97,7	39	97,5	82	97,6			0,1	-0,1
Não	1	2,3	1	2,5	2	2,4			<i>Não aplicado</i>	
Presta os cuidados aos pés sem ajuda										
Sim	37	84,1	33	82,5	70	83,3			0,2	-0,2
Não	7	15,9	7	17,5	14	16,7			-0,2	0,2
Faz a vigilância da tensão arterial										
Sim	15	34,1	23	57,5	38	45,2			-2,2	2,2
Não	29	65,9	17	42,5	46	54,8			2,2	-2,2
No último ano esteve internado por causa da diabetes										
Não	44	100,0	40	100,0	84	100,0			<i>Não aplicado</i>	
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0				
No último ano teve que recorrer à Urgência devido à Diabetes										
Não	44	100,0	40	100,0	84	100,0			<i>Não aplicado</i>	
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0				
Que área de tratamento da diabetes tem mais dificuldade										
Alimentação	9	20,5	13	32,5	22	26,2			-1,3	1,3
Exercício Físico	20	45,5	15	37,5	35	41,7			0,7	-0,7
Medicação/Insulina	4	9,1	2	5,0	6	7,1			<i>Não aplicado</i>	
Autovigilância	1	2,3	2	5,0	3	3,6			<i>Não aplicado</i>	
Cuidar dos Pés	10	22,8	8	20,0	18	21,4			0,3	-0,3

Relativamente às complicações provocadas pela diabetes e verbalizadas pelos participantes, constatamos que a maioria não tem *retinopatia diabética* (85.7%), *alteração sexual* (97.6%), *nefropatia* (95.2%), *pé diabético* (100.0%), *doença cerebrovascular* (97.6%), *doença coronária* (91.7%), *neuropatia* ou *doença arterial periférica*. Sendo que apenas 9.5% apresenta *retinopatia diabética*, 5.0% *nefropatia* e 8.3% *doença coronária*, (cf. Tabela 15).

O estudo das doenças que os utentes apresentam para além da diabetes revelou que 41.7% não têm presentes outras doenças, 27.4% têm *doença osteoarticular*, estando as mulheres mais representadas face aos homens (41.0% vs 12.5%), sendo as diferenças significativas (res=2.9). As *doenças do coração* afetam 19.0% dos utentes e os *problemas digestivos crónicos* e a *asma* ou *doenças respiratórias* estão presentes, respetivamente em 6.0% e 3.6% dos utentes.

A maioria dos utentes não esteve de baixa médica nos últimos 12 meses (57.3%), apenas 4.9% teve essa necessidade, (cf. Tabela 15).

Tabela 15 - Caracterização das complicações por causa da Diabetes

Variáveis	Sexo		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	% (100,0)	Fem	Masc
Retinopatia Diabética										
Ausente	36	81,8	36	90,0	72	85,7	-1,1	1,1		
Presente	5	11,4	3	7,5	8	9,5	0,6	-0,6		
Não sei	3	6,8	1	2,5	4	4,8	<i>Não aplicado</i>			
Alteração Sexual										
Ausente	43	97,7	39	97,5	82	97,6	0,1	-0,1		
Não sei	1	2,3	1	2,5	2	2,4	<i>Não aplicado</i>			
Nefropatia										
Ausente	43	97,7	37	92,5	80	95,2	1,1	-1,1		
Presente	1	2,3	2	5,0	3	5,0	<i>Não aplicado</i>			
Não sei	0	0,0	1	2,5	1	1,3	<i>Não aplicado</i>			
Pé Diabético										
Ausente	44	100,0	40	100,0	84	100,0				
Doença cerebrovascular										
Ausente	43	97,7	39	97,5	82	97,6	0,1	-0,1		
Não sei	1	2,3	1	2,5	2	2,4	<i>Não aplicado</i>			
Doença coronária										
Ausente	40	90,9	37	92,5	77	91,7	-0,3	0,3		
Presente	4	9,1	3	7,5	7	8,3	<i>Não aplicado</i>			
Neuropatia										
Ausente	44	100,0	40	100,0	84	100,0				
Doença arterial periférica										
Ausente	44	100,0	40	100,0	84	100,0				
Outras doenças										
Asma ou doenças respiratórias	2	4,5	1	2,5	3	3,6	<i>Não aplicado</i>			
Doenças do coração	6	13,6	10	25,0	16	19,0	-1,3	1,3		
Problemas digestivos crónicos	4	9,1	1	2,5	5	6,0	<i>Não aplicado</i>			
Doenças osteoarticulares crónicas	18	41,0	5	12,5	23	27,4	2,9	-2,9		
Doença Psiquiatra	2	4,5	0	0,0	2	2,3	<i>Não aplicado</i>			
Nenhuma	12	27,3	23	57,5	35	41,7	-2,8	2,8		
Nos últimos 12 meses esteve com baixa médica										
Sim	4	9,3	0	0,0	4	4,9	<i>Não aplicado</i>			
Não	26	60,5	21	53,8	47	57,3	0,6	-0,6		
Não se aplica	13	30,2	18	46,2	31	37,8	-1,5	1,5		

Quando procuramos definir o que os utentes entendem por diabetes, constatamos que a maioria a considera como *uma doença crónica com complicações* (44.1%), 23.8% definem-na como sendo *uma doença igual às outras* e 15.5% e 7.1% interpretam-na como *uma doença muito complicada* e *uma doença que aparece com a idade e com os maus hábitos alimentares*, respetivamente (cf. Tabela 16).

Questionados os utentes sobre suas reações quando tomaram conhecimento que eram diabéticos, 39.3% ficaram *tristes*, 31.0% referem ter ficado *normal, indiferente* com a notícia e 16.7% tiveram *sentimento de choque, angústia e surpresa*. As mulheres ficaram mais tristes com a notícia e os homens ficaram mais angustiados, sendo a diferenças significativas face as reações (cf. Tabela 16).

A maioria dos utentes entende que viver com a diabetes é “ter que fazer muitos sacrifícios” (33.4%), 28.6% vivem a “vida normalmente” com a diabetes e 21.4% referem que ter diabetes equivale a “ter muito cuidado com a alimentação que fazem” (cf. Tabela 16).

Tabela 16 - Caracterização das definições da diabetes para os utentes.

Variáveis	Sexo		Total		Residuais			
	Feminino N (44)	% (52,4)	Masculino N (40)	% (47,6)	N (84)	% (100,0)	Fem	Masc
O que é a Diabetes?								
Doença crónica com complicações	16	36,4	21	52,5	37	44,1	-1,5	1,5
Doença igual às outras	11	25,0	9	22,5	20	23,8	0,3	-0,3
Doença muito complicada	8	18,2	5	12,5	13	15,5	0,7	-0,7
Doença que aparece com a idade e com maus hábitos alimentares	4	9,0	2	5,0	6	7,1	<i>Não aplicado</i>	
Não sei definir	5	11,4	3	7,5	8	9,5	0,6	-0,6
Como reagiu quando soube que era diabético?								
Triste	22	50,0	11	27,5	33	39,3	2,1	-2,1
Angustiado, surpresa, em choque	3	6,8	11	27,5	14	16,7	-2,5	2,5
Normal, indiferente	14	31,8	12	30,0	26	31,0	0,2	-0,2
Não se lembra	5	11,4	6	15,0	11	13,0	-0,5	0,5
O que é para si ser diabético?								
É ter que fazer muito cuidado com a alimentação	10	22,7	8	20,0	18	21,4	0,3	-0,3
É fazer muitos sacrifícios	16	36,4	12	30,0	28	33,4	0,6	-0,6
É uma prisão, um fardo para a vida	5	11,4	3	7,5	8	9,5	0,6	-0,6
É viver a vida normalmente como fazia antes	11	25,0	13	32,5	24	28,6	-0,8	0,8
Não sei definir	2	4,5	4	10,0	6	7,1	<i>Não aplicado</i>	

A análise do registo de consulta de diabetes no centro de saúde revela que, 41.7% dos utentes frequentou por duas vezes no último ano, 31.0% usufruíram de quatro ou mais consultas e 21.3% de três consultas. A maioria dos utentes realizou uma consulta para observação dos olhos (59.5%), os seus pés foram observados por um profissional de saúde (97.6%), por um cardiologista (22.6%), 10.7% foram ainda observados por um endocrinologista e apenas 4.8% por um nutricionista. Nenhum utente relatou consulta de um psicólogo (cf. Tabela 17).

Quando os utentes vão à consulta fazem-no sozinhos (78.6%), 75.0% dos utentes demora menos de 10 minutos a chegar de casa ao centro de saúde, deslocando-se em viatura própria/motociclo (50.0%) ou de bicicleta (16.7%), considerando todos os utentes estudados importante que exista consulta de enfermagem disponível para a pessoa portadora de diabetes no Centro de Saúde de Ílhavo (cf. Tabela 17).

Tabela 17 - Caracterização dos utentes face à Consulta de Diabetes no Centro de Saúde

Variáveis	Sexo		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem	Masc
Número de Consultas no último ano										
Uma consulta ou menos	1	2,3	4	10,0	5	6,0	<i>Não aplicado</i>			
Duas consultas	21	47,7	14	35,0	35	41,7	1,2	-1,2		
Três consultas	9	20,5	9	22,5	18	21,3	-0,2	0,2		
Quatro ou mais consultas	13	29,5	13	32,5	26	31,0	-0,3	0,3		
No último ano teve alguma consulta para observação dos olhos										
Sim	26	59,1	24	60,0	50	59,5	-0,1	0,1		
Não	18	40,9	16	40,0	34	40,5	0,1	-0,1		
No último ano, o seu pé foi observado por um profissional de saúde										
Sim	44	100,0	38	95,0	82	97,6	1,5	-1,5		
Não	0	0,0	2	5,0	2	2,4	<i>Não aplicado</i>			
No último ano, foi observado por um nutricionista										
Sim	3	6,8	1	2,5	4	4,8	<i>Não aplicado</i>			
Não	41	93,2	39	97,5	80	95,2	-0,9	0,9		
No último ano, foi observado por um cardiologista										
Sim	9	20,5	10	25,0	19	22,6	-0,5	0,5		
Não	35	79,5	30	75,0	65	77,4	0,5	-0,5		
No último ano, foi observado por um endocrinologista										
Sim	5	11,4	4	10,0	9	10,7	0,2	-0,2		
Não	39	88,6	36	90,0	75	89,3	-0,2	0,2		
No último ano, foi observado por algum psicólogo										
Não	44	100,0	40	100,0	84	100,0	<i>Não aplicado</i>			
Quando vem a consulta vem acompanhado										
Sim	10	22,7	8	20,0	18	21,4	0,3	-0,3		
Não	34	77,3	32	80,0	66	78,6	-0,3	0,3		
Em média quanto tempo demora de casa ao centro de saúde										
Menos de 5 minutos	16	36,4	14	35,0	30	35,7	0,1	-0,1		
Entre 6 a 10 minutos	17	38,6	16	40,0	33	39,3	-0,1	0,1		
Entre 11 a 15 minutos	3	6,8	5	12,5	8	9,5	-0,9	0,9		
Mais de 16 minutos	8	18,2	5	12,5	13	15,5	0,7	-0,7		
Meio de transporte usado										
Táxi	4	9,1	2	5,0	6	7,1	<i>Não aplicado</i>			
Carro Próprio\ motociclo	17	43,1	23	57,5	42	50,0	-1,3	1,3		
Bicicleta	9	20,5	5	12,5	14	16,7	1,0	-1,0		
Carro Familiar	8	18,2	3	7,5	11	13,1	1,4	-1,4		
A pé	4	9,1	7	17,5	11	13,1	-1,1	1,1		
É importante a consulta de Enfermagem ao Utente com Diabetes no CS Ílhavo										
Sim	44	100,0	40	100,0	84	100,0				

Na avaliação feita da consulta de enfermagem aos utentes com diabetes, 89.3% salienta a simpatia e a qualidade do atendimento como fator positivo na consulta, sendo o tempo de espera o fator negativo da mesma (28.5%) (cf. Tabela 18).

A maioria dos utentes considera já saber o suficiente sobre a diabetes (91.7%), sendo os homens os que manifestam ter mais conhecimentos face às mulheres (100.0% vs 84.1%), apresentando diferenças significativas (res=2.6) (cf. Tabela 18).

Verificamos que 32.1% dos utentes já participou em sessões de educação para a saúde e 67.9% ainda não. Dos 57 utentes que ainda não participaram a maioria desejava fazê-lo (85.7%).

Tabela 18 - Caracterização dos utentes face à Consulta de Diabetes no Centro de Saúde.

Variáveis	Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		N (44)	% (52,4)	N (40)	% (47,6)	N (84)	% (100,0)	Fem	Masc
O que mais gosta consulta de Enfermagem									
Aprender		4	9,1	1	2,5	5	6,0	<i>Não aplicado</i>	
Simpatia e bom atendimento		38	86,4	37	92,5	75	89,3	-0,9	0,9
Quando dizem que os diabetes estão controlados		2	4,5	2	5,0	4	4,7	<i>Não aplicado</i>	
O que menos gosta consulta de Enfermagem									
Gosta de tudo		28	63,6	29	72,5	57	67,9	-0,9	0,9
Interrupção nas consultas/rapidez das consultas		2	4,6	1	2,5	3	3,6	<i>Não aplicado</i>	
Tempo de espera		14	31,8	10	25,0	24	28,5	0,7	-0,7
Acha que sabe o suficiente sobre diabetes									
Sim		37	84,1	40	100,0	77	91,7	-2,6	2,6
Não		7	15,9	0	0,0	7	8,3	<i>Não aplicado</i>	
Já participou em sessões de educação para saúde									
Sim		14	31,8	13	32,5	27	32,1	-0,1	0,1
Não		30	68,2	27	67,5	57	67,9	0,1	-0,1
Se não, se houvesse ensinamentos em grupo, participava?									
Sim		26	89,7	22	81,5	48	85,7	0,9	-0,9
Não		3	10,3	5	18,5	8	14,3	-0,9	0,9

Em síntese, a informação clínica expressa pelo utente revela que são diabéticos há cerca de 9 anos, possuem guia do diabético e a maioria não tem antecedentes familiares. A medicação que verbalizaram tomar, maioritariamente são antihipertensivos, antidiabéticos orais e antidiabéticos. Também têm a perceção de ter a diabetes controlada, o peso normal e desde o diagnóstico que mantém o peso.

Referem ter hábitos de higiene oral e a maioria não consultou um dentista no último ano. A área de tratamento que exprimem ter maior dificuldade é a prática de exercício físico. A complicação prevalente é a retinopatia diabética concomitantemente com outros problemas osteoarticulares.

No último ano nenhum diabético recorreu ao serviço de urgência, não esteve internado nem de baixa médica.

Neste mesmo período tiveram duas consultas de diabetes no centro de saúde, o pé foi observado por um profissional e cerca de metade fez o rastreio da retinopatia diabética.

A maioria vai sozinho às consultas de diabetes ao centro de saúde e em carro próprio demorando cerca de 10 minutos.

- **Caracterização da informação clínica**

Ao analisar os registos acerca dos valores clínicos, extraídos dos sistemas de informação SAPE, dos utentes há um ano atrás e o valor atual, inferimos que relativamente ao IMC, atualmente houve um aumento dos utentes com obesidade (atualmente: 37.8%, há um ano atrás: 37.0%), contudo a percentagem de utentes com excesso de peso diminuiu dos 43.8% para os 40.2%.

Face ao perímetro abdominal observamos que, no último ano, houve um aumento do número de homens com cintura superior a 103 cm, passando de 47.5% para 57.5%. Por sua vez nas mulheres os valores atuais e de há um ano atrás são semelhantes (cf. Tabela 19).

Quanto ao valor médio de glicemia capilar em jejum, nos valores deste ano existem menos percentagem de utentes com valores superiores a 109mg/dl (80.7%) comparativamente com os 85.0% de há um ano atrás. Contudo quando a comparação é feita com o valor da hemoglobina glicosilada, observamos que atualmente o grupo mais representado é o dos utentes com valores superiores a 6.6% (50.6%). Já há um ano a maioria dos utentes apresentava valores inferiores a 6.5% de hemoglobina glicosilada (52.4%) (cf. Tabela 19).

Os valores do colesterol total são semelhantes de um ano para o outro, apresentando os utentes, na sua maioria, valores entre os 91 e os 239 mg/dl. Relativamente ao HDL, tanto homens como mulheres apresentavam valores superiores há um ano atrás face aos valores que têm atualmente. A maioria da amostra diminuiu os valores de triglicédeos no último ano, sendo que a maioria têm valores inferiores a 150mg/dl atualmente (64.8%).

Observamos pelos valores da tensão arterial sistólica e diastólica que a maioria da amostra tem hipertensão arterial sistólica, contudo com valores inferiores comparado com há um ano atrás (48.1% vs 40.5%). Já a tensão arterial diastólica da maioria dos utentes é normal (83.1%), tendo aumentado o número de utentes com valores considerados normais no último ano. Os valores de microalbuminúria são semelhantes atualmente e há um ano atrás, sendo que, na sua maioria, os utentes têm valores abaixo de 30 mg/24horas (cf. Tabela 19).

Tabela 19 - Estatísticas relativas aos valores clínicos e bioquímicos dos utentes.

Variáveis	Atual		Há um ano atrás	
IMC				
Normal (IMC 20-25)	7	8,6	6	8,2
Excesso de Peso (IMC 25-30)	33	40,2	32	43,8
Obesidade (IMC 30-35)	31	37,8	27	37,0
Obesidade severa ou mórbida (IMC > 40)	11	13,4	8	11,0
Perímetro abdominal Homens				
Abaixo dos 93 cm	4	10,0	4	10,0
Entre 94 e 102 cm	13	32,5	17	42,5
Mais de 103 cm	23	57,5	19	47,5
Perímetro abdominal Mulheres				
Abaixo dos 79 cm	1	2,3	-	-
Entre 80 e 88 cm	2	4,7	3	7,1
Mais de 89 cm	40	93,0	39	92,9
Glicemia capilar em jejum				
Menor ou igual a 108 mg/dl	16	19,3	12	15,0
Mais de 109 mg/dl	87	80,7	68	85,0
Colesterol total				
Abaixo dos 190 mg/dl	-	-	2	2,6
Entre 191 e 239 mg/dl	69	92,0	68	89,5
Mais de 240 mg/dl	6	8,0	6	7,9
HDL Homens				
Menor ou igual a 40 mg/dl	11	31,4	7	20,0
Mais de 41 mg/dl	24	68,6	28	80,0
HDL Mulheres				
Menor ou igual a 46 mg/dl	13	39,4	13	36,1
Mais de 47 mg/dl	20	60,6	23	63,9
Triglicérides				
Menor ou igual a 150 mg/dl	46	64,8	44	61,1
Mais de 151 mg/dl	25	35,2	28	38,9
Hemoglobina Glicosilada (HbA1c)				
Menor ou igual a 6,5%	41	49,4	43	52,4
Mais de 6,6%	42	50,6	39	47,6
Microalbuminúria				
Abaixo dos 30 mg/24horas	49	71,0	41	70,7
Entre 31 e 300 mg/24horas	19	27,5	16	27,6
Mais de 301 mg/24horas	1	1,5	1	1,7
Tensão arterial sistólica				
Normal (< 130 mmHg)	24	28,6	25	30,9
Normal limitiforme (130-139 mmHg)	26	31,0	17	21,0
Hipertensão (> 140 mmHg)	34	40,5	39	48,1
Tensão arterial diastólica				
Normal (< 85 mmHg)	69	83,1	60	74,1
Normal limitiforme (85-89 mmHg)	6	7,2	10	12,3
Hipertensão (> 89 mmHg)	8	9,7	11	13,6

A maioria dos utentes não consome bebidas alcoólicas (97.6%), nem fuma (95.2%), (cf. Tabela 20).

Tabela 20 - Caracterização dos utentes face ao consumo de álcool e tabaco.

Variáveis	Total	
	N (84)	% (100,0)
Abuso de álcool		
Sim	2	2,4
Não	82	97,6
Abuso no consumo de tabaco		
Sim	4	4,8
Não	8	95,2

As complicações registadas nos sistemas de informação devido à diabetes apresentadas pelos utentes foram: doença coronária (21.4%), retinopatia diabética e doença cerebrovascular (6.0%), neuropatia (2.4%) e nefropatia ou doença arterial periférica (1.2%). Não existindo nenhum doente com pé diabético nem com alterações a nível sexual (cf. Tabela 21).

Tabela 21 - Caracterização dos utentes face a presença de complicações devido diabetes.

Variáveis	Total	
	N (84)	% (100,0)
Retinopatia diabética		
Ausente	79	94,0
Presente	5	6,0
Alteração Sexual		
Ausente	84	100,0
Presente	0	0,0
Nefropatia		
Ausente	83	98,8
Presente	1	1,2
Pé diabético		
Ausente	84	100,0
Presente	0	0,0
Doença cerebrovascular		
Ausente	79	94,0
Presente	5	6,0
Doença coronária		
Ausente	66	78,6
Presente	18	21,4
Neuropatia		
Ausente	82	97,6
Presente	2	2,4
Doença arterial periférica		
Ausente	83	98,8
Presente	1	1,2

No estudo do risco do pé diabético observamos, pelos valores do quadro 22, que a maioria dos participantes tem baixo risco (42.4%), 40.9% moderado risco e 16.7% estão classificados como tendo alto risco. A análise entre homens e mulheres revela que nos homens o grupo mais representado é o do baixo risco (51.6%), por sua vez nas mulheres o grupo moderado risco é o mais representado (48.6%), contudo as diferenças não são significativas (Cf. Tabela 22).

Tabela 22 - Caracterização do risco do pé diabético dos utentes face ao sexo.

Variáveis	Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		N (35)	% (53,0)	N (31)	% (47,0)	N (66)	% (100,0)	Fem	Masc
Risco do pé diabético									
Baixo risco		12	34,3	18	51,6	28	42,4	-1,4	1,4
Médio risco		17	48,6	10	32,3	27	40,9	1,3	-1,3
Alto risco		6	17,1	5	16,1	11	16,7	0,1	-0,1

A análise dos utentes face à caracterização da sua saúde em geral revelou que a maioria avalia a sua saúde em boa (40.5%), 11.9% muito boa e 8.3% entendem que a

sua saúde é fraca. Os valores no sexo masculino e feminino são idênticos ao da amostra global, não se diferenciando (cf. Tabela 23).

O estudo comparativo entre o estado de saúde atual com o estado de saúde há um ano atrás, permite concluir que 63.1% dos utentes sente que teve algumas melhorias, 6.0% está pior e em sentido oposto 2.4% está melhor agora que há um ano atrás (cf. Tabela 23). A maioria dos utentes refere que nas últimas quatro semanas não teve dores (34.5%), 19.0% teve dores ligeiras, 17.9% manifesta que teve dores muito fracas e 13.1% apresentou dores moderadas. Existe uma maior percentagem de homens sem dores face às mulheres (55.0% vs 15.9%), e em sentido oposto as mulheres manifestam mais dores moderadas face aos homens (20.5% vs 5.0%), revelando os valores residuais diferenças significativas (cf Tabela 23).

Tabela 23 - Caracterização dos utentes face à avaliação da sua saúde.

Variáveis	Sexo		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem	Masc
	(44)	(52.4)	(40)	(47.6)	(84)	(100,0)				
Em geral a sua saúde é										
Ótima	0	0,0	1	2,5	1	1,2			<i>Não aplicado</i>	
Muito Boa	4	9,1	6	15,0	10	11,9			-0,8	0,8
Boa	18	40,9	16	40,0	34	40,5			0,1	-0,1
Razoável	18	40,9	14	35,0	32	38,1			0,6	-0,6
Fraca	4	9,1	3	7,5	7	8,3			<i>Não aplicado</i>	
Comparativamente com há um ano atrás, como classifica a sua saúde										
Muito Melhor	2	4,5	0	0,0	2	2,4			<i>Não aplicado</i>	
Com algumas melhorias	29	65,9	24	60,0	53	63,1			0,6	-0,6
Igual	10	22,7	13	32,5	23	27,4			-1,0	1,0
Um pouco pior	3	6,9	2	5,0	5	6,0			<i>Não aplicado</i>	
Muito Pior	0	0,0	1	2,5	1	1,1			<i>Não aplicado</i>	
Durante as últimas 4 semanas teve dores										
Nenhumas	7	15,9	22	55,0	29	34,5			-3,8	3,8
Muito fracas	7	15,9	8	20,0	15	17,9			-0,5	0,5
Ligeiras	11	25,0	5	12,5	16	19,0			1,5	-1,5
Moderadas	9	20,5	2	5,0	11	13,1			2,1	-2,1
Fortes	6	13,6	1	2,5	7	8,3			<i>Não aplicado</i>	
Muito fortes	4	4,1	2	5,0	6	7,2			<i>Não aplicado</i>	
Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal										
Absolutamente nada	10	22,7	24	60,0	34	40,5			-3,5	3,5
Pouco	13	29,5	10	25,0	23	27,4			0,5	-0,5
Moderadamente	8	18,2	0	0,0	8	9,5			2,8	-2,8
Bastante	4	9,1	1	2,5	5	6,0			<i>Não aplicado</i>	
Imenso	9	20,5	5	12,5	14	16,7			1,0	-1,0

No estudo da interferência da dor no quotidiano do utente, observamos que os utentes que não tomam medicação analgésica não apresentam dor, por sua vez quando a dor dos utentes é uma dor imensa, os utentes tomam mais medicação analgésica, sendo as diferenças significativas (cf. Tabela 24).

Tabela 24 – Relação entre a toma de analgésicos e as dores nas últimas 4 semanas.

Toma de analgésicos Variáveis	Não		Sim		Total		Residuais	
	N (64)	% (80,0)	N (16)	% (20)	N (80)	% (100,0)	Fem	Masc
Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal								
Absolutamente nada	31	48,4	3	18,8	34	42,5	2,1	-2,1
Pouco	15	23,4	5	31,2	20	25,0	-0,6	0,6
Moderadamente	6	9,4	2	12,5	8	10,0	-0,4	0,4
Bastante	5	7,8	0	0,0	5	6,3	<i>Não aplicado</i>	
Imenso	7	11,0	6	37,5	13	16,2	-2,6	2,6

Em síntese poder-se-á referir que os utentes têm excesso de peso (40.2%), um perímetro abdominal acima do recomendado, com valores de glicemia em jejum superiores a 109 mg/dl (80.7%), valores de colesterol total entre os 91 e os 239 mg/dl (92.0%), e com valores inferiores a 150 mg/dl face aos triglicérides (64.8%). Apresentam hipertensão arterial sistólica (40.5%) e tensão arterial diastólica normal (83.1%) com um valor de hemoglobina glicosilada superior a 6.6% (50.6%).

As complicações mais comuns face a diabetes são a doença coronária (21.4%), doença cerebrovascular e a retinopatia diabética (6%).

Os utentes consideram ter uma saúde boa (40.5%) com melhorias face há um ano (63.1%) e sem dores no último mês (34.5%).

- **Atividades de Autocuidado com a Diabetes – Adesão ao Regime Terapêutico**

O estudo da adesão das Atividades de Autocuidado com a diabetes foi realizado numa primeira fase item a item (cf. Tabela 25), onde se procura descrever a percentagem de dias que os utentes realizam as atividades de autocuidado.

Na dimensão *Alimentação Geral*, observamos que 57.1% dos utentes refere fazer uma alimentação saudável durante os últimos sete dias, contudo 77.4% não seguiu o plano alimentar recomendado por um profissional. A maioria dos utentes (67.7%) comeu cinco ou mais peças de fruta ou vegetais neste mesmo período de tempo.

Ao analisar a *Alimentação Específica*, constatamos que nos últimos sete dias a maioria dos utentes com diabetes não consumiu pão às refeições (50.0%), 82.1% não ingeriu bebidas alcoólicas nas principais refeições e 85.7% não as consumiram *fora das principais refeições*, 50.0% dos utentes nunca *misturou hidratos de carbono às principais refeições* e 75.0% não adoçou as bebidas com açúcar.

Relativamente à dimensão *Atividade Física*, 66.7% dos utentes refere que nos últimos sete dias praticou atividade física, diariamente, durante pelo menos 30 minutos, e apenas 19.0% completou essa atividade com sessões específicas de exercício físico.

Nos últimos sete dias referem que *monitorizam a glicemia capilar* em dois dias 29.8%; 27.4% fê-lo todos os dias, e 10.7% refere que nunca fez a pesquisa.

Face aos *Cuidados com os pés* conclui-se (cf. Tabela 25) que a maioria da amostra examina os pés diariamente (82.1%), lava-os (96.4%) e seca-os (94.0%).

A maioria dos utentes manifestam *Tomar a Medicação* todos os dias de forma correta (98.8%).

Tabela 25 - Caracterização das atividades relativas à gestão da diabetes.

	Nenhum dia %	Um dia %	Dois dias %	Três dias %	Quatro Dias %	Cinco Dias %	Seis Dias %	Sete Dias %
Alimentação geral								
<i>Alimentação saudável</i>	11,9	0,0	0,0	2,4	8,3	7,1	13,1	57,1
<i>Alimentação recomendada;</i>	77,4	4,8	6,0	3,6	1,1	1,1	0,0	6,0
<i>Consumo de frutas e vegetais</i>	6,0	0,0	1,2	6,0	3,6	4,8	10,7	67,7
Alimentação específica⁷								
<i>Consumo de pão às refeições</i>	50,0	10,7	8,3	2,4	2,4	3,6	1,2	21,4
<i>Consumo de álcool às principais refeições</i>	82,1	6,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	10,7
<i>Mistura de hidratos de carbono às principais refeições</i>	50,0	16,7	20,2	6,0	1,2	0,0	0,0	6,0
<i>Consumo de doces</i>	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	6,0	35,7	56,0
<i>Adoçar as bebidas com açúcar</i>	75,0	2,4	3,6	1,2	0,0	1,2	0,0	16,7
<i>Consumo de carnes vermelhas</i>	8,3	27,4	32,1	13,1	6,0	6,0	1,2	6,0
<i>Consumo de álcool fora das principais refeições</i>	85,7	9,5	2,4	0,0	1,2	1,2	0,0	0,0
Atividade física								
<i>Atividade física durante pelo menos 30 minutos</i>	14,2	1,1	6,0	3,6	3,6	2,4	2,4	66,7
<i>Participou numa sessão de exercício físico específico</i>	64,3	6,0	8,3	2,4	0,0	0,0	0,0	19,0
Monitorização Glicemia								
<i>Quantas vezes avaliou o açúcar no sangue nos últimos sete dias</i>	10,7	8,3	29,8	11,9	10,7	1,2	0,0	27,4
Cuidados com os pés								
<i>Examinar os pés</i>	13,1	1,2	1,2	1,2	0,0	1,2	0,0	82,1
<i>Lavar os pés</i>	2,4	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	96,4
<i>Secar os pés</i>	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	94,0
Toma de Medicação								
<i>Toma de medicação correta nos últimos sete dias</i>	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	98,8

Posteriormente foi realizado o estudo de cada dimensão das *Atividades do Autocuidado da Diabetes* (cf. Tabela 26), procurando determinar quais as atividades de autocuidado que os utentes melhor cumprem. Para o efeito, determinámos as médias aritméticas de cada dimensão, ou seja, realizámos o somatório de cada dimensão e dividimos pelo número de itens que a constituem. O estudo das médias aritméticas permite posteriormente ordenar as atividades de autocuidado da diabetes, avaliando as

⁷ Os itens de avaliação da alimentação específica, são relativos ao consumo por dias de semana do utente diabético, sendo que um menor consumo indica uma alimentação específica mais correta pelo utente.

que são mais vezes cumpridas durante sete dias e aquelas que os utentes têm maior dificuldade.

As dimensões em que os utentes melhor aderem são a *Toma de Medicação* (M=6.92; Dp=0.76), os *Cuidados com os Pés* (M=6.41). O autocuidado com a *Atividade Física* (M=3.47; Dp=2.01) e com a *Monitorização da Glicemia* (M=3.44; Dp=2.45) são as dimensões que os utentes pior adesão relatam.

Tabela 26 - Estatísticas relativas às dimensões das Atividades de Autocuidado da Diabetes.

	n	Min	Max	M ⁸	Dp	CV (%)
Alimentação Geral	84	0,	7,0	4,11	1,45	35,27
Alimentação Específica	84	1,43	6,0	4,92	1,07	21,75
Atividade física	84	0,0	7,0	3,47	2,01	57,92
Monitorização da Glicemia	84	0,0	7,0	3,44	2,45	71,22
Cuidados com os Pés	84	0,0	7,0	6,41	1,47	22,93
Toma de Medicação	84	0,0	7,0	6,92	0,76	10,98

TESTE DAS HIPÓTESES

Procedemos em seguida à análise da relação entre as diversas variáveis e a *adesão ao regime terapêutico*, de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objetivos e hipóteses formuladas na presente investigação.

Hipótese 1 – As variáveis sociodemográficas e profissionais (idade, sexo, estado civil, zona de residência, habilitações literárias/académicas, coabitação e situação profissional) influenciam a gestão do regime terapêutico das pessoas com diabetes;

Observamos através dos resultados do teste *t student* expressos no quadro 27 que, face às dimensões da adesão ao regime terapêutico, os homens apresentam, em média, melhores comportamentos ao nível da *atividade física*, *cuidado com os pés*, *toma de medicação* e pior comportamento na dimensão *alimentação específica*. Revela o teste estatístico diferenças significativas na dimensão *alimentação específica*, onde os homens têm hábitos alimentares que evidenciam maior consumo de pão, bebidas alcoólicas e carnes vermelhas, ingerindo mais doces, apresentando um valor médio superior às mulheres, M=4.64 (Dp=1.23) vs M=5.17 (Dp=0.82) (t=2.356; p=0.021) (Cf. Tabela 27).

⁸ Dimensões ordenadas de acordo com o valor médio, da dimensão cujos utentes realizam mais atividades de autocuidado para a dimensão que os utentes não têm tantos cuidados durante a semana

Tabela 27 - Atividades da adesão ao regime terapêutico em função do sexo das pessoas com diabetes.

SEXO	Feminino (n=44)	Masculino (n=40)	Teste T student	
	Media (Dp)	Media (Dp)	t	p
ALIMENTAÇÃO GERAL	4,15 (1,36)	4,05 (1,56)	0,342	0,735
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	5,17 (0,82)	4,64 (1,23)	2,356	0,021*
ATIVIDADE FÍSICA	3,18 (1,86)	3,78 (2,15)	-1,385	0,170
MONITORIZAÇÃO GLICEMIA	3,61(2,52)	3,25 (2,38)	0,677	0,500
CUIDADOS COM OS PÉS	6,31 (1,76)	6,51 (1,08)	-0,639	0,525
TOMA DE MEDICAÇÃO	6,84 (1,06)	7,0 (0,0)	-0,953	0,343

O estudo das implicações da idade na adesão ao regime terapêutico foi estudado através da regressão linear simples. Observamos uma associação positiva entre a idade dos utentes com as dimensões da *alimentação geral* e a *alimentação específica*, e inversa com as dimensões da *atividade física*, *monitorização da glicemia*, *cuidados com os pés* e *toma de medicação*. A associação apenas se revelou significativa entre a idade e os *cuidados com os pés* ($r=-0.236$; $p=0.031$), ou seja, os utentes mais novos conseguem cuidar melhor dos pés que os mais velhos. Os valores da regressão linear simples revelam que a idade é responsável por 5.6% da variância da dimensão dos *cuidados com os pés*, ou seja, que os utentes mais velhos têm maior dificuldade a examinar, lavar e secar os pés quando comparados com os utentes diabéticos mais novos (cf. Tabela 28).

Tabela 28 - Análise de regressão linear simples entre a idade e a adesão ao regime terapêutico.

Idade	r	r ² (%)	p	t	p
ALIMENTAÇÃO GERAL	0,047	0,22	0,674	0,423	0,674
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	-0,122	1,5	0,270	1,110	0,270
ATIVIDADE FÍSICA	-0,136	1,8	0,219	-1,239	0,219
MONITORIZAÇÃO GLICEMIA	-0,132	1,7	0,157	-1,428	0,157
CUIDADOS COM OS PÉS	-0,236	5,6	0,031*	-2,196	0,031*
TOMA DE MEDICAÇÃO	-0,123	1,5	0,267	-1,118	0,267

A zona de residência dos utentes não influenciou de forma significativa a adesão ao regime terapêutico (cf. Tabela 29).

Tabela 29 - Relação entre a adesão ao regime terapêutico e a zona de residência.

ZONA DE RESIDÊNCIA	Rural (n=36)	Urbano (n=48)	Teste T student	
	Media (Dp)	Media (Dp)	t	p
ALIMENTAÇÃO GERAL	4,17 (1,67)	4,06 (1,28)	0,374	0,709
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	4,78 (1,14)	5,02 (1,01)	-1,053	0,295
ATIVIDADE FÍSICA	3,33 (2,07)	3,57 (1,98)	-0,538	0,592
MONITORIZAÇÃO GLICEMIA	3,50 (2,51)	3,39 (2,43)	0,192	0,849
CUIDADOS COM OS PÉS	6,29 (1,64)	6,49 (1,33)	-0,604	0,547
TOMA DE MEDICAÇÃO	6,81 (1,17)	7,0 (0,0)	-1,157	0,251

No que concerne à variabilidade da adesão em função do estado civil dos utentes, inferimos que os utentes solteiro/divorciado/viúvo apresentam valores médios superiores do que os casados/união de facto, indicando melhores hábitos ao nível da *alimentação geral*, e na *alimentação específica*. Por sua vez, os utentes casados ou a viver em união de facto praticam mais *atividade física*, realizam mais vezes pesquisa de *glicemia capilar* por semana, *cuidam dos pés* mais vezes durante a semana, assim como tomam mais vezes a *medicação*. Contudo o teste U de Mann Whitney revelou que as diferenças entre as diferentes dimensões não são estatisticamente significativas ($p>0.05$), (cf. Tabela 30).

Tabela 30 - Relação entre a adesão ao regime terapêutico e o estado civil dos utentes.

ESTADO CIVIL	Solteiro\divorciado\viúvo (n=20)	Casado\união de facto (n=64)	Teste U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
ALIMENTAÇÃO GERAL	48,18	40,73	526,5	0,211
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	44,85	41,77	593,0	0,620
ATIVIDADE FÍSICA	33,83	45,21	466,5	0,058
MONITORIZAÇÃO GLICÉMIA	42,73	42,43	635,5	0,961
CUIDADOS COM OS PÉS	39,48	43,45	579,5	0,354
TOMA DE MEDICAÇÃO	40,90	43,00	608,0	0,074

Utilizamos o teste de Kruskal-Wallis, para estudar a influência das habilitações literárias dos utentes na adesão ao regime terapêutico (cf. Tabela 31), inferindo-se que os utentes que *não sabem ler nem escrever* são os que menos atividade física realizam durante a semana e os utentes que possuem o *2º ciclo do ensino básico* são os que praticam mais atividade física, sendo as diferenças significativas ($H=12.967$; $p=0.011$). O estudo nas dimensões *Cuidados com os Pés* e *Toma de Medicação*, revelou que são os utentes com menor literacia a ter menos cuidados com os pés e com a toma correta da medicação durante os últimos sete dias. Por sua vez, os utentes que têm o *3º ciclo* ou *secundário* são os que melhores cuidados têm com os pés e na toma correta da medicação, sendo as diferenças estatisticamente significativas (*Cuidados com os pés*: $H=9.528$; $p=0.049$; *Toma de medicação*: $H=20.000$; $p=0.000$).

Tabela 31 - Teste de Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias e a adesão ao regime terapêutico.

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	Não sabe ler nem escrever (N=4)	Sabe ler e escrever (N=6)	1ºCiclo do ensino básico (N=58)	2ºCiclo do ensino básico (N=5)	Do 3ºCiclo ao Secundário (N=11)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	p
ALIMENTAÇÃO GERAL	31,00	40,58	43,73	58,10	34,14	4,869	0,301
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	51,13	33,17	42,04	61,90	38,05	4,975	0,290
ATIVIDADE FÍSICA	17,75	20,92	44,41	60,30	45,09	12,967	0,011*
MONITORIZAÇÃO GLICEMIA	22,00	39,25	43,29	50,60	43,86	3,773	0,438
CUIDADOS COM OS PÉS	28,38	26,83	44,34	42,10	46,68	9,528	0,049*
TOMA DE MEDICAÇÃO	32,50	43,0	43,0	43,0	43,00	20,000	0,000***

Os utentes cuja fonte de rendimento está a cargo da família são quem melhor pontuação média apresenta na dimensão *Alimentação Geral*. Já os utentes cuja fonte de rendimento provem do seu trabalho são os que denotam piores hábitos na alimentação em geral, não praticando uma alimentação saudável, consumindo menores quantidades de fruta ou vegetais, inferindo-se pelo teste Kruskal-Wallis que as diferenças são significativas ($H=9.091$; $p=0.028$) (cf. Tabela 32). Nas restantes dimensões as diferenças não são significativas (cf. Tabela 33).

Tabela 32 - Teste de Kruskal-Wallis entre a fonte de rendimento do utente e a adesão ao regime terapêutico.

FONTE DE RENDIMENTO	Trabalho (N=15)	Reforma\Pensão (N=58)	A cargo da Família (N=7)	Subsídio de desemprego (N=4)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	p
ALIMENTAÇÃO GERAL	26,97	44,98	53,86	44,88	9,091	0,028*
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	33,70	43,91	52,50	37,63	3,514	0,319
ACTIVIDADE FÍSICA	42,43	42,62	47,07	33,00	0,926	0,819
MONITORIZAÇÃO GLICÉMIA	44,73	39,92	47,93	62,00	3,876	0,275
CUIDADOS COM OS PÉS	43,17	41,61	50,50	38,88	1,981	0,576
TOMA DE MEDICAÇÃO	43,00	42,28	43,00	43,00	0,448	0,930

A coabitação dos utentes não influenciou de forma significativa a adesão ao regime terapêutico (cf. Tabela 33).

Tabela 33 - Teste de Kruskal-Wallis entre a coabitação e a adesão ao regime terapêutico.

COABITAÇÃO	Cônjuge \Companheiro (N=46)	Sozinho (N=16)	Com família restrita (marido, esposa, filhos) (N=16)	Com família alargada (pais e irmãos) (N=6)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	p
ALIMENTAÇÃO GERAL	39,68	41,16	48,47	51,75	2,739	0,434
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	37,15	44,91	52,91	49,33	5,804	0,122
ACTIVIDADE FÍSICA	45,43	32,78	45,63	37,58	4,025	0,259
MONITORIZAÇÃO GLICÉMIA	41,59	40,03	51,78	31,33	4,009	0,261
CUIDADOS COM OS PÉS	43,20	39,78	43,28	42,33	0,539	0,910
TOMA DE MEDICAÇÃO	43,00	40,38	43,00	43,00	4,250	0,236

Conclui-se que o sexo, a idade e as habilitações literárias influenciam algumas das dimensões da adesão ao regime terapêutico.

Hipótese 2 – As variáveis clínicas influenciam a adesão ao regime terapêutico das pessoas com diabetes;

O estudo do efeito da duração da doença na adesão ao regime terapêutico revelou uma associação positiva com as dimensões *alimentação geral*, *alimentação específica*, *monitorização da glicemia* e uma associação inversa com as restantes dimensões. Verificamos que apenas a associação com a *monitorização de glicemia* é significativa ($r=0.336$; $p=0.000$), ou seja, os utentes detentores do diagnóstico de diabetes há mais tempo realizam maior número de pesquisa da glicemia capilar por semana face àqueles a quem foi diagnosticado diabetes há menos tempo. Os valores da regressão linear simples revelam que o tempo de diagnóstico da diabetes é responsável por 12.3% da variância da dimensão da *monitorização da glicemia*, influenciando o tempo de diagnóstico de forma parcial a adesão ao regime terapêutico dos utentes (cf. Tabela 34).

Tabela 34 - Análise de regressão linear simples entre o tempo de diagnóstico e a adesão ao regime terapêutico.

Tempo de diagnóstico	r	r ² (%)	p	t	p
ALIMENTAÇÃO GERAL	0,032	0,1	0,775	0,287	0,775
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	-0,051	0,3	0,643	0,466	0,643
ACTIVIDADE FÍSICA	-0,078	0,6	0,481	-0,707	0,481
MONITORIZAÇÃO GLICEMIA	0,336	12,3	0,000***	3,624	0,000***
CUIDADOS COM OS PÉS	-0,159	2,5	0,148	-1,460	0,148
TOMA DE MEDICAÇÃO	0,040	0,2	0,719	0,361	0,719

Relativamente aos hábitos alimentares dos utentes com diabetes, constatamos que os utentes que fazem apenas 3 refeições por dia são quem apresentam pior pontuação média na dimensão *alimentação geral*, e pior *alimentação específica*, ou seja, estes utentes fazem poucas refeições por dia, não praticam uma alimentação saudável, ingerem em demasia pão, doces, bebidas alcoólicas e têm um consumo elevado de carnes vermelhas. Em sentido oposto os utentes que realizam seis ou mais refeições por dia são quem apresenta melhor adesão ao regime terapêutico nas dimensões da *alimentação geral* e na *alimentação específica*.

O Teste de Kruskal-Wallis revela diferenças significativas nas dimensões da *alimentação geral* ($H=6.206$; $p=0.045$) e na *alimentação específica* ($H=16.501$;

$p=0.000$), sendo que nas restantes as diferenças não são significativas ($p>0.05$), (cf. Tabela 35).

Tabela 35 - Teste de Kruskal-Wallis entre o número de refeições e a adesão ao regime terapêutico.

NÚMERO DE REFEIÇÕES POR DIA	Ate 3 refeições por dia (N=40)	Entre 4 a 5 refeições por dia (N=31)	Seis ou mais refeições por dia (N=13)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	p
ALIMENTAÇÃO GERAL	30,74	43,42	48,36	6,206	0,045*
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	24,35	41,72	54,61	16,501	0,000***
ATIVIDADE FÍSICA	37,94	42,12	42,84	1,015	0,602
MONITORIZAÇÃO GLICEMIA	39,35	41,09	46,38	1,181	0,554
CUIDADOS COM OS PÉS	43,06	39,86	45,84	2,112	0,348
TOMA DE MEDICAÇÃO	43,00	43,00	41,50	2,000	0,368

O estudo da relação da variável *áreas de tratamento da diabetes que o utente tem mais dificuldade* com a adesão ao regime terapêutico, revelou que os utentes que têm maior dificuldade na área *cuidar dos pés* são os que fazem uma menor vigilância e cuidados aos pés ($H=28.002$; $p=0.000$). Verificamos diferenças significativas na dimensão *Atividade Física* ($H=12.690$; $p=0.013$), onde os utentes com dificuldade na área de cuidar dos pés são quem menos atividade realiza durante a semana (cf. Tabela 36).

Tabela 36 - Teste de Kruskal-Wallis entre as áreas de tratamento da diabetes que o utente tem mais dificuldade e a adesão ao regime terapêutico.

Áreas de tratamento da diabetes que o utente tem mais dificuldade	Alimentação (N=22)	Exercício físico (N=35)	Medicação\ Insulina (N=6)	Autovigilância (N=3)	Cuidar dos Pés (N=18)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	p
ALIMENTAÇÃO GERAL	40,41	47,40	31,58	36,83	40,11	3,432	0,488
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	35,89	51,51	38,42	25,83	37,19	8,900	0,064
ATIVIDADE FÍSICA	52,55	42,00	38,92	63,50	28,89	12,690	0,013*
MONITORIZAÇÃO GLICEMIA	37,73	43,76	65,67	23,67	41,31	8,623	0,071
CUIDADOS COM OS PÉS	48,59	46,00	50,50	50,50	24,25	28,002	0,000***
TOMA DE MEDICAÇÃO	43,00	43,00	43,00	43,00	40,67	3,667	0,453

O estudo da relação entre o número de consultas no último ano e a adesão ao regime terapêutico, permite constatar que os utentes que foram a pelo menos uma consulta são quem melhor adesão apresenta ao nível da *alimentação geral e específica*, na *monitorização de glicemia capilar*, *cuidados com os pés* e na *toma de medicação*, contudo são quem menos *atividade física* realiza. O teste de Kruskal-Wallis revelou que as diferenças encontradas não são significativas em nenhuma das dimensões da adesão ao regime terapêutico ($p>0.05$) (cf. Tabela 37).

Tabela 37 - Teste de Kruskal-Wallis entre o número de consultas no último ano, o risco do pé diabético e a adesão ao regime terapêutico.

NÚMERO DE CONSULTAS NO ÚLTIMO ANO	1 consulta ou menos (N=5)	Duas consultas (N=35)	Três consultas (N=18)	Quatro ou mais consultas (N=26)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	p
ALIMENTAÇÃO GERAL	57,50	41,40	41,78	41,60	2,222	0,528
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	31,50	39,74	46,33	45,67	2,371	0,499
ACTIVIDADE FÍSICA	34,50	39,93	43,47	46,83	1,923	0,589
MONITORIZAÇÃO GLICÉMIA	56,60	40,06	36,53	47,21	4,476	0,214
CUIDADOS COM OS PÉS	50,50	41,87	41,14	42,75	1,321	0,724
TOMA DE MEDICAÇÃO	43,00	41,80	43,00	43,00	1,400	0,706

A relação entre o *IMC* e as dimensões da adesão ao regime terapêutico, evidencia que, quando aumenta o *IMC*, diminui a atividade física dos diabéticos e diminui a capacidade dos utentes diabéticos para cuidarem dos pés. Revelando a regressão linear simples que o *IMC* influencia em 6.9% e 7.3% da variância da atividade física e da capacidade para os cuidados aos pés (cf. Tabela 39).

O estudo dos grupos dos *IMC* revelou que as diferenças não são significativas em nenhum dos itens da adesão ao regime terapêutico dos utentes com diabetes (cf. Tabela 38).

Tabela 38 - Teste de Kruskal-Wallis entre o *IMC* e a adesão ao regime terapêutico.

IMC	Normal (N=7)	Excesso de Peso (N=33)	Obesidade (N=31)	Obesidade severa ou mórbida (N=11)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	p
ALIMENTAÇÃO GERAL	47,64	39,58	41,81	42,50	0,785	0,853
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	52,07	41,65	36,68	47,91	3,483	0,323
ACTIVIDADE FÍSICA	45,57	48,70	35,31	34,77	6,710	0,082
MONITORIZAÇÃO GLICEMIA	30,64	43,71	43,31	36,68	2,497	0,476
CUIDADOS COM OS PÉS	49,50	45,86	36,65	37,73	7,604	0,055
TOMA DE MEDICAÇÃO	42,00	42,00	40,68	42,00	1,645	0,649

Tabela 39 - Análise de regressão linear simples entre o *IMC* e a adesão ao regime terapêutico.

IMC	r	r ² (%)	p	t	p
ALIMENTAÇÃO GERAL	-0,026	0,1	0,818	-0,231	0,818
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	0,032	0,1	0,779	-0,282	0,779
ACTIVIDADE FÍSICA	-0,262	6,9	0,017*	-2,433	0,017*
MONITORIZAÇÃO GLICEMIA	0,035	0,1	0,753	-0,182	0,753
CUIDADOS COM OS PÉS	-0,271	7,3	0,014*	-2,519	0,014*
TOMA DE MEDICAÇÃO	-0,080	0,6	0,477	-0,715	0,477

O perímetro abdominal é responsável por 6.3% e 6.1%, respetivamente, da variância da atividade física que os utentes com diabetes realizam e pela sua capacidade em prestar os cuidados indicados aos pés (cf. Tabela 40).

Tabela 40 - Análise de regressão linear simples entre o perímetro abdominal e a adesão ao regime terapêutico.

Perímetro Abdominal	r	r ² (%)	p	t	p
ALIMENTAÇÃO GERAL	-0,070	0,5	0,531	-0,630	0,531
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	-0,090	0,8	0,421	0,809	0,421
ACTIVIDADE FÍSICA	-0,227	6,3	0,039*	-2,100	0,039*
MONITORIZAÇÃO GLICÊMIA	-0,160	2,6	0,149	-1,457	0,149
CUIDADOS COM OS PÉS	-0,246	6,1	0,025*	-2,281	0,025*
TOMA DE MEDICAÇÃO	0,044	0,2	0,691	0,399	0,691

A relação entre os valores de glicemia capilar e as dimensões da adesão ao regime terapêutico, revelou associação não significativa com a *Monitorização da Glicemia* (cf. Tabela 41).

Tabela 41 - Análise de regressão linear simples entre os valores da adesão ao regime terapêutico de e a glicemia capilar.

.Glicemia capilar	r	r ² (%)	p	t	p
ALIMENTAÇÃO GERAL	-0,107	1,1	0,336	-0,968	0,336
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	-0,144	2,1	0,193	-1,313	0,193
ACTIVIDADE FÍSICA	0,005	0,0	0,963	0,046	0,963
MONITORIZAÇÃO GLICEMIA	0,214	4,6	0,052	1,968	0,052
CUIDADOS COM OS PÉS	-0,067	0,4	0,547	-0,606	0,547
TOMA DE MEDICAÇÃO	-0,014	0,02	0,898	-0,128	0,898

O estudo de correlação entre os valores do colesterol dos utentes com as dimensões da adesão ao regime terapêutico foi realizado através da regressão linear simples. Observamos associação positiva e significativa com a dimensão da *Alimentação Específica* ($r=-0.236$; $p=0.042$), ou seja, os utentes que realizam uma ingestão elevada de pão, carnes vermelhas, bebidas alcoólica, doces apresentam valores de colesterol mais elevados (cf. Tabela 42).

Tabela 42 - Análise de regressão linear simples entre os valores de colesterol e a adesão ao regime terapêutico.

Colesterol	r	r ² (%)	p	t	p
ALIMENTAÇÃO GERAL	-0,078	0,6	0,504	-0,672	0,504
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	0,236	5,6	0,042*	-2,074	0,042*
ACTIVIDADE FÍSICA	0,192	3,7	0,100	1,667	0,100
MONITORIZAÇÃO GLICÊMIA	0,031	0,1	0,791	0,266	0,791
CUIDADOS COM OS PÉS	0,112	1,3	0,337	0,967	0,337
TOMA DE MEDICAÇÃO	*				

*- não é possível a variável toma de medicação é constante

Relativamente à variável *existência de dores nas últimas 4 semanas*, verificámos pelos valores da tabela 43 que influencia a adesão ao regime terapêutico nas dimensões da atividade física ($H=19.074$; $p=0.002$) e nos cuidados com os pés ($H=23.076$; $p=0.000$).

Conclui-se que os utentes que referem ter tido, nas últimas semanas, dores muito fortes praticam menos atividade física e não conseguem realizar os cuidados inerentes aos pés (Cf. Tabela 43).

Tabela 43 - Teste de Kruskal-Wallis entre a existência de dores nas últimas 4 semanas e a adesão ao regime terapêutico.

Dores nas últimas 4 semanas	Nenhumas (N=34)	Muito fracas (N=15)	Ligeiras (N=16)	Moderadas (N=11)	Fortes (N=7)	Muito fortes (N=6)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	Peso médio	H	p
ALIMENTAÇÃO GERAL	41,59	45,20	35,47	44,23	53,64	42,75	3,388	0,640
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	39,38	42,77	41,59	49,09	46,93	42,08	1,549	0,907
ACTIVIDADE FÍSICA	49,24	52,10	44,16	37,50	19,29	17,75	19,074	0,002**
MONITORIZAÇÃO GLICEMIA	41,64	47,47	45,69	32,77	43,36	42,58	2,835	0,725
CUIDADOS COM OS PÉS	47,60	45,17	45,44	46,68	21,79	19,83	23,076	0,000***
TOMA DE MEDICAÇÃO	43,00	43,00	40,38	43,00	43,00	43,00	4,250	0,514

Hipótese 3 – O grau de satisfação com os cuidados de enfermagem é preditor da adesão ao regime terapêutico das pessoas com diabetes.

Observamos associação positiva entre a satisfação com a qualidade na assistência com a adesão dos utentes diabéticos à alimentação geral ($r=0.267$; $p<0.05$), ou seja, os utentes mais satisfeitos com a qualidade da assistência são quem conseguem ter uma melhor adesão aos cuidados alimentares.

Os utentes que se encontram mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem são os que têm uma melhor adesão na toma da medicação (cf. Tabela 44).

Desta forma podemos inferir que o grau de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde influencia a adesão aos cuidados alimentares e na toma correta da medicação.

Tabela 44 - Correlação entre a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem e a adesão ao regime terapêutico.

	Qualidade na assistência	Individualização na informação	Envolvimento do utente	Informação de recursos	Formalização da informação	Promoção do elo de ligação
ALIMENTAÇÃO GERAL	0,267*	0,023	0,076	0,004	0,008	0,062
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	-0,117	-0,016	-0,048	0,079	-0,002	-0,045
ACTIVIDADE FÍSICA	0,089	-0,043	0,077	0,041	-0,055	-0,029
MONITORIZAÇÃO GLICEMIA	-0,174	-0,174	-0,047	-0,122	-0,119	-0,064
CUIDADOS COM OS PÉS	-0,071	0,042	-0,001	-0,021	0,025	-0,087
TOMA DE MEDICAÇÃO	0,268*	0,543**	0,815**	0,322**	0,146	0,307**

* - $p<0.05$; ** $p<0.001$; *** $p=0.000$

Hipótese 4 – A satisfação dos utentes face aos serviços de saúde influencia na sua adesão ao regime terapêutico;

A relação entre as variáveis em análise mostra que os utentes mais satisfeitos com o serviço de enfermagem prestam os cuidados adequados aos pés ($r=0.247$; $p<0.05$) e tomam a medicação de forma adequada ao longo dos últimos sete dias ($r=0.388$; $p<0.001$) (Cf. Tabela 45).

Observamos, ainda, que quando aumenta a satisfação dos utentes com a organização, aumenta também a adesão à toma da medicação ($r=0.369$; $p<0.001$), (cf. Tabela 44). A satisfação dos utentes face aos serviços de saúde influencia nas dimensões dos cuidados com os pés e na toma da medicação (cf. Tabela 45).

Tabela 45 - Correlação entre a satisfação dos utentes face aos serviços de saúde e a adesão ao regime terapêutico.

	Satisfação com a Organização	Satisfação com o atendimento	Satisfação com o Serviço Médico prestado	Satisfação com o serviço de Enfermagem
ALIMENTAÇÃO GERAL	0,179	0,210	0,028	0,174
ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	-0,006	-0,135	0,138	-0,095
ATIVIDADE FÍSICA	-0,006	-0,038	-0,004	0,043
MONITORIZAÇÃO GLICÉMIA	-0,082	0,010	-0,189	-0,107
CUIDADOS COM OS PÉS	-0,145	-0,038	-0,109	0,247*
TOMA DE MEDICAÇÃO	0,369**	0,061	-0,030	0,388**

* - $p<0.05$; ** $p<0.001$; *** $p=0.000$

Sintetizando os resultados obtidos,

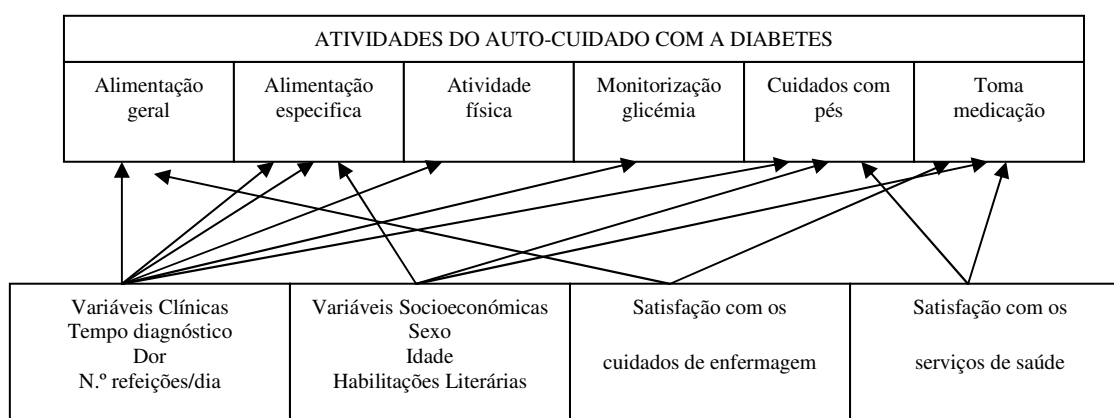


Figura 2 - Associação entre variáveis independentes e dependente.

5. DISCUSSÃO

Após a apresentação e análise estatística dos resultados, avançámos para a discussão dos mesmos. Esta fase do estudo surge como a etapa mais criativa em que o investigador reflete sobre os resultados da investigação e confronta-os com o quadro conceptual atual, com os objetivos e com as questões enunciadas, bem como com os resultados de outros estudos publicados.

Iniciando pelo perfil sociodemográfico participaram, neste estudo, 84 diabéticos, maioritariamente do sexo feminino, com média de idades próxima dos 67 anos, a residir no meio urbano. Na sua maioria encontram-se casados ou a viver em união de facto e possuem o 1º ciclo do ensino básico. A fonte de rendimento nos últimos 12 meses foi, para a maioria dos participantes, a reforma/pensão que rondava os 440 euros. A maioria considerou a sua situação financeira como muito problemática.

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, sendo estes os resultados corroborados por outros estudos desenvolvidos Moreira, Dullius, Karnokowski, & Novaes (2009); Dias et al. (2011); Miguel, Dias, & Roque (2012) e Gama, Dias, & Mendes (2012).

PERFIL CLÍNICO DAS PESSOAS COM DIABETES

- **Duração da Doença**

O estudo das características clínicas dos utentes com diabetes revelou que em média os utentes são diabéticos há cerca de nove anos.

É importante realçar que o número de anos de diagnóstico pode não corresponder aos anos de evolução da doença, dado o longo período assintomático que poderá caracterizar a entidade nosológica.

No que concerne ao fator que despoletou a diabetes, a maior parte dos utentes associou por ordem de resposta: *maus hábitos alimentares*, *sem causa definida*, *hereditariedade* e *stress da vida profissional*. Estes dados estão em concordância com os estudos levado a cabo por Toobert, Hampson, & Glasgow (2000); Andrade (2001) e Sousa (2003).

Há a salientar o significativo número de respostas em que as pessoas com diabetes respondiam não saber a que associar o aparecimento da diabetes. Tendo em conta que a

média de diagnóstico da amostra é de nove anos, estes dados, em nosso entender, deverão ser objeto de reflexão para equipas de saúde. Consideramos essencial que o diabético conheça os fatores de possam estar na origem da sua doença e que sem conhecimento da etiologia, não há tentativa para anular as fatores precipitantes modificáveis.

- **Guia da pessoa com diabetes**

Comparativamente, a maioria dos utentes possui o *guia da pessoa com diabetes*, tendo por hábito levá-lo às consultas de diabetes no centro de saúde. Estes dados são inferiores aos que a Entidade Reguladora da Saúde encontrou (ERS, 2011). Num estudo realizado nos ACES em 2009, 96.8% refere entregar o *guia do diabético* e 88.8% refere verificar o seu preenchimento. Segundo este mesmo relatório “*as pessoas com DM podem e devem ter acesso ao Guia da Pessoa com Diabetes*”, documento individual dispensado gratuitamente pelos cuidados de saúde primários e da competência da DGS. Um dos seus objetivos, fracamente realizados, seria o de servir para “contratualizar” entre a pessoa com diabetes e a sua equipa de saúde, pelo menos um objetivo anual a atingir e registar. Desde 2004 que a Sociedade Portuguesa de Diabetologia tem vindo a reforçar que o guia do diabético é um 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 (...) bem como a necessidade do seu preenchimento periódico, para o que poderá pedir ajuda aos profissionais de saúde*” (DGS, 2013).

Efetivamente consideramos que esta “ferramenta de trabalho” deve ser desenvolvida nas consultas de diabetes, pois surge como mais uma estratégia de participação e negociação do regime terapêutico individualizado entre a equipa de saúde, a família e a pessoa com diabetes, sendo esta a chave para o sucesso de um tratamento que exige motivação, conhecimento e adesão a um regime para toda a vida.

Recordamos que a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade pressupõe, não só a existência de bons planos educacionais, mas também a identificação de estratégias eficazes para promover a adesão ao regime terapêutico.

- **Hábitos de Saúde Oral**

Apurámos que face aos hábitos de higiene oral, cerca de 80.0% dos utentes escova os dentes duas vezes ou mais por dia e 4.8% não realiza a escovagem dos dentes, sendo que a maioria não consultou o dentista nos últimos doze meses. Lauda *et al.* (1998) *cit. in* Trunkl, Raslan, Cortelli, & Scherma (2012); Braga, Braga, & Soares (2009) verificaram que pacientes com DM tendem a desenvolver alterações como xerostomia, sensibilidade dolorosa na língua devido a xerostomia, alteração da gustação, tumefação da glândula parótida, abscessos recorrentes, hipoplasias, hipocalcificações, candidose e doença periodontal.

Pina, Brito & Duarte (2010) sintetizam um conjunto de recomendações para os cuidados clínicos de saúde oral nas pessoas com diabetes. Sucintamente recomendam um “*chek-up*” anual e educação para a saúde sobre as implicações da diabetes, em particular se mal controlada a nível da saúde oral, especialmente no desencadear de doenças das gengivas.

Ainda neste âmbito, os cuidados preventivos e curativos de medicina dentária nas pessoas idosas com diabetes, poderão ser implementados recorrendo aos “cheques dentista”. No máximo de dois por ano, darão acesso a um conjunto de cuidados de saúde oral essenciais para preparar a eventual aplicação de próteses dentárias, bem como para identificar e tratar outros problemas de saúde oral das pessoas idosas. A atribuição do primeiro “cheque-dentista” será entregue ao utente na unidade funcional do Centro de Saúde onde está inscrito, com base em documento válido comprovativo da sua situação de beneficiário do complemento solidário para idosos, emitido pelo Instituto da Segurança Social, IP (DGS).

Ora, se a nossa amostra é maioritariamente idosa, com baixos rendimentos, (requisitos para poderem ter acesso ao complemento solidário para idosos) torna-se pertinente divulgar junto desta população estes benefícios.

- **Internamento vs Urgências**

Outro resultado surpreendente foi que, no último ano, nenhum diabético esteve internado nem necessitou de ir ao serviço de urgência pela diabetes. A nosso ver, estes dados podem espelhar o bom controlo da pessoa com diabetes acompanhadas no Centro de Saúde de Ílhavo e a sua acessibilidade aos serviços. Concomitantemente parece-nos pertinente referir que muitos diabéticos não encaram o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) ou o Acidente Vascular Cerebral (AVC) como complicações da diabetes, não o

mencionando. Outra explicação para esta situação passa pelo fato de os diabéticos que recorrem às urgências ou que ficam internados, serem posteriormente acompanhados na consulta de especialidade/internamento.

- **Peso aquando do diagnóstico**

Quando descobriram que tinham diabetes a maioria da amostra mantinha o peso atual. Era expectável obtermos este resultado, pois as principais premissas para a perda de peso são mencionados como as mais difíceis de cumprir. Estes dados revelam que não houve preocupação em modificar hábitos alimentares e de exercício que conduziriam à perda de peso após o diagnóstico.

Face aos resultados apresentados, consideramos ser importante que os técnicos de saúde possuam a habilidade de ajustar o exercício às condições dos seus doentes, não se limitando somente a enfatizar a importância da prática de atividade física regular. Também seria importante divulgar, junto desta população, ofertas de programas acessíveis de exercício físico existentes na comunidade (por exemplo, o programa Atividade Maior dinamizado pela Câmara Municipal de Ílhavo).

Relativamente à alimentação, temos consciência que o tempo disponível para as consultas de diabetes por vezes não é suficiente para abordar esta questão de modo satisfatório. Seria importante implementar programas de educação para a saúde dirigidos a esta população. Também lembrar que a cirurgia bariátrica pode ser considerada nos diabéticos com $IMC \geq 35 \text{ Kg/m}^2$. Algumas pesquisas demonstraram que esta cirurgia pode conduzir à cura da diabetes tipo 2 em mais de três quartos dos doentes tratados (Duarte, 2008, p. 67).

- **Complicações**

As complicações conhecidas e referidas pelos diabéticos foram: *retinopatia diabética, nefropatia e doença coronária*. Nos estudos desenvolvidos por Miguel, Dias, & Roque (2012) também a retinopatia foi a complicação mais frequente. A retinopatia é a complicação mais comum da diabetes (Duarte, 2002).

Em comparação com os registos do SAPE, as complicações mais prevalentes são: doença coronária e retinopatia diabética, não existindo nenhum doente com pé diabético nem com alterações a nível sexual.

Os dados apurados no que toca à ausência de registo da complicação do pé diabético devem-se, possivelmente, ao fato de estes doentes serem encaminhados para a

consulta da especialidade no hospital. Apesar desta referenciação consideramos importante que este aspeto fique registado no processo.

No que concerne à disfunção sexual, esta complicação continua ainda a ser pouco abordada pelos profissionais de saúde, que tal como os doentes, se sentem pouco à vontade para trabalhar estas questões do foro íntimo. No entanto, de acordo com Jordão & Duarte (2002, p. 364) a disfunção sexual atinge 40 a 50% dos indivíduos diabéticos com 10 anos de evolução, mas pode também manifestar-se logo após o diagnóstico.

A diabetes tipo 2 continua a ser uma das causas principais de doenças cardiovasculares, cegueira, insuficiência renal em estágio terminal, amputações e hospitalizações (Inzucchi, et al., 2012, p. 131).

- **Equipa multidisciplinar**

Congratulamo-nos pela maioria dos utentes referir que os seus pés foram observados por um profissional. Preocupamo-nos porém com o facto de só metade referir ter participado no rastreio oftalmológico. Segundo McCabe *et al.* (1998) *cit. in.* Duarte (2002, p. 408) o rastreio oftalmológico e os cuidados com os pés reduzem, respetivamente, 60-70% na perda de visão e 50-60% das lesões graves do pé diabético.

Apesar disto, este valor continua a ser superior a outros estudos publicados. Por exemplo, Bruno *et al.* (2012) num estudo publicado sobre a implementação das *guidelines* sobre os cuidados dos utentes com diabetes em Itália (ARNO), inferiu que só 11.1% realizou o exame ao olho no último ano e só 15.9% realizou ecodoppler (exame ao pé).

Tendo em conta que a Administração Regional de Saúde do Centro tem o rastreio da retinopatia diabética implementado de forma gratuita, parece-nos baixa a participação dos diabéticos neste rastreio. Reforçamos que a retinopatia é a complicação mais prevalente e por este motivo consideramos fundamental reforçar a importância deste rastreio e informar da sua existência junto desta população durante as consultas.

- **Perceção de saúde vs dor**

A análise dos utentes face à caracterização da sua saúde em geral revelou que a maioria dos utentes avalia a sua saúde em boa.

O estudo comparativo entre o estado de saúde atual com o estado de saúde há um ano atrás, permite concluir que 63.1% dos utentes sente que teve algumas melhorias na sua saúde, 6.0% está pior e, em sentido oposto, 2.4% está melhor.

Apurámos que a maioria dos utentes refere que nas últimas 4 semanas teve dores. Existe uma maior percentagem de mulheres a manifestarem dores moderadas face aos homens.

No estudo da interferência da dor no quotidiano do utente, observámos que os utentes que não tomam medicação analgésica não apresentam dor, por sua vez, quando a dor dos utentes é uma dor imensa, os utentes tomam mais medicação analgésica, sendo as diferenças significativas.

- **Controlo metabólico**

Relativamente ao IMC, podemos dizer que nos deparamos com valores alarmantes: 91.4% apresenta excesso de peso ou obesidade. Destes, cerca de 13.4% apresenta mesmo obesidade mórbida (IMC >40).

A perda de peso da amostra neste último ano é de realçar, pois perdas reduzidas de peso (5-10%) contribuem significativamente para obter uma melhoria do controlo da glicemia (Inzucchi, et al., 2012, p. 135).

Alarmantes são também os valores do perímetro abdominal, 90% dos homens e 97.7% das mulheres tem perímetro abdominal acima do recomendado. Para explicar o aumento do perímetro abdominal em relação ao peso, salientamos que nas pessoas com DM2, que não são obesas, têm a distribuição de gordura localizada predominantemente na região abdominal (ADA, 2013a).

Quanto ao valor médio de glicemia capilar em jejum, nos valores deste ano existem menos utentes com valores superiores a 109mg/dl (80.7%), comparativamente com os 85.0% de há um ano atrás. Contudo, quando a comparação é feita com o valor da hemoglobina glicosilada, observamos que atualmente o grupo mais representado é o dos utentes com valores superiores a 6.6% (50.6%). Já há um ano a maioria dos utentes tinha valores inferiores a 6.5% de hemoglobina glicosilada (52.4%).

O estudo UKPDS demonstrou que a diminuição de 1% no valor da HbA1C condiciona uma redução de 35% no risco de complicações microvasculares e de 18% no risco de enfartes do miocárdio (UKPDS, 1998).

Em consonância com as normas de orientação da American Diabetes Association (ADA), da American Society of Diabetes em cooperação com a European

Association for the Study of Diabetes, da Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) e da European Association of the Study of Diabetes (EASD), define-se controlo glicémico adequado à manutenção de HbA1c abaixo de 6.5-7%. No entanto, não se deve procurar atingir uma HbA1c de 6.5% de modo generalizado, porque o risco da terapêutica em alguns doentes ultrapassa os benefícios do bom controlo metabólico, nomeadamente nos idosos com patologia cardiovascular estabelecida ou com outras comorbilidades. Os objetivos metabólicos e a terapêutica devem ser adequados a uma série de circunstâncias: idade do doente, tempo de duração da doença, existência ou não de complicações e aspetos económicos (Duarte, Nunes, & Medina, 2012).

Observamos pelos valores da tensão arterial sistólica e diastólica que a maioria da amostra tem hipertensão arterial sistólica, contudo com valores inferiores comparados com há um ano atrás (48.1% vs 40.5%). Já a tensão arterial diastólica da maioria dos utentes é normal (83.1%), tendo aumentado o número de utentes com valores considerados normais no último ano.

A caracterização da vigilância dos utentes diabéticos evidencia que só 45.2% faz a vigilância da sua pressão arterial. Na altura, 85.7% referia fazer medicação antihipertensiva. Estes resultados evidenciam uma desadequada vigilância da tensão arterial. Reforçamos que, segundo o estudo da UKPDS, em média, uma diminuição do valor da tensão arterial sistólica de 3,5 mmHg corresponde a uma redução de 3.5% de qualquer complicação diabética, 3.5% de EAM e 4.0% de complicações microvasculares (Adler, et al., 2000). À semelhança do que acontece com a glicemia capilar, as pessoas com diabetes deveriam fazer registos seriados da pressão arterial.

Os valores do colesterol total são semelhantes de um ano para o outro, apresentando os utentes na sua maioria valores entre os 91 e os 239 mg/dl. Relativamente ao HDL, tanto homens como mulheres apresentavam valores de HDL superiores há um ano atrás face aos valores que têm atualmente.

A maioria da amostra diminui os valores de triglicérides no último ano, sendo que a maioria têm valores inferiores a 150mg/dl atualmente (64.8%).

Considerando que a otimização do perfil lípido se traduz numa redução importante da morbilidade e mortalidade destes doentes, este deve ser também um dos alvos preferenciais na abordagem terapêutica dos diabéticos.

Os valores de microalbuminúria são semelhantes atualmente e há um ano atrás, sendo que na sua maioria os utentes têm valores abaixo de 30 mg/24horas. A nefropatia

é uma das causas de maior morbidade e mortalidade atingindo cerca de 20-50% das pessoas com diabetes (DGS,2011). O diagnóstico precoce da nefropatia diabética é efetuada pela deteção da albuminúria (normoalbuminúria <30 mg/24horas).

Comparando estes resultados com a média nacional, apresentados na Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes - 2012, concluímos que a hemoglobina glicada e a microalbuminúria estão acima da média nacional e a pressão arterial abaixo (Cf. Quadro 46).

Tabela 46 - Comparação entre valores bioquímicos do estudo e valores nacionais.

Parâmetro	Média Nacional	Estudo Atual
HbA _{1c} <6.5	40.7%	49.4%
Microalbuminúria > 30	21,9%	29%
Pressão Arterial <130/80	35,7%	28.6%

Fonte: (Observatório Nacional da Diabetes, 2013)

SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

As pessoas com diabetes estão satisfeitas com os cuidados de enfermagem prestados na consulta de diabetes. Os itens com pior pontuação foram o não *envolvimento dos familiares mais próximos* assim como a não *preocupação dos enfermeiros em explicar os direitos e deveres* do utente. A dimensão *Qualidade na assistência* é aquela em que os utentes apresentam maior satisfação. Já a *Formalização da informação* e a *promoção do ele de ligação* são as que têm menor grau de satisfação.

Estes resultados merecem a reflexão da equipa de enfermagem. Propomos como estratégias para ultrapassar estes aspetos menos positivos, a implementação da figura do enfermeiro de família. Só através deste é possível envolver os familiares nos cuidados. A Ordem dos Enfermeiros publicou em Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011, Regulamento n.º 126/2011, “*o enfermeiro de família surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida*” (...) *interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar compilando dados sobre cada família que permita a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objetivos e o planeamento da intervenção ou contrato de ação com a família*” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Quanto aos direitos e deveres da pessoa portadora de diabetes, estes são estabelecidos no quadro legislativo da Saúde, nomeadamente na Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de agosto) e no Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de abril de 1968) e são estes os princípios orientadores que servem de base à Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Relembramos ser de extrema importância esta questão: o conhecimento dos direitos e deveres dos doentes potencia a sua capacidade de intervenção ativa na melhoria progressiva dos cuidados e serviços.

Sobre o item *formalização da informação*, os enfermeiros deveriam ter por hábito prescrever as suas orientações, isto é, assim como os médicos entregam ao diabético, em suporte de papel, a medicação que o utente terá que fazer, também o enfermeiro deverá “formalizar a informação”, individualmente e em suporte de papel, das suas prescrições a nível do exercício físico, alimentação, cuidados com os pés, autovigilância, cuidados nas hipo e hiperglicemias entre outras.

Relembramos no entanto que os estudos no âmbito da satisfação com os cuidados de enfermagem tornar-se-ão verdadeiramente significativos se levados a cabo com regularidade (Paul, 1999 *cit. in* Ribeiro, 2005). Só desde modo é possível perceber o impacto das alterações dos cuidados prestados.

SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os participantes estão muito satisfeitos com os serviços de saúde do Centro de Saúde de Ílhavo prestados no âmbito da diabetes. A dimensão satisfação com o *serviço médico* prestado é o que melhor pontua, seguido da satisfação com a *organização*, o *atendimento* e finalmente, o *serviço de enfermagem*.

Estes dados refletem o envolvimento que as pessoas com diabetes têm com o seu médico de família. Relembramos que é sempre o médico de família que realiza as consultas médicas de diabetes e que quando, por algum motivo não está de serviço, as consultas são adiadas, ao passo que com o enfermeiro esta situação não se verifica, sendo substituído por outro. Salientamos que a figura do enfermeiro de família não está formalmente implementada sendo expectável que, aquando da sua implementação, os resultados possam ser superiores aos atuais.

Na dimensão *satisfação com a organização* do Centro de Saúde de Ílhavo, o item que pior pontuação teve foi a qualidade das instalações.

Ao nível da *satisfação com o atendimento*, a pior classificação foi dada ao *atendimento telefónico* e a melhor ao *horário de atendimento*.

No que respeita à *satisfação com o serviço médico*, o item que pior pontuação obteve foi a *disponibilidade de tempo na consulta* e as melhores pontuações foram a *explicação dos exames prescritos*, *informação sobre sintomas da doença* e *aconselhamento sobre tratamento*. Contrariamente Pimentel (2010) nesta dimensão, o item com pior pontuação foi a *facilidade de contacto com o médico* e o melhor foi o *relacionamento com o médico* e o *aconselhamento do tratamento*.

Na dimensão *satisfação com o serviço de enfermagem*, o pior item foi o *apoio domiciliário* e os melhores foram a *cortesia no atendimento*, *explicação dos tratamentos* e *aconselhamento dos cuidados a manter*. Também Pimentel (2010) no seu estudo encontrou como pior item o *apoio domiciliário*.

Os itens com pior pontuação por dimensão espelham alguns dos problemas já identificados pelos profissionais de saúde desta unidade: a qualidade das instalações (gabinetes muito pequenos); o atendimento telefónico e, finalmente, o apoio domiciliário de enfermagem (a maioria dos domicílios realizados são de carácter curativo).

ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO

As áreas de tratamento da diabetes que causam maiores dificuldades aos utentes são o *exercício físico*, seguido da *alimentação* e dos *cuidados aos pés*. Respostas semelhantes foram encontradas por Correia (2007). Num estudo mais recente realizado na APDP (Nunes, et al., 2012), a área do tratamento da diabetes referida como de maior dificuldade foi a *autovigilância*, o *autocontrolo* e a *alimentação*.

Analisando então as atividades do autocuidado, na dimensão *Alimentação Geral*, verificamos que 57.1% dos utentes refere fazer uma alimentação saudável durante os últimos sete dias, contudo só 6% cumpriu o plano alimentar recomendado por um profissional.

Acrescentamos que a maioria dos utentes (67.7%) comeu cinco ou mais peças de fruta ou vegetais nos últimos sete dias.

Correia (2007), num estudo que desenvolveu no Centro de Saúde da Lourinhã, encontrou piores resultados no que toca à prática de uma alimentação saudável (36%) e

consumo de frutas e vegetais (54%), e resultados superiores no cumprimento do plano alimentar recomendado pelos profissionais de saúde (8%).

Por outro lado, ao analisar a *alimentação específica*, constatamos que nos últimos sete dias a maioria dos utentes com diabetes não consumiu pão às refeições (50.0%), 82.1% não ingeriu bebidas alcoólicas nas principais refeições e 85.7% não consumiu *fora das principais refeições*, 50.0% dos utentes nunca *misturou hidratos de carbono às principais refeições* e 75.0% não adoçou as bebidas com açúcar.

A recomendação para não consumir pão às refeições, no estudo desenvolvido por Correia (2007), é cumprida na íntegra por 42% dos participantes; 78% não ingeriu bebidas alcoólicas nas principais refeições e 88% não consumiram *fora das principais refeições*; 48% dos utentes nunca *misturou hidratos de carbono às principais refeições* e 90% não adoçou as bebidas com açúcar.

Relativamente à dimensão atividade física, 66.7% dos utentes refere que nos últimos sete dias praticou diariamente atividade física durante pelo menos 30 minutos, e apenas 19.0% completou essa atividade com sessões específicas de exercício físico. Também Bastos (2004) encontrou valores semelhantes de adesão ao exercício, 45,6% para a atividade física e 18,4% para o exercício contínuo. Já Correia (2007) encontrou valores inferiores, com 12% dos utentes a referir que nos últimos sete dias praticou diariamente atividade física durante pelo menos 30 minutos e apenas 32.8% completou essa atividade com sessões específicas de exercício físico. Uma percentagem bem maior foi verificada por Nunes (1999) uma vez que 32.0% aderiram à prática de exercício físico.

Atualmente as recomendações internacionais sugerem um mínimo de 150 minutos de exercício aeróbio de intensidade moderada por semana, complementados por um mínimo de duas sessões semanais de exercício resistido (Mendes, Dias, Gama, Branco, & Barata, 2012, p. 16).

No que se refere aos cuidados com os pés conclui-se que a maioria da amostra examina os pés diariamente (82.1%), lava-os (96.4%) e seca-os (94.0%).

No estudo desenvolvido por Correia (2007) encontraram-se valores inferiores: 44% dos participantes referem observar os pés diariamente, 62% lava-os e 54% seca-os.

Estes resultados são animadores e refletem a importância que a equipa de saúde foca nesta área. A literatura refere que as taxas de amputações podem ser reduzidas em cerca

de 49-85% quando utilizada uma estratégia que inclua medidas de prevenção, educação do doente e cuidado de monitorização.

Há que salientar que a maioria dos utentes manifestam tomar a medicação todos os dias de forma correta (98.8%). Valores mais baixos foram encontrados por Correia (2007), onde apenas 86% dos participantes referem ter tomado os medicamentos todos os dias.

Inferimos que as dimensões cujos utentes têm maiores cuidados são a *Toma de medicação* com um valor médio de 6.92, os *Cuidados ao Pés* M=6.41, seguindo-se as dimensões *Alimentação Geral* e *Alimentação Específica* com valores médios de 4.92 e 4.11, respetivamente. O autocuidado com a *Atividade Física* e com a *Monitorização da Glicemia* são as dimensões que os utentes menos cuidados têm ao longo dos últimos sete dias. Corroboram estes dados os estudos de Cunha, Albuquerque, & Franco (2009) Wattanakul, *et al.*(2012).

Comparando os dados que resultam desta escala com o que é respondido na questão “quais as áreas de tratamento da diabetes que tem mais dificuldade em cumprir?”, não restam dúvidas que o exercício físico é efetivamente a área que os diabéticos verbalizam como sendo a mais difícil de cumprir e aquela em que menor adesão manifestaram.

RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICA E A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Os homens apresentam em média melhores comportamentos ao nível da *atividade física*, *cuidado com os pés*, *toma de medicação* e pior comportamento na dimensão *alimentação específica*. As diferenças são significativas nesta última dimensão, onde os homens têm hábitos alimentares que evidenciam maior consumo de pão, bebidas alcoólicas e carnes vermelhas, ingerindo mais doces e apresentando um valor médio superior às mulheres. Corroboram estes resultados o estudo desenvolvido por Sousa, Peixoto, & Martins (2008). Contrariamente Vermeire, *et al.*, (2001) *cit. in* Cabral & Silva (2010), refere que a variável género, apesar de ser frequentemente avaliada, não tem demonstrado uma relação consistente com o grau de adesão terapêutica.

Estes resultados são justificados com as rotinas da vida laboral dos homens (muitos deles trabalham/trabalhavam nos barcos de pesca do bacalhau), pela dependência das mulheres na confeção das ementas e pela vida social.

Observamos uma associação positiva entre a idade dos utentes e os cuidados com os pés, ou seja, os utentes mais novos conseguem cuidar melhor dos pés face aos mais velhos. A idade é responsável por 5.6% da variância da dimensão dos *cuidados com os pés*, o que significa que os utentes mais velhos têm maior dificuldade a examinar, lavar e secar os pés face aos utentes diabéticos mais novos.

No que concerne a esta questão importa referir que os idosos se encontram particularmente em risco devido à deterioração do seu estado de saúde, que origina muitas vezes várias patologias. Além disso, a diminuição de algumas capacidades como a memória, a capacidade cognitiva, a presença de tremores, a obesidade, a diminuição da acuidade visual, a eventual presença de alterações psiquiátricas, a falta de mobilidade ou outras incapacidades podem restringir o cuidado aos pés (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001 *cit. in* Cabral & Silva, 2010, p. 5).

Apurámos que os utentes que *não sabem ler nem escrever* são que menos atividade física realizam durante a semana e os utentes que têm o *2º ciclo do ensino básico* são os que praticam mais atividade física, sendo as diferenças significativas nesta dimensão.

Relativamente ao estudo das dimensões *Cuidados com os Pés e Toma de medicação*, revelou que são os utentes com menores habilitações literárias que parecem ter menos cuidados com os pés e na toma correta da medicação.

Por sua vez os utentes que tem o 3º ciclo ou o secundário são os que melhores *cuidados têm com os pés* e na *toma correta da medicação*, sendo as diferenças estatisticamente significativas.

Contrariamente, Almeida *et al.* (2012) verificaram que o baixo grau de escolaridade não se associou a um maior número de consultas ou internamentos, medidas indiretas da gravidade das infeções associadas ao pé diabético.

Sobre a escolaridade sabe-se que indivíduos com dificuldade na leitura e escrita, não só terão maior dificuldade em compreender a tradicional educação para a saúde, como também terão dificuldade em reportar a informação recebida para os seus contextos de

vida, atestando Bugalho & Carneiro(2004), que o baixo nível de escolaridade constitui um dos fatores que pode condicionar a gestão do regime terapêutico.

Verificamos que os utentes cuja fonte de rendimento está a cargo da família são quem melhor pontuação média apresenta na dimensão *Alimentação Geral*. Já os utentes cuja fonte de rendimento provêm do seu trabalho são os que têm piores hábitos na *alimentação em geral*, não praticando uma alimentação saudável, consumindo menores quantidades de fruta ou vegetais.

Estes dados refletem a dificuldade que os diabéticos trabalhadores têm em aliar uma alimentação saudável com a vida profissional. Neste ponto, parece-nos importante referir que as entidades empregadoras devem estar sensíveis para a importância desta problemática e disponibilizar locais e condições para os utentes poderem fazer as suas refeições.

Relativamente à vida laboral, consideramos que os diabéticos devem e podem ser altamente produtivos no seu local de trabalho e simultaneamente gerir os autocuidados com a diabetes de forma adequada. Os profissionais de saúde devem ajudar os utentes a delinear estratégias para que, no seu local de trabalho, consigam, sem custos para a entidade empregadora, grandes perturbações ou mudanças estruturais e uma melhor gestão do regime terapêutico. Neste sentido, será necessário, também, que por parte dos restantes colegas e entidade empregadora, haja a sensibilidade para esta questão, designadamente na pesquisa de glicemia capilar, na administração de insulina, nos tipos de turno, na adaptação ergonómica às complicações presentes, entre outras (ADA, 2013c, p. S96). Esta sensibilização da comunidade urge e cabe aos profissionais de saúde cumpri-la.

RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS CLÍNICAS E A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

O estudo do efeito da duração da doença na adesão ao regime terapêutico revelou uma associação positiva com as dimensões *alimentação geral*, *alimentação específica* e *monitorização da glicemia*, e uma associação inversa com as restantes dimensões. Verificamos que apenas a associação com a monitorização de glicemia é significativa, ou seja, os utentes detentores do diagnóstico de diabetes há mais tempo realizam maior número de pesquisa da glicemia capilar por semana face àqueles a quem foi diagnosticado diabetes há menos tempo. Este tempo de diagnóstico é responsável

por 15.8% da variância da dimensão da *monitorização da glicemia*, influenciando, de forma parcial, a adesão ao regime terapêutico dos utentes.

Relativamente aos hábitos alimentares dos utentes com diabetes, constatamos que os utentes que fazem apenas *3 refeições por dia* são aqueles que pior pontuação média apresentam na dimensão *alimentação geral e alimentação específica*, ou seja fazem poucas refeições por dia, não praticam uma alimentação saudável, ingerem em demasia pão, doces, bebidas alcoólicas e têm um consumo elevado de carnes vermelhas. Parece-nos importante salientar que muitos destes diabéticos eram homens que iam para a pesca do bacalhau e não tinham alimentos frescos disponíveis, só faziam três refeições a bordo, não as podiam confeccionar e tinham disponibilidade total de álcool e cigarros. Fica bem claro nesta dimensão que as pessoas com diabetes têm os hábitos alimentares construídos com base nas vivências da vida laboral e atividade social, sendo importante o trabalho da equipa multidisciplinar, nomeadamente do nutricionista.

Na dimensão *monitorização da glicemia capilar*, os utentes que têm dificuldade em tomar a medicação/toma de insulina são quem mais vezes avalia a glicemia capilar, por sua vez, os utentes que manifestam dificuldade na área da autovigilância são quem menos vezes por semana avalia a glicemia.

Verificamos diferenças significativas na dimensão *Atividade Física*, onde os utentes com dificuldade na área de cuidar dos pés são quem menos atividade realiza durante a semana.

A relação entre o *IMC*, o perímetro abdominal e as dimensões da adesão ao regime terapêutico, evidencia que, quando aumenta o IMC ou o perímetro abdominal, diminui a atividade física dos diabéticos e diminui a sua capacidade para cuidarem dos pés. O IMC influencia em 6.9% e 7.3% da variância da atividade física e da capacidade para os cuidados aos pés. O perímetro abdominal é responsável por 6.3% e 6.1% respetivamente da variância da atividade física que os utentes com diabetes realizam e pela sua capacidade em prestar os cuidados indicados aos pés.

Os utentes que realizam uma alimentação que não é específica para o diabético, ou seja, a ingestão elevada de pão, carnes vermelhas, bebidas alcoólicas, doces apresentam valores de colesterol mais elevados.

A *existência de dores nas últimas 4 semanas* influencia a adesão ao regime terapêutico nas dimensões da *atividade física* e nos *cuidados com os pés*, concluindo-se que os utentes que referem ter tido dores muito fortes praticam menos atividade física e não conseguem realizar os cuidados inerentes aos pés.

RELAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Podemos inferir que o grau de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde influencia a adesão ao cuidado alimentar e na toma correta da medicação. Estes dados são reforçados pelo facto de 100% das pessoas que participaram no estudo, responder que considera importante a consulta de enfermagem no centro de saúde de Ílhavo.

Recordemos o projeto desenvolvido por Kawaguchi, Azuma, & Ohta(2004) no Japão, o sistema TeleNursing. Este sistema ajudou os diabéticos a controlar a sua condição, mostrando melhorias significativas nos seus níveis de glicose no sangue, hemoglobina glicosilada e pressão arterial.

Consideramos que o enfermeiro dos cuidados de saúde primários apoia a pessoa a gerir os recursos da comunidade, potenciando a adesão ao regime terapêutico.

INFLUÊNCIA DA SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇO DE SAÚDE NA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Os utentes mais satisfeitos com o serviço de enfermagem prestam os cuidados adequados aos pés e tomam a medicação de forma adequada ao longo dos últimos sete dias. Também Henriques (2011) inferiu que as intervenções de enfermagem (aconselhamento sobre os medicamentos, controlo dos medicamentos e ensino sobre os medicamentos) revelam eficácia no aumento de adesão terapêutica. Outro argumento que apoia estes dados é que, no Centro de Saúde de Ílhavo, são os enfermeiros que realizam a monitorização do risco do pé diabético, supervisionando as suas intervenções no âmbito dos ensinamentos sobre os cuidados aos pés.

Diabéticos com baixo nível de controlo metabólico referem mais frequentemente relações pouco satisfatórias com a equipa de saúde (Bastos, 2004).

Observamos ainda que, quando aumenta a satisfação dos utentes com a organização, aumenta também a adesão à toma da medicação. Pereira, Araújo-Soares, & McIntyre (2001) acrescentam que, *“os utentes mais satisfeitos com os serviços recebidos são também aqueles que revelam um nível mais elevado de atitudes positivas, e tem uma melhor perceção da qualidade técnica e das relações interpessoais com os profissionais de saúde”*.

6. CONCLUSÕES

A diabetes emerge como uma das doenças crônicas de maior prevalência. Para evitar o aparecimento de complicações, é importante que as pessoas com diabetes repensem nos seus estilos de vida e abarquem no seu cotidiano um conjunto de comportamentos que visem o controle da doença.

Conhecer a gestão do regime terapêutico da pessoa portadora de diabetes torna-se assim importante para os profissionais de saúde, no sentido de realinharem estratégias que promovam a gestão do regime terapêutico.

Este trabalho teve como objetivo dar o seu contributo no sentido de perceber quais as dimensões em que há menor adesão, para que possamos reconsiderar estratégias de âmbito individual, organizacional ou comunitário efetivas que visem a melhoria da gestão do regime terapêutico. Não restam dúvidas que uma melhor gestão está associada a uma menor morbidade e mortalidade.

Os participantes do estudo são maioritariamente mulheres casadas e com baixa literacia geral. As dimensões em que os participantes obtiveram melhores cuidados foram a *Toma de medicação* os *Cuidados com os pés*. As piores foram a *Atividade Física* e a *Monitorização da Glicemia*. Relativamente aos serviços de saúde, as pessoas com diabetes estão mais satisfeitas com o serviço médico e menos com o serviço de enfermagem. Neste último, os itens com melhor pontuação foram a *simpatia e a paciência dos enfermeiros no atendimento*; a pior pontuação caracterizou-se pelo não *envolvimento dos familiares mais próximos* assim como a não preocupação dos enfermeiros em *explicar os direitos e deveres do utente*.

Inferimos, também, que os utentes mais velhos têm maior dificuldade em examinar, lavar e secar os pés; os homens têm hábitos alimentares que evidenciam maior consumo de pão, bebidas alcoólicas, carnes vermelhas e doces e que as pessoas com diabetes com baixa escolaridade apresentam défice de cuidados com os pés, piores resultados na toma correta da medicação e praticam menos atividade física. Por sua vez os utentes com melhores habilitações literárias são os que melhores cuidados têm com os pés e com a toma correta da medicação.

Inferimos ainda que o grau de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem influencia a adesão ao cuidado alimentar, os cuidados aos pés e na toma correta da medicação. Estes resultados são deveras importantes para a enfermagem. É

através deste tipo de inferências que justificamos, junto das entidades políticas e sociais, a importância do investimento da área da enfermagem.

Do ponto de vista clínico e organizacional o presente estudo obteve resultados satisfatórios, no entanto identificamos algumas limitações do estudo:

- a demora na aprovação pelo ACES para a realização deste trabalho, que se traduziu num número reduzido de participantes – a amostra foi de conveniência, logo não representativa da população;
- a qualidade dos instrumentos de colheita de dados: a Escala de Avaliação das Atividades de Autocuidado com a Diabetes (Bastos, Severo, & Lopes, 2007) apresentou como consistência interna o coeficiente de α de Cronbach variando entre 0,36 e 0,68.
- a aplicação do instrumento de colheita de dados pela investigadora poderá ter condicionado, de certa forma, alguns utentes a darem “respostas socialmente corretas”.

Igualmente, consideramos pertinente que este estudo seja replicado noutros contextos. Por exemplo, conhecer o *status* deste fenómeno na pessoa portadora de diabetes institucionalizada (prisão, lar, rede nacional de cuidados integrados). Outro contexto em que este estudo poderá ser reproduzido será junto da comunidade estrangeira residente em Portugal: comunidade brasileira, africana ou chinesa.

Por último, poder-se-á concluir que implementar programas de incentivo a uma alimentação saudável e à prática de exercício físico surgem como estratégias promotoras do controlo clínico e epidémico da diabetes. Outros aspetos a considerar, seriam também o envolvimento da família nesta temática e o investimento na formação dos profissionais de saúde na área da gestão do regime terapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADA. (2013a). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care Volume 36, Suplemento 1, January, S67*.
- ADA. (2013b). Executive Summary: Standards of Medical Care in Diabetes - 2013. *Diabetes Care, Volume 36, Suplemento 1, January 2013*.
- ADA. (2013c). Diabetes and Employment. *Diabetes Care Volume 36, Supplement 1, January*.
- Adler, A., Stratton, I., Neil, H., Yudkin, J., Matthews, D., & Cull, C. (2000). Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational. *BMJ*, pp. 321 (7528): 412-9.
- Almeida *et. al* (2012). Grau de escolaridade e pé diabético. *Revista Portuguesa de Diabetes; 7 (1)*, pp. 25-28.
- Almeida, R., Pinho, M., Lima, C., Faria, I., Santos, P., & Bordalo, C. (2006). Associação entre doença periodontal e doenças sistémicas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, Volume 22*, pp. 379-90.
- Amorim, M. I. (2008). *Para lá dos números..Aspectos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com DM 2*. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Saúde Mental submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Andrade, R. (2001). *Representações de doença e actividades de auto-cuidados na diabetes mellitus tipo 2*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- APDP. (2009). *Diabetes Tipo 2 - Um Guia de Apoio e Orientação*. Lidel.
- Bastos, F. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2 - participação das esposas no plano educacional*. Dissertação de candidatura ao grau de mestre apresentada à Universidade do Porto, Universidade do Porto.
- Bastos, F., & Lopes, C. (2004). *Questionário das Actividades de auto-cuidado 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.
- Braga, S., Braga, D., & Soares, S. (2009). Diabetes Mellitus e Periodontite - um caso de saúde oral. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, Volume 50*, pp. 111-117.
- Bruno *et. al*. (2012). Quality of Diabetes care in Italy: Information from a large population - based multiregional observatory (ARNO Diabetes). 35, p. e64. *Diabetes Care*.

- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. *Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa*.
- Cabral, M., & Silva, P. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*.
- Chaves, Duarte, Almeida, Vidal, Correia, & Mateus. (2012). Satisfação dos utentes na consulta de enfermagem de diabetes. *Millenium*, pp. 29-45.
- Correia, C. (2007). *Adesão e Gestão do Regime Terapêutico em diabéticos tipo 2 - o papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.
- Cunha, et. al. (2008). Qualidade de vida dos diabéticos com alterações dos pés. *Livro de actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, pp. 379-382.
- Cunha, M., Albuquerque, C., & Franco, V. (2009). Clinical and psychosocial profile of people with diabetes mellitus. *Psychology & Health Volume 24 Supplement 1*, pp. 141-142.
- Cunha, M., Nunes, C., & Aparicio, G. (2009). Obesidade, Diabetes e Funcionamento Psicossocial. *Investigação em saúde. Contributos*, 442-455.
- Cunha-Nunes, M. (2004). *Qualidade de Vida e Diabetes: Variáveis Psicossociais*. Tesis Doctoral. Espanha. Universidade de Extremadura.
- DGS. (2013). *Plano Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2*. N. 001/2013 de 19/02/2013.
- DGS. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, Circular Normativa N.º: 23/DSCS/DPCD de 14/11/07*.
- DGS. (2010). *Ministério da Saúde*. Obtido de É tempo de agir - Declaração elaborada no II Congresso Nacional de Saúde Pública: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/10/declaracao+cronicas.htm>
- DGS. (2010). *Relatório de Execução do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes 2008/2009 - José Manuel Pestana Boavida (Coordenador do PNPCD)*.
- DGS. (2011a). *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus Norma:002/2011 de 14/01/2011*.
- DGS. (2011b). *Insulinoterapia na Diabetes Mellitus tipo 2, Norma: 025/2011 de 29/09/2011*.
- DGS. (2012). *Norma - Prescrição e Determinação da Hemoglobina Glicada A1c*.
- DGS. (s.d.). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas - saúde oral das pessoas idosas*. Obtido de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010168.pdf>

- Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. *Revista Millenium*, 40, pp. 201-219.
- Dias *et. al.* (2012). Qualidade de vida e diabetes. *10º Congresso Português de Diabetes*. 7, p. 27. Vilamoura: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Diogo, T.-C., & et.al. (2007). Adesão nos Doentes Transplantados. *Acta Médica Portuguesa*, 20 (1), pp. 73-85.
- Duarte. (2002). *Diabetologia Clínica* (3ªedição ed.). Lidel.
- Duarte. (2008). Alimentação, obesidade e diabetes. *Revista Factores de Risco N.11*, pp. 66-68.
- Duarte, Nunes, & Medina. (2012). As Recentes Guidelines para o Tratamento da Diabetes Tipo 2 - Base para as Recomendações Nacionais da SPD. *Revista Portuguesa de Diabetes* 7 (3), pp. 129-148.
- ERS. (2011). *Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus*.
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: da conceptualização à realização*. Loures: Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Fórum Mundial da Economia. (2010). *Comitted to improving the State os the World*. Obtido de Global Risks 2010 - A Global Risk Network Report: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalRisks_Report_2010.pdf
- Gama, Dias, & Mendes. (2012). Hiperglicémia e fatores de risco na diabetes tipo 2: cumprimento de objetivos terapeuticos numa consulta hospitalar de diabetologia. *10º Congresso Português de Diabetes*. 7, p. 42. Sociedade Portuguesa Diabetologia.
- Hanas, R. (2007). *Diabetes Tipo 1 em crianças, adolescentes e jovens adultos*. Lidel.
- Henriques, M. A. (2006). *Adesão ao regime terapêutico em idosos - Revisão Sistemática*. Tese de Doutoramento apresentada na Universidade de Lisboa - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Henriques, M. A. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade - Eficácia das intervenções de enfermagem*. Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Internacional Diabetes Federation. (2007). Obtido de United for Diabetes: www.unitefordiabetes.org/campaign/resolution.html.
- Inzucchi *et. al.* (2012). Tratamento da hiperglicémia na diabetes tipo 2: abordagem centrada no doente - Posição da American Diabetes Association (ADA) e da European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Revista Portuguesa de Diabetes* 7 (3), pp. 129-148.

- Jordão, A., & Duarte, R. (2002). Neuropatia Diabética Autonómica. In R. D. colaboradores, *Diabetologia clínica* (3ª edição ed., pp. 353-368).
- Kawaguchi, Azuma, & Ohta. (2004). Development of a telenursing system for patients with chronic conditions. *J Telemed Telecare*10(4), pp. :239-44.
- Lisboa, M., & Duarte, R. (2002). Classificação e Diagnóstico da Diabetes. In R. D. colaboradores, *Diabetologia Clínica* (pp. 35-42). Lidel.
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). Promover a saúde - dos fundamentos à acção. Almedina.
- Lutfey, K., & Wishner, W. (1999). Beyond "compliance" is adherence. *Diabetes Care* n. 22, pp. 635-639.
- Marcelino *et. al.* (2010). Avaliação da qualidade de cuidados numa consulta de diabetes. *Acta Médica Portuguesa*, 23, pp. 909-914.
- Marmot, M. (2009). How will the financial crises affect health? *MNJ* 338:1, p. 1314.
- Maroco. (2007). *Análise estatística: com a utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Mendes, Dias, Gama, Branco, & Barata. (2012). Prática de exercício e níveis de atividade física habitual em doentes com diabetes tipo 2. *10º Congresso Português de Diabetes*. 7, p. 13. Vilamoura: Sociedade Portuguesa Diabetologia.
- Miguel, I., Dias, H., & Roque, F. (2012). Risco cardiovascular no doente diabético. *Revista Portuguesa de Hipertensão e risco cardiovascular*, jan/fev 27, pp. 6-10.
- Moreira, F., Dullius, J., Karnokowski, M., & Novaes, M. (2009). Atividades educativas na adesão ao tratamento com idosos diabéticos: complicadores e facilitadores do processo. *Revista Portuguesa de Diabetes*, Volume 4, pp. 111-119.
- Nogueira-Silva, C., Bulhões, C., Ferreira, D., Magalhães, M., & Peixoto, V. (2006). Qualidade do controlo da DM tipo 2 numa amostra de utentes do centro de saúde de Braga. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp. 571-82.
- Nunes. (1999). *Qualidade de vida e diabetes: influência das variáveis psicossociais*. Coimbra: Instituto Superior de Altos Estudos Miguel Torga.
- Nunes *et. al.* (2012). Dificuldades sentidas pelas pessoas com diabetes tipo 2. *Revista Portuguesa de Diabetes* 7 (1), pp. Suppl: 33-71.
- Observatório Nacional da Diabetes. (2010). *Diabetes: Factos e Números 2010 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes Portugal*.
- Observatório Nacional da Diabetes. (2013). *Diabetes: factos e números 2012. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes Portugal 2012*.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2011). *Relatório da Primavera - da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde*.

- OMS. (2002a). *Cuidados Inovadores para as Doenças Crónicas - Componentes estruturais de acção*. Obtido de <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>
- OMS. (2002b). *The European Health Report*. Obtido de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98296/E76907.pdf
- OMS. (2003). *Adherence to long-term therapies - Evidence for action*.
- OMS. (2008). *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Obtido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44009/1/9789241597418_eng.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 - Regulamento n.º 126/2011.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (August de 2005). Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine* 353, pp. 487-497.
- Pereira, Araújo-Soares, & McIntyre. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. *Psicologia, saúde e doenças*, 2 (2), pp. 69-80.
- Pestana, & Gageiro. (2008). *Análise de dados para as Ciências Sociais - a complementariedade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Pimentel, H. (2010). *Avaliação da satisfação dos utentes em relação aos centros de saúde do serviço regional dos Açores*. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Ciências Económicas e Empresariais na Universidade dos Açores.
- Pina e Brito, C., & Duarte, R. (5 de 2010). Recomendações da “International Diabetes Federation” (IDF) sobre Saúde Oral para as Pessoas com Diabetes. *Revista da Sociedade Portuguesa Diabetologia*, pp. 136-141.
- Queirós, J., Magalhães, A., & Medina, J. (2006). Diabetes Gestacional: uma doença, duas gerações, vários problemas. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, pp. 19-24.
- Ribeiro, A. (Março de 2005). O percurso da construção e validação de uma instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 16, pp. 52-60.
- Riddle. (2011). DCV Aumentada no ACCORD: Será Que a Redução da Glicemia Reduz a DCV. *4th International Congress on Prediabetes and the Metabolic Syndrome* (pp. 130-136). Madrid: Sociedade Portuguesa Diabetologia.
- Rocha, T., Dores, J., Ruas, L., & Cravalheira, M. (2007). Registo Nacional da Diabetes Gestacional em 2004. *Revista Portuguesa de Diabetes*, pp. 9-15.

- Sakellarides, C. (2010). *Novo Contrato Social da Saúde - incluir as pessoas*. Diário de Bordo.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2006). Adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. *Referência II Série*, pp. 33-41.
- Sousa. (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2*. Universidade do Minho - Instituto de Educação e Psicologia.
- Sousa, M., Peixoto, M., & Martins, T. (Dezembro de 2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista Referência*, pp. 59-67.
- Steck, A., & Rewers, M. (2005). *Epidemiologia e distribuição geográfica da diabetes mellitus tipo 1*.
- 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, pp. 943–950.
- Trunkl, M., Raslan, S., Cortelli, S., & Scherma, A. (2012). Avaliação dos hábitos de higiene bucal de pacientes diabéticos. *Brazilian Society of Periodontology, volume 22*, pp. 77-82.
- UKPDS. (1998). Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet*, pp. 352-837.
- Wattanakul, Quinn, Ruggiero, Finnegan, Zerwic, Ferrans, & Patel. (2012). Understanding Diabetes Self-Management: Thai Buddhists With. (pp. A205 - 809-P). Suplementos - Diabetes Care.

Anexos

ANEXO I

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

17) Quais os motivos mais frequentes que o leva a não tomar a medicação? _____

17.1) Já deixou de tomar a medicação por motivos económicos? Sim Não Não se aplica

18) Na sua opinião, tem a sua Diabetes controlada? Sim Não Não se aplica

19) Como se sente em relação ao seu peso? Magro Normal Excesso de peso Gordo

20) Quando descobriu que tinha diabetes, encontrava-se:

Com mais peso que agora Com menos peso que agora Com o mesmo peso

21) Quantas refeições faz por dia? _____ refeições/dia

22) Costuma tomar o pequeno-almoço? Sim Não. Porque não o toma? _____

23) Quantas vezes escova os dentes por dia? _____ vezes/dia

24) Nos últimos 12 meses, foi ao dentista? Sim Não. Porquê? _____

25) Toma algum produto natural para a diabetes? Não Sim. Qual? _____

26) Quem é que lhe faz as compras?

Família _____ Apoio domiciliário Amigos Centro de Dia O próprio(a)
Vizinhos Não se aplica Outro _____

27) Quem é que prepara e confeciona os alimentos?

Família _____ Apoio domiciliário Amigos Centro de Dia O próprio(a)
Vizinhos Não se aplica Outro _____

28) Costuma utilizar na sua alimentação diária alimentos da sua própria produção? (ex. legumes, fruta, carne...)? Não Sim

29) Na última semana, quantas vezes consumiu peixe? 0 1 2 3 4 5 6 7 Mais _____

30) Quais os motivos pela qual não consome mais peixe? _____

31) A sua alimentação é igual à das pessoas que vivem consigo? Não Sim Não se aplica

32) Costuma comprar alimentos para diabéticos? Não Sim. Que produtos compra? _____

33) Faz a pesquisa de glicemia capilar sozinho?	Sim	Não	Se não, quem lhe presta esse apoio?
			Família Apoio domiciliário Vizinhos Amigos Centro de Dia Centro Saúde Outro _____ Não se aplica
34) Toma medicação sozinho, sem ajuda?	Sim	Não	Se não, quem lhe presta esse apoio?
			Família Apoio domiciliário Amigos Centro de Dia Vizinhos Não se aplica Outro _____
35) Presta os cuidados ao pé sem ajuda?	Sim	Não	Se não, quem lhe presta esse apoio?
			Família Apoio domiciliário Amigos Centro de Dia Vizinhos Não se aplica Outro _____
36) Faz a vigilância da tensão arterial?	Sim	Não	Se sim, onde?
			Família Apoio domiciliário Amigos Centro de Dia Vizinhos Farmácia Centro Saúde Outro _____ Não se aplica

37) No último ano, teve internado por causa da Diabetes? Não Sim

37.1) Quantas vezes? _____

37.2) Qual(ais) o(s) motivo(s)? Hiperglicémia Hipoglicémia Outro(s) _____

38) No último ano, teve que recorrer à Urgência por causa da Diabetes? Não Sim.

38.1) Quantas vezes? _____

38.2) Qual(ais) o(s) motivo(s)? Cetoacidose Hipoglicémia Outro(s) _____

39) Que área(s) do tratamento da Diabetes tem mais dificuldade em cumprir?

Alimentação Exercício Físico Medicação/Insulina Auto-vigilância Cuidar dos pés

39.1) Porque razão? _____

40) Que complicações apresenta por causa da Diabetes?

UTENTE	Complicação	Presente	Ausente	Não Sei
	Retinopatia Diabética	2	1	0
Alteração sexual	2	1	0	
Nefropatia	2	1	0	
Pé diabético	2	1	0	
Doença cerebrovascular	2	1	0	
Doença coronária	2	1	0	
Neuropatia	2	1	0	
Doença arterial periférica	2	1	0	

41) Se mulher em idade fértil, que contraceutivo usa?

Contraceutivo oral combinado	DIU cobre	Esterilização
Contraceutivo oral progestativo	DIU com progestativo	Nenhum
Anel Vaginal	Adesivo	Não se aplica
Implante	Preservativo	

42) Para além da diabetes, que outras doenças tem?

Asma ou outras doenças respiratórias crónicas	Doenças osteoarticulares crónicas	Doença maligna
Doenças do coração	Enxaquecas ou outras dores de cabeça crónicas	Doença autoimune
Problemas digestivos crónicos	Doença psiquiatria	Nenhuma
		Outras _____

43) Nos últimos 12 meses, esteve de baixa médica por causa da Diabetes? Sim Não Não se aplica

44) O que é para si a Diabetes? _____

45) Como reagiu quando soube que era diabético? _____

46) O que é para si ser diabético? _____

47) No último ano, quantas consultas de diabetes no Centro de Saúde teve?

0 1 2 3 4 5 6 Mais que 6. Quantas? _____ consultas

47.1) No último ano, teve alguma consulta para observação dos olhos?	Sim	Não
47.2) No último ano, o seu pé foi observado por um profissional de saúde?	Sim	Não
47.3) No último ano, foi observado por um nutricionista?	Sim	Não
47.4) No último ano, foi observado por um cardiologista?	Sim	Não
47.5) No último ano, foi observado por endocrinologista?	Sim	Não
47.6) No último ano foi atendido por algum psicólogo?	Sim	Não

48) Quando vem à consulta, costuma vir acompanhado? Sim Não

48.1) Se sim, por quem? Família Funcionária do Centro de Dia Amigos Vizinhos Não se aplica

48.2) Em média, quanto tempo demora a chegar? _____ minutos

48.3) Que tipo de transporte utiliza nas deslocações? Táxi Carro próprio Mota Bicicleta Carro Familiar

Autocarro Boleia A Pé Outro. Qual? _____

49) Considera importante a Consulta de Enfermagem ao Utente com Diabetes” no Centro de Saúde de Ilhavo? Sim Não

50) O que mais gosta na Consulta? _____

51) O que menos gosta? _____

52) Acha que sabe o suficiente sobre a diabetes? Sim Não

53) Já participou em sessões de educação em grupo? Sim Não

Se não:
53.1) Se houvesse ensinamentos em grupo, participava? Sim Não

53.2) Qual o horário mais adequado para si? _____ horas ou _____ hora

2ªfeira 2ª feira 3ª feira 4ª feira 5ª feira 6ª feira Nenhum/Não se aplica

REGISTOS CLÍNICOS

54) Ano de diagnóstico da DM2? _____

55) Tratamento da diabetes ? Insulino-tratado Não Insulino-tratado Sem registo

56) Objetivos clínicos e bioquímicos:

Parâmetro	Valor atual / Sim	Sem registo/ Não se aplica / Não	Há um ano atrás	Sem registo/ Não se aplica / Não
Peso				
IMC				
P. Abdominal				
Tensão Arterial				
Glicemia jejum				
Colesterol total				
Colesterol HDL				
HbA1c				
Triglicédeos				
Microalbuminúria				
Score avaliação do risco cardiovascular				

57) Abuso do álcool? Sim Não Não se aplica/Sem registo

58) Abuso do tabaco? Sim Não Não se aplica/Sem registo

59) Presença de Complicações crónicas:

PROCESSO	Complicação	Presente	Ausente
	Retinopatia Diabética	1	0
	Alteração sexual	1	0
	Nefropatia	1	0
	Pé diabético	1	0
	Doença cerebrovascular	1	0
	Doença coronária	1	0
	Neuropatia	1	0
	Doença arterial periférica	1	0

60) Outros problemas?

Asma ou outras doenças respiratórias crónicas _____

Problemas digestivos crónicos _____

Doenças osteoarticulares crónicas _____

Doenças do coração _____

HTA _____

Enxaquecas ou outras dores de cabeça crónicas _____

Doença psiquiátrica _____

Doença maligna _____

Doença autoimune _____

Outras _____

Nenhuma

61) Classificação do risco do pé diabético:

Baixo Risco Médio Risco Alto risco Sem registo/Não se aplica

SEÇÃO C – Satisfação com os Serviços de Saúde (Pimentel,2010)

1) Classifique a sua satisfação com a organização do Centro de Saúde:

Muito Fraco Fraco Razoável Boa Muito Boa Não aplicável

2) Avalie a satisfação com os seguintes aspetos da organização do Centro de Saúde:

	Muito Fraco	Fraco	Razoável	Boa	Muito Boa	Não aplicável
Localização do Centro de Saúde						
Acessibilidade/transporte						
Qualidade das instalações						
Espaço de atendimento/Espera						
Limpeza / Higiene das instalações						

3) Classifique a sua satisfação com o atendimento do Centro de Saúde:

Muito Fraco Fraco Razoável Boa Muito Boa Não aplicável

4) Avalie a satisfação com os seguintes aspetos do atendimento do Centro de Saúde:

	Muito Fraco	Fraco	Razoável	Boa	Muito Boa	Não aplicável
Horário de atendimento						
Processo de atendimento						
Tempo de obtenção de consulta						
Tempo de espera para ser consultado						
Informações prestadas						
Atendimento telefónico						

5) Classifique a sua satisfação com o serviço médico do Centro de Saúde:

Muito Fraco Fraco Razoável Boa Muito Boa Não aplicável

6) Avalie a satisfação com os seguintes aspetos do serviço médico prestados pelo Centro de Saúde:

	Muito Fraco	Fraco	Razoável	Boa	Muito Boa	Não aplicável
Interesse pelo seu problema de saúde						
Disponibilidade de tempo na consulta						
Relacionamento com o médico						
Explicação dos exames prescritos						
Informação sobre sintomas da doença						
Aconselhamento sobre o tratamento						
Facilidade de contato com o médico						

7) Classifique a sua satisfação com o serviço de enfermagem do Centro de Saúde:

Muito Fraco Fraco Razoável Boa Muito Boa Não aplicável

8) Avalie a satisfação com os seguintes aspetos do serviço de enfermagem prestados no Centro de Saúde:

	Muito Fraco	Fraco	Razoável	Boa	Muito Boa	Não aplicável
Competência no desempenho das funções						
Cortesia no atendimento						
Explicação dos tratamentos						
Aconselhamento dos cuidados a manter						
Acompanhamento do doente						
Apoio domiciliário						

9) Comentários adicionais sobre os serviços prestados/ Sugestões para melhorar atendimento.

SUCECS₂₆ - SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos <u>cuidados de Enfermagem</u> que recebeu nos contatos que teve com as enfermeiras na <u>Consulta de Enfermagem ao Utente com Diabetes no Centro de Saúde de Ilhavo</u>.		Faça uma círculo			
Se estes factos aconteciam:		Sempre 3	Às vezes 2	Nunca 1	Não se aplica / sem opinião 0
1	Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe toda, alguma ou nenhuma informação?	3	2	1	0
2	Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	3	2	1	0
3	Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como podiam ajudar quando necessitava)?	3	2	1	0
4	Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?	3	2	1	0
5	Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	3	2	1	0
7	Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	3	2	1	0
8	Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem e se necessário voltavam a repetir a informação?	3	2	1	0
9	Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)?	3	2	1	0
10	Os enfermeiros procuraram explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário fazê-los?	3	2	1	0
12	No CS, os enfermeiros preocupavam-se em informar sobre o funcionamento do CS (horários de atendimento, tipo de consultas, a localização das salas de enfermagem, de tratamentos, de vacinas...)?	3	2	1	0
13	No CS, os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente do CS?	3	2	1	0
14	No CS, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si (a quem se dirige quando lá vai e que mostra conhecer melhor a sua situação)?	3	2	1	0
18	Quando necessita, é fácil contactar com os enfermeiros dos CS (para marcar consulta, para lhe colocar as suas dúvidas)?	3	2	1	0
20	Os enfermeiros preocuparam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados?	3	2	1	0
21	Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	3	2	1	0
24	Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	3	2	1	0
25	Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	3	2	1	0
26	Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?	3	2	1	0
27	Sentiu que os enfermeiros o colocavam à vontade para pôr as suas dúvidas?	3	2	1	0
28	Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestavam?	3	2	1	0
31	Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais atualizados e bem informados	3	2	1	0
Se está, faça um círculo no		Satisfeito 3			
		Nem satisfeito/nem insatisfeito 2			
		Insatisfeito 1			
		Não se aplica / sem opinião 0			
6	Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido)	3	2	1	0
11	Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no CS	3	2	1	0
22	Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	3	2	1	0
29	Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	3	2	1	0
30	Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestavam os cuidados	3	2	1	0
32	Relativamente aos cuidados de enfermagem no CS	3	2	1	0

ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADO 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 último 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
1 ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA								
2.1 Em quantos 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, pasteis, 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
2 ACTIVIDADE FÍSICA								
3.1 Em quantos dias dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos) (minutos totais de <u>actividade contínua</u> , 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
3 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
4 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
5 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
6 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								

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê a que achar mais apropriada.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima Muito Boa Boa Razoável Fraca

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve a seu estado geral atual:

Muito melhor Com alguma melhoras Igual Um pouco pior Muito pior

3. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada Pouco Moderadamente Bastante Imenso

4. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas Muito fracas Ligeiras Moderadas Fortes Muito fortes

5. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)

Absolutamente nada Pouco Moderadamente Bastante Imenso

ANEXO II

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO
AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE
DO BAIXO VOUGA II**



ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

012803 *12 04-04 12:55

Ex.ma Senhora
Dra. Maria Fernanda Loureiro
M.I. Diretora Executiva do
ACES Baixo Vouga II
Av. Dr. Lourenço Peixinho, 42/ 2º ou 6º
3800 AVEIRO

*Informar a proposta
do seu trabalho
(enviar cópia do
pedido de...)
10/4/12*

[Handwritten signature]
Diretora Executiva
ACES Baixo Vouga II

Sua referência	Sua comunicação	Nossa referência	Data
3479	6/9/11	SEC. CD	

ASSUNTO: Pedido de autorização para efetuar recolha de dados
- Estudo " Adesão terapêutica e empowerment em diabéticos"

Para conhecimento e efeitos tidos por convenientes, informa-se V. Exª que por deliberação do Conselho Diretivo foi homologado o pedido de Estudo " Adesão terapêutica e empowerment em diabéticos" apresentado pela Escola Superior de Saúde de Viseu.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Directivo da ARS Centro, I.P

[Handwritten signature]
(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

3479 de 2012

TTDN

ANEXO III

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO
PARA UTILIZAÇÃO
DA ESCALA SUCECS 26**

-----Mensagem original-----

De: Ana Leonor [mailto:ana@esenf.pt]
Enviada: terça-feira, 13 de Novembro de 2012 14:20
Para: Joana Coimbra
Assunto: Autorização para aplicação do SUCECS 26
Importância: Alta

Ana Leonor Alves Ribeiro, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto, vem por este meio autorizar Joana Coimbra, enfermeira no Centro de Saúde de Ílhavo e a frequentar o Mestrado de Educação para a Saúde na Escola Superior de Saúde de Viseu, a utilizar o questionário SUCECS26, para avaliar a satisfação das pessoas com diabetes com os cuidados de enfermagem no Centro de Saúde de Ílhavo, inserido na investigação: “Gestão do regime terapêutico na pessoa com diabetes”.

Porto, 13 de Novembro de 2012

Ana Leonor Alves Ribeiro

Ana Leonor Alves Ribeiro - Professora Coordenadora Escola Superior de Enfermagem do Porto Rua Dr. Antonio Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
Ext: 163
Tel: +351225073500
Fax: +351225096337
EMAIL: ana@esenf.pt

ANEXO IV

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO
PARA UTILIZAÇÃO DA
ESCALA SDACA

De: Fernanda Bastos [mailto:fernandabastos@esenf.pt]

Enviada: terça-feira, 28 de Junho de 2011 10:16

Para: 'Joana Coimbra'

Assunto: RE: Escala autocuidado - SDSCA

Bom dia,

Venho por este meio autorizar a utilização da escala de autocuidado com a diabetes, na sua versão traduzida e adaptada para português, para ser utilizada no estudo “Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos” no âmbito do Mestrado de Educação para a Saúde na Escola Superior de Saúde de Viseu a ser realizado pela enfermeira Joana Coimbra sob a orientação da Professora Madalena Cunha. Solicito que me seja dado conhecimento dos resultados e disponibilizo-me para qualquer ajuda que necessite.

Ao dispor

ANEXO V

**CONSISTÊNCIA INTERNA DAS
ESCALAS**

Tabela 1 – Consistência interna dos itens da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde – (Ribeiro, 2003)

Item	Média	dp	R/item – total (sem item)	Alpha Cronbach (sem item)
1)	2,92	0,21	0,53	0,83
2)	2,96	0,18	0,53	0,84
3)	2,44	1,16	0,56	0,86
4)	2,80	0,64	0,35	0,84
5)	2,89	0,38	0,71	0,83
6)	2,99	0,11	0,31	0,84
7)	2,98	0,11	0,31	0,84
8)	2,85	0,42	0,60	0,83
9)	2,90	0,37	0,72	0,83
10)	2,79	0,51	0,76	0,82
11)	2,45	0,68	0,68	0,82
12)	2,62	0,67	0,54	0,83
13)	2,88	0,45	0,62	0,83
14)	2,89	0,31	0,34	0,83
15)	2,88	0,33	0,34	0,84
16)	3,00	0,00	0,00	0,85
17)	2,96	0,32	0,46	0,84
18)	3,00	0,00	0,66	0,83
19)	2,96	0,33	0,40	0,84
20)	2,95	0,26	0,00	0,84
21)	2,99	0,11	0,00	0,84
22)	3,00	0,00	0,00	0,84
23)	3,00	0,00	0,00	0,84
24)	3,00	0,00	0,00	0,84
25)	3,00	0,00	0,00	0,84
26)	3,00	0,00	0,00	0,84
27)	3,00	0,00	0,00	0,84
<i>Split-half</i>			Primeira parte: 0,44 Segunda parte: 0,79	
SUCECS 26 (nota global)			0,84	

Tabela 2 – Consistência interna dos itens da Satisfação com os Serviços de Saúde – (Pimentel, 2010)

Item	Média	dp	R/item – total (sem item)	Alpha Cronbach (sem item)
1)	4,71	0,69	0,65	0,85
2)	4,85	0,44	0,49	0,86
3)	4,67	0,94	0,68	0,85
4)	4,63	0,91	0,59	0,85
5)	4,68	0,78	0,53	0,85
6)	4,85	0,42	0,60	0,86
7)	4,89	0,42	0,65	0,85
8)	4,84	0,53	0,73	0,85
9)	4,73	0,75	0,72	0,84
10)	4,74	0,78	0,56	0,85
11)	3,41	1,62	0,27	0,87
12)	4,80	0,73	0,46	0,86
13)	3,02	2,15	0,21	0,90
14)	4,94	0,28	0,71	0,86
15)	4,85	0,52	0,67	0,85
16)	4,77	0,61	0,66	0,84
17)	4,92	0,34	0,66	0,85
18)	4,94	0,40	0,63	0,86
19)	4,94	0,40	0,53	0,85
20)	4,94	0,29	0,72	0,85
21)	4,91	0,39	0,69	0,86
22)	4,94	0,24	0,81	0,86
23)	4,92	0,32	0,61	0,85
24)	4,95	0,22	0,74	0,86
25)	4,95	0,22	0,47	0,86
26)	4,95	0,22	0,08	0,86
27)	4,85	0,65	0,54	0,85
28)	0,24	1,08	0,06	0,88
<i>Split-half</i>			Primeira parte: 0,69 Segunda parte: 0,77	
Satisfação com os Serviços de Saúde			0,86	

Tabela 3 – Consistência interna dos itens das Actividades de Autocuidado com a diabetes

Item	Média	dp	R/item – total (sem item)	Alpha Cronbach (sem item)
1)	5,54	2,31	0,20	0,35
2)	0,80	1,84	0,22	0,33
3)	5,97	1,94	0,18	0,32
4)	2,33	1,76	0,11	0,23
5)	2,19	2,86	0,14	0,21
6)	1,21	1,78	0,07	0,25
7)	0,83	2,17	0,30	0,15
8)	0,25	0,80	0,29	0,22
9)	6,35	1,16	0,08	0,28
10)	1,35	2,64	0,15	0,34
11)	5,31	2,67	0,34	0,11
12)	1,63	2,71	0,15	0,21
13)	5,88	2,49	0,20	0,19
14)	6,79	1,24	0,32	0,19
15)	6,58	1,66	0,38	0,15
16)	6,92	0,79	0,16	0,24
17)	3,46	2,07	0,08	0,30
<i>Split-half</i>			Primeira parte: 0,10 Segunda parte: 0,42	
Satisfação com os Serviços de Saúde			0,26	