

CARLA SUSANA LOPES CORREIA

ADESÃO E GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO
EM DIABÉTICOS TIPO 2

O PAPEL DO SUORTE SOCIAL E DA SATISFAÇÃO
COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde

Orientadora:
Professora Doutora Natália Ramos

Universidade Aberta

Lisboa
2007

RESUMO

O estudo sobre “Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo 2. O papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem”, tem como objectivos conhecer as representações que o diabético tipo 2 tem em relação à diabetes e de que forma estas influenciam a vivência da doença no dia a dia; identificar o nível de adesão às actividades de auto-cuidado do diabético tipo 2; analisar de que forma os diabéticos integram a gestão do regime terapêutico na sua vida diária; identificar as dificuldades sentidas pelo diabético na gestão do regime terapêutico; analisar de que forma o suporte social contribui para a gestão eficaz do regime terapêutico; e identificar o grau de satisfação do diabético relativamente aos cuidados prestados na consulta de enfermagem, nomeadamente quanto à comunicação/informação.

O estudo realizado é do tipo exploratório-descritivo e decorreu na consulta de enfermagem ao utente com diabetes no Centro de Saúde da Lourinhã. Para a recolha de dados foi utilizada uma amostra não probabilística constituída por 50 participantes. Utilizou-se como técnicas de recolha de dados: um guião de entrevista semi-estruturado, desenvolvido especificamente para este estudo; a aplicação de duas escalas, a “*Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure -SDSCA*” de Glasgow, Toobert, Hampson (2000), traduzida e adaptada para Portugal por Bastos e Lopes (2004) que pretende medir a adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes e a “*Escala de Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde – SUCECS₂₆*” de Ribeiro (2003); e a análise dos registo de enfermagem na consulta. Utilizou-se uma análise quantitativa, com estatística descritiva, para a análise das escalas e das perguntas fechadas do guião, e uma análise qualitativa através da análise de discurso, para as perguntas abertas.

Os resultados obtidos revelam que a alimentação e o exercício parecem ser as actividades de auto-cuidado que os diabéticos tipo 2 mais dificuldade têm em integrar na vida diária, com consequentes níveis de adesão mais baixos.

O suporte social, especialmente a família parece ter um papel fundamental, colaborando na realização de algumas actividades de auto-cuidado, como a auto-vigilância da glicemia, nos cuidados aos pés e na preparação da medicação. A falta de compreensão por parte de familiares e amigos para o cumprimento do plano alimentar e de exercício foi referido pelos participantes como o aspecto menos positivo do apoio social.

Relativamente à satisfação com os cuidados prestados na consulta de enfermagem, verificou-se uma satisfação global de 82,77%. Os aspectos mais valorizados foram a qualidade na assistência, a individualização da informação e o envolvimento do utente nos cuidados prestados. A relação terapêutica estabelecida com as enfermeiras e o facto de adquirirem conhecimentos foram também os aspectos considerados mais relevantes na ajuda à gestão eficaz do regime terapêutico, contribuindo para uma maior segurança e controlo. Os aspectos menos positivos, foram a formalização da informação por escrito, e a falta de cumprimento do horário estabelecido para a consulta.

De acordo com os dados obtidos sugere-se que se encontrem estratégias a nível da consulta de enfermagem que promovam um maior envolvimento e participação da família nos cuidados a prestar aos diabéticos, com vista a facilitar a adesão e a gestão do regime terapêutico.

PALAVRAS CHAVE

Diabetes; Diabético tipo 2; Adesão terapêutica; Gestão do regime terapêutico; Representações sociais da saúde/doença; Suporte social; Cuidados de saúde/enfermagem; Comunicação profissional de saúde – utente; Satisfação com cuidados de enfermagem.

Summary

The study on “Adherence and management of therapeutic regimen on diabetics type 2 – the role of social support and satisfaction on nursing care”, has as main goals to know the representations of diabetics type 2 towards diabetes and in how those representations influence the way patients deal with the disease in their day to day life; identify the level of adherence of diabetics type 2 in activities of self-care; analyse the way diabetics adapt the management of therapeutic regimen in their everyday life; identify the difficulties of diabetics in their therapy management; analyse how the social support contributes for the effective management of therapeutic regimen and identify diabetics’ level of satisfaction towards nursing care, especially in terms of communication/information.

This study has exploratory and descriptive characteristics and took part in nursing appointment to diabetes patients in health centre in Lourinhã. For the gathering of information it was used a sample of 50 participants. The techniques for gathering information used were: a semi-guided script of interview, specifically developed for this study; the application of two measures, “*Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure- SDSCA*” of Glasgow, Toobert, Hampson (2000), translated and adapted in Portugal by Bastos e Lopes (2004) that intends to measure the adherence of self-care activities of diabetes, and “Escala de Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde – SUCECS26” of Ribeiro (2003); and the analysis of the records of nursing care. A quantity analysis was used, with descriptive statistics, for the analysis of measures and of the guided questions in the interview script, and also a quality analysis for the answers to the open questions.

The results obtained show that food and physical exercise are the self-care activities that diabetics type 2 have more difficulty in integrate in their everyday life, with consequently low participation levels.

Social support, specially the family, has a main role, taking part in some self-care activities, such as blood-glucose testing, feet care and medicine preparation. The lack of understanding of relatives and friends towards the accomplishment of the food planning and physical exercise was mentioned by participants as the least positive aspect of social support.

In terms of satisfaction level with the nursing care, we can conclude that there is an 82, 77% global satisfaction. The enhanced factors were the quality of assistance, the

individual information and the involvement of the patients in the care given. The medical relation established with the nurses and the fact that they would learn more were also aspects seen as relevant in an effective management of therapy, leading to more safety and control. The less positive factors were the formalization of written information and the lack of the timetable accomplishment.

According to the results obtained it is suggested the definition of strategies in terms of nursing that promote a deeper family involvement and participation in the care given to diabetics, in order to make the therapy adherence and management easier.

Key words

Diabetes; diabetic type 2; therapy adherence; management of therapeutic regimen; social representations of health/illness; social support; health care / nursing; health professional communication – patient; satisfaction with nursing care.

“Muitos pequenos ribeiros fazem um grande rio”

(Provérbio)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Natália Ramos, por me ter dado o privilégio de ser orientadora nesta caminhada, pela disponibilidade, pelo apoio e estímulo em todas as etapas percorridas;

Aos diabéticos, que aceitaram participar no estudo, porque sem a sua colaboração, este trabalho não teria sido possível;

Aos enfermeiros e a todas as pessoas que no Centro de Saúde da Lourinhã, desde o primeiro momento me apoiaram e incentivaram;

À Beta, à Marlene, e à Vera, parceiras sem igual, na paixão pelo trabalho diário com os diabéticos;

À Enf^a Odilia, pelas inúmeras conversas e partilha de ideais sobre a profissão, que me ajudaram a crescer;

Ao Paulo, companheiro de todos os momentos, por todo o apoio, carinho e pelo incentivo, mesmo nos momentos em que as forças pareciam esgotar-se;

Ao João, filhote do meu coração, pelos momentos que pacientemente ficou com uma brincadeira por realizar;

À minha família, sempre disponível para colaborar,

A todos, o meu muito obrigada!

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	7
1. O AUMENTO DAS DOENÇAS CRÓNICAS E A SUA IMPLICAÇÃO NO PANORAMA DE SAÚDE MUNDIAL...	8
1.1 Da epidemia infecciosa à epidemia comportamental.....	8
1.2 Implicações do aumento das doenças crónicas.....	10
1.3 Intervenção nas doenças crónicas – um desafio para um novo século.....	11
2. A DIABETES MELLITUS COMO DOENÇA CRÓNICA....	14
2.1 Definição e classificação.....	14
2.2 Dados epidemiológicos.....	17
2.3 Complicações da diabetes.....	18
2.4 O tratamento da diabetes.....	22
2.4.1 Terapêutica não farmacológica.....	22
2.4.2 Terapêutica farmacológica.....	26
2.5. Auto-cuidado – a pedra basilar no controlo da diabetes.....	29
3. A ADESÃO E A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA DIABETES TIPO 2: ENTRE A UTOPIA E A REALIDADE.....	33
3.1 Em que consiste a adesão e a gestão do regime terapêutico.....	33
3.2 A adesão ao regime terapêutico em números.....	35
3.3 A interacção dos factores implicados.....	38
3.4 Compreender o comportamento de adesão – as correntes teóricas	42
3.5 Medir a adesão terapêutica.....	44
4. AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE E DA DOENÇA NA ADESÃO E GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO.....	47
4.1 Influência das representações sociais nos comportamentos de saúde e de doença.....	47

5.	O PAPEL DO SUPORTE SOCIAL NA ADESÃO E GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO.....	54
5.1	Tipos de suporte social.....	54
5.2	Suporte social na diabetes e na adesão ao regime terapêutico.....	57
6.	OS CUIDADOS DE SAÚDE E A PROMOÇÃO DA ADESÃO E DA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO...	60
6.1	O contexto actual dos cuidados de saúde na doença crónica.....	60
6.2	O papel do enfermeiro nos cuidados de saúde.....	62
6.3	Satisfação com os cuidados de enfermagem.....	65
6.4	Importância da comunicação profissional de saúde/utente.....	68
6.5	A educação terapêutica na diabetes – Um processo de comunicação por excelência.....	72
6.6	A utilização de estratégias educacionais e comportamentais pelos enfermeiros na promoção da adesão e gestão do regime terapêutico.....	77
	PARTE II – ESTUDO EMPIRICO.....	82
7.	DA PROBLEMÁTICA AOS PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO.....	83
7.1	Objectivos do estudo.....	84
7.2	Tipo de estudo.....	85
7.3	As técnicas e instrumentos de colheita de dados.....	86
7.4	Contextualização e caracterização do local do estudo.....	93
7.5	Seleção da amostra.....	99
7.6	Procedimentos.....	100
7.7	Questões éticas.....	101
7.8	Tratamento e análise dos dados.....	101
8.	APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	103
8.1	Caracterização sócio-demográfica da amostra.....	103
8.2	Caracterização clínica da amostra.....	106
8.3	As representações sobre a diabetes e a sua influência na vivência da doença no dia a dia.....	115
8.4	A adesão às actividades de auto-cuidado e a gestão do regime terapêutico	135

8.5	Dificuldades sentidas na gestão do regime terapêutico	144
8.6	Autonomia vs dependência para a realização das actividades de auto-cuidado: o papel do suporte social.....	151
8.7	A importância da consulta de enfermagem na adesão e gestão do regime terapêutico e a satisfação com os cuidados prestados.....	165
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	183
	BIBLIOGRAFIA.....	191
	ANEXOS	
	ANEXO I – Guião de entrevista	
	ANEXO II – Questionário de Avaliação das Actividades de Auto-cuidado com a Diabetes	
	ANEXO III – Escala de Satisfação com os Cuidados de Enfermagem no centro de Saúde - SUCECS26	
	ANEXO IV – Pedido de autorização para realização do estudo	
	ANEXO V – Consentimento informado para participar no estudo	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1	Objectivos do tratamento em relação aos valores da glicemia.....	30
Quadro nº 2	Impacto da Educação no diabético.....	76
Quadro nº 3	Distribuição por sexo dos utentes da consulta de enfermagem ao utente com diabetes.....	96
Quadro nº 4	Distribuição de utentes da consulta de enfermagem ao utente com diabetes por grupo etário	97
Quadro nº 5	Distribuição da amostra segundo as variáveis de caracterização sócio-demográfica.....	105
Quadro nº 6	Caracterização da amostra segundo o tempo de evolução da diabetes.....	106
Quadro nº 7	Caracterização da amostra segundo a presença de complicações da diabetes.....	109
Quadro nº 8	Caracterização da amostra segundo a presença de doenças coexistentes com a diabetes.....	110

Quadro nº 9	Distribuição da amostra segundo os dados de monitorização.....	112
Quadro nº 10	Distribuição da amostra segundo valor da tensão arterial e toma de terapêutica anti-hipertensora.....	112
Quadro nº 11	Distribuição da amostra segundo a presença de dislipidemia e toma de terapêutica.....	113
Quadro nº 12	Distribuição da amostra segundo a relação entre o peso na altura do diagnóstico, peso actual e IMC.....	114
Quadro nº 13	Motivos que levaram à necessidade de recorrer ao serviço de urgência.....	115
Quadro nº 14	Percepção dos participantes sobre a identidade da diabetes.....	120
Quadro nº 15	Percepção dos participantes sobre as causas da diabetes.....	122
Quadro nº 16	Percepção dos participantes sobre a duração da diabetes.....	123
Quadro nº 17	Percepção dos participantes sobre as consequências da diabetes	124
Quadro nº 18	Percepção dos participantes sobre as consequências físicas da diabetes.....	125
Quadro nº 19	Percepção dos participantes sobre as consequências psicológicas da diabetes.....	127
Quadro nº 20	Percepção dos participantes sobre as consequências sociais da diabetes.....	127
Quadro nº 21	Percepção dos participantes sobre as actividades de auto-cuidado que mais interferem com a rotina diária.....	129
Quadro nº 22	Reacção dos participantes face ao diagnóstico da diabetes.....	130
Quadro nº 23	Atitude dos participantes em relação à controlabilidade/cura da diabetes.....	132
Quadro nº 24	Relação entre o confronto com o diagnóstico da diabetes e a vivência actual da doença.....	133
Quadro nº 25	Percepção dos participantes sobre a importância da alimentação, auto-vigilância da glicemia, exercício, medicação e cuidados aos pés no controlo da diabetes.....	135
Quadro nº 26	Nível de adesão às actividades de auto-cuidado com a diabetes.	142
Quadro nº 27	Motivos apontados para a dificuldade em cumprir plano alimentar.....	147
Quadro nº 28	Motivos apontados para a dificuldade em cumprir o exercício...	149
Quadro nº 29	Motivos apontados para a dificuldade em realizar a auto-vigilância da glicemia.....	149

Quadro nº 30	Motivos apontados para a dificuldade em tomar os medicamentos.....	150
Quadro nº 31	Motivos apontados para a dificuldade em cuidar dos pés.....	151
Quadro nº 32	Razões de não ser auto-suficiente na realização da auto-vigilância da glicemia.....	153
Quadro nº 33	Motivos para a necessidade de ajuda na medicação.....	154
Quadro nº 34	Motivos referidos pelos participantes para necessitarem de apoio nos cuidados aos pés.....	156
Quadro nº 35	O que faz quando não tem disponível alimentos da própria produção.....	159
Quadro nº 36	Reacções dos participantes devido ao facto de não comerem igual às pessoas com quem coabitam.....	160
Quadro nº 37	Caracterização da amostra segundo o tempo de frequência na consulta.....	166
Quadro nº 38	Justificação da importância de estar integrado na consulta.....	168
Quadro nº 39	Aspectos positivos da consulta de enfermagem.....	170
Quadro nº 40	Aspectos negativos da consulta de enfermagem.....	172
Quadro nº 41	Sugestões para melhorar a consulta de enfermagem.....	173
Quadro nº 42	Justificação dos participantes para o facto de não terem conhecimentos suficientes sobre a diabetes.....	175
Quadro nº 43	Avaliação das dimensões da SUCECS ₂₆	176

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1	Distribuição da amostra segundo o tipo de tratamento efectuado.....	107
Gráfico nº 2	Distribuição da amostra segundo a presença de complicações da diabetes.....	107
Gráfico nº 3	Distribuição da amostra segundo a relação entre o peso na altura do diagnóstico e o peso actual.....	114
Gráfico nº 4	Distribuição da amostra segundo a necessidade de recorrer a um serviço de urgência devido à diabetes.....	115
Gráfico nº 5	Distribuição da amostra segundo a percepção dos participantes sobre quem é o responsável pelo tratamento e controlo da diabetes.....	133
Gráfico nº 6	Distribuição da amostra segundo a adesão à auto-vigilância da glicemia.....	143

Gráfico nº 7	Distribuição da amostra segundo os hábitos tabágicos.....	144
Gráfico nº 8	Actividades de auto-cuidado que os participantes têm mais dificuldade cumprir.....	145
Gráfico nº 9	Distribuição da amostra segundo a autonomia para a realização da auto-vigilância da glicemia.....	151
Gráfico nº 10	Caracterização da amostra segundo quem apoia na actividade de auto-vigilância da glicemia.....	152
Gráfico nº 11	Distribuição da amostra segundo a necessidade de ajuda para preparar e tomar medicação.....	153
Gráfico nº 12	Caracterização da amostra segundo quem presta apoio na preparação e toma de medicação.....	154
Gráfico nº 13	Distribuição da amostra segundo a necessidade de ajuda para efectuar cuidados aos pés.....	155
Gráfico nº 14	Caracterização da amostra segundo quem apoia na prestação de cuidados aos pés.....	155
Gráfico nº 15	Distribuição da amostra segundo quem efectua as compras de produtos alimentares.....	157
Gráfico nº 16	Distribuição da amostra segundo quem confecciona as refeições.....	157
Gráfico nº 17	Distribuição da amostra segundo o consumo de alimentos da própria produção.....	158
Gráfico nº 18	Distribuição da amostra segundo alimentar-se de forma igual às pessoas com quem coabita.....	160
Gráfico nº 19	Percepção dos participantes sobre os conhecimentos que as pessoas que convivem consigo têm sobre o que é a diabetes.....	163
Gráfico nº 20	Percepção dos participantes sobre o apoio prestado pela família e amigos em relação aos cuidados que a diabetes requer.....	163
Gráfico nº 21	Percepção dos participantes sobre o apoio emocional recebido em relação ao facto de serem diabéticos e aos cuidados que isso implica.....	164
Gráfico nº 22	Percepção dos participantes sobre a importância de falar com os familiares e amigos sobre o que sente em relação à diabetes..	165
Gráfico nº 23	Distribuição da amostra segundo ir à consulta acompanhado....	166
Gráfico nº 24	Caracterização da amostra segundo quem acompanha à consulta.....	166
Gráfico nº 25	Distribuição da amostra segundo a importância de estar integrado na consulta de enfermagem.....	167

Gráfico nº 26	Distribuição da amostra segundo a percepção do nível de conhecimentos em relação à diabetes.....	174
---------------	--	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1	Tríade Terapêutica.....	22
Figura nº 2	Mapa do Concelho de Lourinhã.....	93
Figura nº 3	Centro de Saúde da Lourinhã.....	95

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos 50 anos, os avanços científicos contribuíram para um aumento significativo da esperança de vida, no entanto, aliado ao facto de se viver mais tempo, a adopção de estilos de vida pouco saudáveis têm contribuído para um aumento exponencial das doenças crónicas.

Segundo dados da WHO de 2002 e 2003 o problema do aumento das doenças crónicas é tão grande, que se prevê que em 2020, 80% da carga de doença nos países em desenvolvimento seja devido a problemas de saúde crónicos. Para além dos problemas físicos e psicológicos para o individuo, não pode ser descurado o fardo que estas doenças acarretam a nível social, económico e na qualidade de vida a nível mundial, (Silva et al, 2006).

Entre as várias doenças crónicas, a diabetes mellitus, é uma doença grave e a sua prevalência tem vindo a aumentar em todo o mundo. Foi reconhecida como um dos flagelos do século XX e promete perpetuar-se neste novo século, estimando-se que atinja um em cada vinte portugueses e o seu aparecimento tem sido cada vez mais precoce, (Horta e Pinto, s.d.). De acordo com Correia e Boavida (2001) e a WHO (2002), o número de diabéticos em 1995 era de 135 milhões em todo o mundo e acredita-se que no ano 2025 será de 300 milhões e que Portugal terá, na segunda década deste século, perto de 700 000 diabéticos.

Sendo a diabetes uma doença crónica com graves consequências físicas, psicológicas e sociais, deve ser encarada como um problema de saúde pública. O tratamento da diabetes deve por isso, ter como objectivos o controlo metabólico e a prevenção de complicações tardias.

Esta patologia, deve merecer uma atenção redobrada por parte dos profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito à capacidade de envolver o diabético e a família no tratamento.

Bradley (1997), refere que a diabetes é uma doença exigente com um tratamento multifacetado e que leva à necessidade de grandes alterações nos hábitos de vida diários, com vista à integração das actividades de auto-cuidado, tão importantes no controlo da doença. Comer correctamente e várias vezes ao dia, evitar o excesso de peso, praticar exercício físico, efectuar a auto-vigilância da glicemia, prestar cuidados

aos pés, tomar os medicamentos etc. são algumas das actividades exigidas aos diabéticos.

Aceitar e cumprir todo o plano terapêutico proposto ou muitas vezes imposto pelos profissionais de saúde, nem sempre é fácil o que leva frequentemente a uma fraca adesão e a uma dificuldade na gestão do regime terapêutico.

As grandes dificuldades sentidas, quer pelos doentes quer pelas suas famílias, prendem-se com a aceitação da doença e a capacidade para gerir de forma eficaz o regime terapêutico proposto, traduzindo-se numa fraca adesão com o consequente agravamento do estado de saúde e repercussões a nível individual, social e económico.

Bugalho e Carneiro (2004), referem que o problema que resulta da fraca ou da não adesão à terapêutica foi descurado durante bastante tempo, mas actualmente, tem vindo a ser alvo de atenção de forma crescente por parte da comunidade científica, dos profissionais de saúde, políticos e dirigentes, devido ao impacto negativo que este problema acarreta para o sistema de saúde. Referem ainda que 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”*. (p.9)

São vários os factores que interferem com a adesão e a gestão do regime terapêutico. A WHO (2003), aborda esta temática associando os factores em cinco grupos: factores sociais, económicos e culturais; factores relacionados com os profissionais e serviços de saúde; factores relacionados com a doença de base e comorbilidades; factores relacionados com a terapêutica prescrita; e factores individuais relativos ao doente.

A multiplicidade de factores e variáveis envolvidas faz transparecer a dificuldade que existe em estudar o tema e também em criar estratégias de intervenção eficazes.

A WHO dizia em 2002 que os serviços de saúde devem enfatizar o tratamento do indivíduo com diabetes e não a diabetes em si. Para que isto aconteça é necessário intervir de forma holística, considerando o indivíduo diabético como um todo e não apenas como um diabético.

Para Ramos (2004), é necessário que se melhorem os cuidados de saúde e para que isso aconteça, é fundamental que se adequem os sistemas de saúde aos sistemas de pensamento dos indivíduos. A comunicação e a relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os utentes são fundamentais neste processo. As atitudes e as recomendações proferidas pelos profissionais têm que ter em conta as representações

sociais, as crenças, os hábitos, o nível educacional, as condições de vida e a própria organização familiar e social que vão influenciar os comportamentos de saúde e de doença.

O suporte social, é considerado actualmente um excelente aliado e um factor muito importante no que diz respeito à adesão e à gestão do regime terapêutico. A família pode neste contexto assumir um papel de protagonista, seja em aspectos positivos como no apoio à realização das actividades de auto-cuidado, seja nos aspectos mais negativos, como a fraca compreensão do fenómeno que vai inviabilizar muitas vezes o cumprimento do plano terapêutico do diabético, (Silva et al, 2003; Bastos, 2004; Rossi, 2005).

A reflexão pessoal sobre estas temáticas surge-nos quase diariamente desde há 10 anos para cá. O gosto pessoal pelo tema da diabetes e das questões que se prendem com a adesão à terapêutica e o facto de ao longo do percurso profissional termos procurado sempre trabalhar com diabéticos, tem levado a uma preocupação crescente em compreender melhor esta problemática. Paralelamente, surge como inquietação a necessidade de compreender, se o caminho percorrido, tem evoluído positivamente e que estratégias podem ser encontradas para melhorar a intervenção neste campo, e, no caso particular, na consulta de enfermagem do Centro de Saúde da Lourinhã, que é o contexto de trabalho onde se desenvolve o estudo.

Conhecer melhor os indivíduos diabéticos que recorrem à consulta de enfermagem, de que forma compreendem, interpretam e vivem a doença, e que estratégias ou apoios encontram nessa caminhada, foi também uma preocupação para a realização deste estudo.

De todas estas inquietações, surgiu a questão que deu o ponto de partida para a realização desta investigação: *De que modo o suporte social e a satisfação com os cuidados prestados na consulta de enfermagem condicionam a adesão às actividades de auto-cuidado e a eficácia da gestão terapêutica em diabéticos tipo 2?*

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

- Conhecer as representações que o diabético tipo 2 tem em relação à diabetes e de que forma estas influenciam a vivência da doença no dia a dia;
- Identificar o nível de adesão às actividades de auto-cuidado do diabético tipo 2;
- Analisar de que forma os diabéticos integram a gestão do regime terapêutico na sua vida diária;

- Identificar as dificuldades sentidas pelo diabético na gestão do regime terapêutico;
- Analisar de que forma o suporte social contribui para a gestão eficaz do regime terapêutico;
- Identificar o grau de satisfação do diabético relativamente aos cuidados prestados na consulta de enfermagem, nomeadamente quanto à comunicação/informação;

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

Efectuámos uma abordagem de análise mista, uma vez que o estudo tem duas componentes, uma de carácter quantitativo e outra, qualitativo. A utilização de duas metodologias distintas, pode, de acordo com alguns autores, trazer benefícios na compreensão do fenómeno em estudo, (Carmo e Ferreira, 1998; Fortin, 1999; Pollit, Beck e Hungler, 2004).

Utilizámos como técnicas de recolha de dados: um guião de entrevista semi-estruturado, desenvolvido especificamente para este estudo; e a aplicação de duas escalas: o “*Questionário de Avaliação das Actividades de Auto-Cuidado com a Diabetes*”, versão traduzida e adaptada para Portugal por Bastos e Lopes (2004) da escala “*Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure -SDSCA*” de Glasgow, Toobert, Hampson (2000), que pretende medir a adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes e a “*Escala de Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde – SUCECS₂₆*” de Ribeiro (2003); e a análise dos registos de enfermagem na consulta.

A dissertação apresenta-se dividida em duas partes distintas. A primeira parte pretende efectuar a revisão bibliográfica que sustenta a justificação da realização deste estudo e está estruturada em torno de seis capítulos.

O primeiro capítulo faz uma pequena abordagem à importância que as doenças crónicas têm assumido no panorama da saúde a nível mundial e as suas implicações na capacidade de resposta a nível das organizações de saúde.

O segundo capítulo, enquadra a diabetes enquanto doença crónica, refere dados epidemiológicos, aborda ainda as consequências decorrentes da patologia e as principais

armas de intervenção a nível de plano terapêutico, seja ele farmacológico ou não, chamando ainda a atenção, para a importância que as actividades de auto-cuidado desempenhadas pelo diabético podem ter no controlo da doença.

No terceiro capítulo é dado ênfase a todos os aspectos que dizem respeito ao problema da adesão e gestão do regime terapêutico na diabetes, desde a definição dos conceitos, factores envolvidos, correntes teóricas explicativas do fenómeno, à revelação de estudos sobre esta temática.

Os três capítulos seguintes envolvem questões que estão ligadas com a adesão terapêutica e que assumem particular importância no nosso estudo. Abordamos assim no quarto capítulo a influência que as representações sociais têm nos comportamentos de saúde e doença e nomeadamente na adesão e na gestão do regime terapêutico.

O quinto capítulo pretende fazer uma revisão da literatura sobre o papel e a importância que o suporte social tem nesta problemática e que irá ser demonstrado na apresentação e discussão dos resultados.

O sexto capítulo encerra a primeira parte e pretende enquadrar a importância que os cuidados de saúde e, nomeadamente, os cuidados de enfermagem e a educação terapêutica têm no reforço das capacidades do indivíduo para gerir a sua patologia de forma adequada.

A segunda parte engloba todos os conteúdos inerentes ao estudo empírico e está dividida em três capítulos.

O primeiro capítulo desta parte que corresponde ao sétimo na dissertação, abarca todas as questões metodológicas, desde a problemática aos procedimentos de investigação.

No oitavo capítulo, são apresentados, interpretados e discutidos os resultados encontrados na realização do estudo.

O nono capítulo servirá para tecermos algumas considerações que julgamos importantes para sistematizar os resultados encontrados e dessa forma concluir o estudo.

O percurso efectuado nesta investigação terminará com a apresentação da bibliografia e dos anexos que consideramos importante incluir para melhor se compreender a investigação efectuada, nomeadamente os documentos referentes ao pedido de autorização para a realização do trabalho, a convocatória e o consentimento pedido aos participantes para que colaborassem no estudo e os vários instrumentos de recolha de dados utilizados.

Conscientes que a problemática abordada neste estudo é extremamente complexa, uma vez que envolve inúmeros factores que interagem entre si, temos apenas como desejo que a realização deste trabalho traga alguns contributos para se conhecer melhor o fenómeno na população estudada e que, acima de tudo, seja um contributo para melhorar os cuidados prestados aos diabéticos no Centro de Saúde da Lourinhã.

PARTE I
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. O AUMENTO DAS DOENÇAS CRÓNICAS E A SUA IMPLICAÇÃO NO PANORAMA DE SAÚDE MUNDIAL

“ Mudam-se os tempos, mudam-se os pensamentos ”

Com este capítulo pretende-se chamar a atenção para o peso que as doenças crónicas têm a nível mundial, acarretando graves consequências físicas, psicológicas e sociais.

O capítulo apresenta-se dividido em três sub-capítulos, em que o primeiro revela as alterações que têm surgido no foco de atenção com os problemas de saúde/doença. O segundo sub-capítulo, pretende traduzir o que a literatura apresenta relativamente às implicações que as doenças crónicas têm a nível mundial e o terceiro tem como objectivo, chamar a atenção para a necessidade de se intervir rapidamente nesta problemática, e que, de acordo com a WHO (2003), constitui o grande desafio para todos neste novo século.

Intervir nesta problemática, implica a tomada de medidas ao nível micro (onde se inserem os problemas de interacção com o doente), ao nível intermédio (em que as dificuldades surgem relacionadas com as organizações de saúde e com as relações que estabelecem com a comunidade) e ao nível macro (em que as políticas governamentais são fundamentais).

Assim, é urgente, que se assuma a necessidade de mudança nos cuidados de saúde, mudanças essas, que têm que ocorrer não só nas orientações a nível governamental, mas também a nível das organizações de saúde e do papel que o individuo desempenha nesta problemática.

1.1 Da epidemia infecciosa à epidemia comportamental

As grandes preocupações e as áreas de interesse relacionadas com a interacção entre a saúde, a doença e o homem, não têm sido estanques ao longo do tempo. O pensamento, o conhecimento e as acções desenvolvidas a este nível têm evoluído à medida que as sociedades se têm desenvolvido, numa tentativa de dar resposta às necessidades que vão emergindo de um mundo em constante mudança.

De acordo com Ribeiro (2005a), a primeira revolução a nível da saúde caracterizou-se pela aplicação do modelo biomédico na prevenção das doenças, tendo levado à implementação de medidas de saúde pública como por exemplo a melhoria das

condições sanitárias, da alimentação e do ambiente, que juntamente com a descoberta e a introdução dos antibióticos, permitiram controlar as infecções que vitimavam muita gente.

Acreditava-se que com estas intervenções os problemas das doenças estariam resolvidos. Mas, a partir de meados do Séc. XX verifica-se o aparecimento de uma nova epidemia, denominada epidemia comportamental. Constatou-se que as doenças que mais estavam a contribuir para o aumento das taxas de mortalidade e morbidade eram aquelas que se relacionavam com o comportamento adoptado pelos indivíduos.

Surgiu então a necessidade de encontrar um modelo de intervenção para dar resposta às questões da saúde, que deixasse de se centrar na prevenção e tratamento das doenças (biomédico) para actuar a nível da promoção da saúde. Este passo implicou uma mudança no pensamento e no comportamento dos vários actores que interagem neste processo. Por um lado, os indivíduos e a sociedade em geral, que teriam de estar conscientes da necessidade de modificar os hábitos nocivos para a saúde, por outro, existirem profissionais de saúde que deixassem de encarar a sua missão apenas direccionada para o tratamento e prevenção de doenças para passar a intervir mais a nível da promoção da saúde, através de uma abordagem holística, dada a complexidade do fenómeno em causa. Adjacente a esta mudança teria de estar também o poder político, assumindo um papel fundamental na compreensão da necessidade de criar estruturas que permitam não só tratar as doenças, mas principalmente investir na promoção da saúde das populações, (WHO, 2003; Oliveira, 2004).

Ribeiro (2005a) cita Richmond que já em 1979 referia que 50% das mortes nos Estados Unidos da América são devido a comportamentos inadequados ou ao estilo de vida. Tendo em conta estes dados, a segunda revolução da saúde teria que concentrar esforços em novas concepções e definir novas estratégias de actuação. As grandes epidemias deixaram de ter origem em agentes patogénicos para terem origem no comportamento individual, no comportamento social, nos hábitos e nas interacções entre o comportamento e o meio ambiente.

Para além das questões relacionadas com a mortalidade e a morbidade e dos comportamentos das populações há que ter em conta de acordo com Ramos (1988) citado por Ribeiro (2005a) que outros factores têm tido um papel preponderante na necessidade de alterar a intervenção dos profissionais de saúde. Destacam-se assim, as alterações demográficas devido ao envelhecimento da população, à alteração da dinâmica familiar, bem como, a mobilidade social dos indivíduos e as migrações. Por

outro lado, há ainda a referir que o rápido desenvolvimento da medicina, dos meios de diagnóstico e tratamentos disponíveis, que se verificou a partir do século XX, contribuiu para que ocorresse uma grande mudança a nível dos cuidados e das prioridades a nível da saúde, (Corney, 1996; Couto e Camarneiro, 2002).

Estas variáveis têm então contribuído para uma realidade que tem vindo a preocupar e a dominar as discussões a nível da saúde, que é o aumento das doenças crónicas e as implicações que isso acarreta na vida dos indivíduos da sociedade e nos serviços de saúde.

1.2 Implicações do aumento das doenças crónicas

De acordo com Couto e Camarneiro (2002), o número de doentes com doença crónica tem vindo progressivamente a aumentar especialmente nos países industrializados. Por um lado, o avanço da medicina tem contribuído para que se viva mais tempo, conseguindo controlar a evolução de algumas doenças, por outro lado, a adopção de estilos de vida pouco saudáveis têm contribuído para o aumento de doenças como por exemplo a diabetes.

WHO (2003:4) define doença crónica como:

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

As doenças crónicas caracterizam-se assim, por não terem cura e serem de longa duração, o que obriga os doentes a aprenderem a gerir a sua doença e a necessitar de cuidados permanentes.

De acordo com a WHO (2002:15) as doenças crónicas partilham ainda algumas características que são preocupantes:

- Estão a aumentar em todo o mundo e nenhum país está imune ao impacto causado por estas;
- Representam um sério desafio para os actuais sistemas de saúde no tocante à eficiência e efectividade e desafiam a capacidade para organizar sistemas que supram as demandas iminentes;
- Causam sérias consequências económicas e sociais em todas as regiões e ameaçam os recursos de saúde em cada país;

Podem ser minimizadas somente quando os líderes dos governos e da saúde adoptarem mudanças e inovações.

Groves e Wagner (2005), chamam a atenção para a importância que as doenças crónicas assumem no panorama da saúde a nível mundial, sendo já consideradas actualmente a principal causa de morte e de incapacidade em todo o mundo. Referem ainda dados da WHO (2003), que indicam que as doenças de declaração não obrigatória, incluindo as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, actualmente são responsáveis por 59% dos 57 milhões de mortes que ocorrem anualmente e por 46% da carga global de doença. Com um crescimento vertiginoso, prevê-se que no ano 2020, 80% da carga global de doença nos países em desenvolvimento resulta de problemas crónicos. Os países com baixos rendimentos são os que mais contribuem para o aumento das doenças crónicas, como exemplo, apontam o caso da diabetes que terá aumentado 195% na Índia durante o período de 1995-2005. De acordo com Bugalho e Carneiro (2004) é de esperar que o impacto económico a nível mundial das doenças crónicas vá continuar a crescer até 2020, altura em que representará 65% das despesas da saúde em todo o mundo.

1.3. Intervenção nas doenças crónicas – um desafio para um novo século

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

Segundo a WHO (2002) os sistemas de saúde ainda não possuem um plano de gestão que dê resposta aos problemas decorrentes das doenças crónicas, vivendo ainda centrado na resolução de situações agudas que requerem uma abordagem completamente diferenciada das doenças crónicas. Por este motivo, a Organização Mundial de Saúde elaborou em 2002 um relatório *Cuidados Inovadores para as Doenças Crónicas – Componentes estruturais de acção* com o objectivo de alertar quem tem o poder de decisão, sobre a necessidade de se introduzirem mudanças na saúde que permitam encontrar soluções que levem a uma gestão adequada dos problemas decorrentes das patologias crónicas.

Para que se consiga dar uma resposta adequada aos doentes com patologia crónica, uma vez que o tratamento deste tipo de patologia difere muito do tratamento das doenças agudas, é necessário que os sistemas de saúde consigam alterar as suas políticas e as suas estratégias de intervenção. O poder político, as organizações de saúde

e os próprios doentes precisam de se consciencializarem desta situação, introduzindo uma nova visão das necessidades de saúde.

Actualmente são vários os problemas que surgem nos cuidados de saúde aos doentes crónicos, por este motivo, a WHO (2002) propõe que se analisem estes problemas sob três níveis: micro (paciente); intermédio (organizações de saúde e comunidade); macro (políticas). Estes três níveis influenciam-se e interagem entre si de forma dinâmica.

De facto, os clientes respondem ao sistema do qual recebem cuidados, por sua vez, as organizações de saúde e os recursos da comunidade respondem às políticas que por sua vez, vão influenciar os clientes. Pode dizer-se que um sistema de saúde é eficiente e eficaz, quando estes três níveis funcionam em harmonia, traduzindo-se em maiores ganhos em saúde. Quando os três níveis não estão em consonância geram-se desperdícios e os sistemas de saúde tornam-se ineficazes. Infelizmente, nos dias de hoje ainda é comum observar que não existe consonância no que diz respeito aos cuidados prestados a nível das doenças crónicas.

De acordo com a WHO (2002), ao **nível micro** (problemas de interacção com o cliente), pode considerar-se que existem basicamente de dois tipos de problemas: a falta de autonomia dos doentes para melhorar os resultados de saúde e a fraca qualidade da relação entre o profissional de saúde e os utentes.

Os doentes têm que compreender que são os primeiros responsáveis pela sua saúde, que devem ser participantes activos neste processo, e os profissionais de saúde têm que aceitar que o doente também tem uma palavra a dizer e que não deve ser um mero receptor dos cuidados que os outros consideram ser o melhor para si. Na verdade, os profissionais de saúde continuam ainda a ter muito enraizada na sua prática o modelo biomédico, imposto muitas vezes pela própria organização dos serviços de saúde, que pelas suas características reducionistas não permite intervir e ver o fenómeno de mudança de comportamento de forma abrangente. Não chega fornecer informações sobre a doença e os comportamentos a adoptar, utilizando o modelo tradicional ou paternalista de interacção com o individuo, modelo esse que presume que são os profissionais de saúde que sabem aquilo que é melhor para o individuo e que este deve ficar agradecido por serem os profissionais de saúde a tomar as decisões por si, (Ribeiro, 2005a).

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

De acordo com a WHO (2002), compete às organizações de saúde coordenar a prestação de cuidados e avaliar a sua qualidade, bem como, proporcionar aos profissionais de saúde que fazem parte dessas organizações formação que permita prestar cuidados adequados aos utentes com patologia crónica.

Actualmente verificam-se alguns problemas a este nível que se traduzem na inaptidão para organizar a prestação de cuidados necessários nas doenças crónicas; a falta de formação dos profissionais de saúde nesta área; a não utilização das evidências científicas para orientar os cuidados prestados; falha a nível da prevenção; a não organização dos sistemas de informação e a falta de articulação com os serviços da comunidade.

Ao **nível macro** verificam-se os problemas relacionados com as políticas. De facto, muitos dos problemas referidos até aqui resultam da política instituída na generalidade dos países. É ao nível macro, que são delineadas as políticas e as estratégias de intervenção nas doenças crónicas.

É necessária uma coordenação eficaz ao nível político para que os serviços de saúde funcionem de forma coordenada e eficiente. A WHO (2002), verificou que a nível mundial são poucos os países que possuem planos concertados de intervenção na gestão e na prevenção das várias patologias crónicas.

Constata-se muitas vezes que as políticas e os projectos elaborados para o controlo das doenças crónicas não se baseiam em dados epidemiológicos actualizados e que se baseiam apenas numa intervenção biomédica. Estes projectos muitas vezes apenas valorizam a contenção de gastos, numa perspectiva de tratamento dos problemas agudos, em vez de, valorizar e investir nos objectivos de saúde que a longo prazo trariam benefícios quer para os indivíduos, quer para a economia dos países. Valoriza-se mais as intervenções que incluem fármacos e que utilizam meios tecnológicos em detrimento das intervenções que necessitam de pouca tecnologia, mas que, em contrapartida requerem um maior número de profissionais de saúde e infra-estruturas preparadas para o atendimento e educação das pessoas com patologia crónica.

Verifica-se actualmente, que ainda não existe uma consciencialização séria por parte dos governantes, que a promoção da saúde pode ser um excelente investimento.

2. A DIABETES MELLITUS COMO DOENÇA CRÓNICA

“Para combater a pandemia da diabetes no século XXI todos temos o dever de assumir as nossas responsabilidades”

(Farinha, 2004)

Após a abordagem efectuada aos problemas que envolvem as doenças crónicas em geral, importa pois, conhecer melhor a diabetes em particular.

O presente capítulo, está dividido em cinco partes temáticas. A primeira pretende efectuar a caracterização da diabetes, definindo-a e classificando-a de acordo com a literatura. Seguidamente serão revelados alguns dados epidemiológicos que traduzem bem, o problema de saúde pública que a diabetes constitui actualmente. O terceiro sub-capítulo, pretende abordar as complicações decorrentes da diabetes. Relativamente ao tratamento, referido no quarto sub-capítulo, faremos referência às duas vertentes do tratamento: a terapêutica não farmacológica e a terapêutica farmacológica. Para terminar, será dado destaque no quinto bloco temático, à importância que o auto-cuidado assume no cumprimento do plano terapêutico

Pretende-se deste modo, contextualizar esta patologia que se reveste tanto de complexa para quem a tem de gerir, como de apaixonante para quem a quer compreender.

2.1 Definição e classificação

A história, diz-nos que foi na Grécia Antiga que a Diabetes foi primeiramente identificada, e desde logo, então designada como *Diabetes*. Assim, “(...) *Demétrio de Apamea deu-lhe o nome e Apolónio de Menfis defeniou-a como uma doença do corpo como um aqueduto percorrido por abundante água entrada pela boca e saída como urina.*” (Lisboa, 2002:1)

Hipócrates o *Pai da Medicina Antiga*, ignorou a doença e só passado quatro séculos é que a Diabetes foi definida numa lúcida descrição feita por Areteo de Capadócia, no Séc.II d. C., que refere pela primeira vez a síndrome completa, falando na polidipsia, na poliúria e no emagrecimento, “(...) *porque a carne e os membros se fundem e desfazem na urina.* “ (Lisboa, 2002:2).

O conhecimento sobre a diabetes foi evoluindo e actualmente é definida como:

"(...) um síndrome caracterizado por uma deficiente insulino secreção, relativa ou absoluta, a que se podem associar graus variáveis de insulino-resistência, resultando na hiperglicémia crónica e alterações do metabolismo dos lipídios e proteínas. A hiperglicémia crónica é o principal factor patogénico, responsável não só pelo quadro sintomático clássico (polúria, polidipsia, perda de peso), como também, e ao longo do tempo, pela lesão dos tecidos e órgãos com conseqüente aparecimento das complicações tardias, sobretudo vasculares (Macro e Microangiopatia), que conferem a este síndrome alta mortalidade e morbidade." (Lisboa e Duarte, 1997:43).

A diabetes é considerada uma doença em expansão epidémica, sobretudo nos países em desenvolvimento e industrializados. Esta doença é assim, um grave problema de saúde pública, que envolve custos sociais e económicos. Estes custos estão associados com o aumento da morbidade e mortalidade e também com as despesas de uma vigilância e terapêuticas crónicas. Os custos e sofrimentos pessoais relacionados com as complicações tardias não podem ser quantificados, no entanto, os custos económicos gastos em saúde com esta doença, são actualmente muito elevados, (Duarte, 2002a).

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

É fundamental que se aposte num bom controlo metabólico, tendo como objectivo a prevenção das complicações tardias, porque os benefícios a longo prazo ultrapassam os custos económicos directos das medidas necessárias à prevenção.

A diabetes é uma patologia heterogénea quanto á sua etiopatogenia, por este motivo, a sua classificação tem sofrido alterações ao longo dos anos. A classificação actual é decorrente da evolução científica e faz parte das normas do Programa Nacional de Controlo da Diabetes Mellitus (Direcção Geral De Saúde – DGS, 2000).

Existem essencialmente dois tipos de Diabetes: a **diabetes tipo 1** autoimune, sendo esta, insulino-dependente, e que resulta da lesão das células β do pâncreas, havendo uma deficiência absoluta de insulina. Este tipo de diabetes representa apenas 5-10% de todos os casos de diabetes. Nalguns casos, não se consegue documentar a existência do processo imune, passando a ser denominada por diabetes tipo 1 idiopática.

A **diabetes tipo 2**, que é a forma mais frequente de diabetes, representa 90-95 % de todos os casos de diabetes resulta da existência de uma insulinopénia relativa e está relacionada com a resistência à acção da insulina e hábitos alimentares, tendo uma carga genética muito grande. É o tipo de diabetes no qual recai o nosso estudo.

Na diabetes tipo 2, em que há resistência à insulina circulante, a secreção de insulina está presente, contudo não é utilizada porque não existem ou não estão disponíveis receptores suficientes nas células para a sua utilização, (Couto e Camarneiro, 2002).

A insulinoresistência acontece especialmente em adultos, habitualmente com idade superior a 45 anos e, cerca de 70 a 80% destas pessoas são obesas, sendo a incidência crescente com a idade, e mantêm-se assintomáticos durante anos, sendo o diagnóstico feito com o aparecimento das complicações tardias. É uma situação heterogénea na sua etiopatogenia tal como já referimos, mas independentemente da predisposição hereditária, está associada a factores ambientais, erros ou alterações nos hábitos alimentares, sedentarismo e stress. Devido à sua evolução silenciosa, muitos dos casos são diagnosticados tardiamente ou ficam por diagnosticar, (Lisboa e Duarte, 2002).

A evolução lenta do quadro para a hiperglicémia, leva a que na altura do diagnóstico seja frequente o achado de lesão nos órgãos alvos. Ao desenvolver-se a hiperglicémia, ela vai produzir um efeito tóxico tanto no pâncreas como nos tecidos insulino sensíveis, levando a um ciclo vicioso, fenómeno conhecido como *toxicidade da glucose*. Os diabéticos, durante muito anos, têm níveis altos de produção de insulina, mas com o decorrer do tempo, vão-se tornando insulino-pénicos, podendo necessitar de insulina, não para sobrevivência, mas para controlo metabólico.

No que respeita à diabetes tipo 2, existe uma tipologia particular que se caracteriza por uma diabetes não insulino - dependente, de início em idades jovens e com uma hereditariedade autossómica dominante, sendo este tipo de hereditariedade, a característica mais importante desta forma de diabetes não insulino – dependente. Este tipo é chamado de *Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY)*, (Lisboa e Duarte, 2002).

Pina (2004), revela que as graves alterações nos hábitos de vida dos nossos jovens, resultante da falta de exercício juntamente com os maus hábitos alimentares está a desencadear um aumento da incidência da diabetes tipo 2 em adolescentes e jovens, quando esta tipologia era característica dos adultos normalmente a partir da meia idade.

Gallego (2005a), refere que actualmente a diabetes tipo 2 é uma das doenças crónicas das quais se conhecem factores predisponentes, que permitem identificar grupos de risco nos quais se pode intervir, factores desencadeantes e agravantes sobre os quais é possível actuar com evidente custo-benefício e, no entanto, o número de

diabéticos é cada vez maior, bem como, os custos do seu tratamento e as graves consequências sociais que esta patologia acarreta.

A **diabetes gestacional**, corresponde a qualquer grau de intolerância à glucose, durante a gravidez, (DGS, 2002).

Outros tipos específicos de diabetes foram também classificados e correspondem a situações em que a diabetes é consequência de um processo etiopatogénico identificado, como por exemplo, a doença pancreática.

2.2 Dados Epidemiológicos

A diabetes mellitus tornou-se neste novo milénio, um problema à escala mundial, atingindo milhões de pessoas, considerando-se neste momento "*... a existência de uma epidemia global da diabetes*", (Duarte, 2002a:43).

De acordo com o autor supra citado, na Europa a diabetes é um grave e crescente problema de saúde, um problema de todas as idades e de todos os países. É causa de doenças prolongadas, morte prematura e ameaça para, pelo menos, dez milhões de Europeus. Portugal é dos países da Comunidade Europeia que regista valores mais elevados para as taxas de mortalidade por Diabetes Mellitus. É difícil definir quantos diabéticos existem em Portugal, pensa-se que no ano 2000 existiam cerca de 506 000, estimando-se que em 2010 existam cerca de 532 000, (Caldeira et al, 2003).

Duarte (2002a), diz-nos que é difícil estimar a prevalência da diabetes, pois como é uma doença muitas vezes assintomática, o número de diabéticos conhecidos numa população pode não corresponder à prevalência real da doença. Muito dos dados conhecidos de prevalência em determinadas populações são baseados em rastreios populacionais, onde é habitual serem encontrados em grande número, diabéticos que até aí desconheciam ter a doença. É frequente considerar-se uma prevalência de 4 a 6 % de diabéticos na população portuguesa. A elevada prevalência da diabetes nos grupos etários acima dos 35 anos e o grande número de diabéticos não diagnosticados parecem justificar a necessidade de um rastreio sistemático no sentido de um diagnóstico precoce, pelo menos, nos grupos considerados de risco (familiares de diabéticos, obesos, sobretudo obesidade abdominal, hipertensos, dislipidémias, ou doença cardiovascular familiar e as mulheres com antecedentes de diabetes gestacional).

Dados epidemiológicos de diversos pontos do mundo apontam para uma prevalência da diabetes tipo 2 de 3 a 10%, com uma incidência sempre em crescimento.

Se fizermos a relação da hereditariedade e diabetes tipo 2, verifica-se que a ocorrência de vários casos de diabetes é variável, isto é, há uma agregação familiar, e no caso dos gémeos univitelinos é de 90%, (Duarte, 2002a).

No respeitante à mortalidade, em 2000 o número de óbitos por diabetes foi de 3138 o que corresponde a 3% dos óbitos registados em Portugal. A diabetes é assim a 5^a causa de morte em Portugal, (Ministério da Saúde, 2003). No entanto, de acordo com Duarte (2002a), se as certidões de óbito fossem preenchidas com mais rigor, no que respeita às doenças antecedentes ao episódio fatal, provavelmente a diabetes seria uma das três principais causas de morte a par com as doenças cardiovasculares e as neoplasias.

Lisboa e Pape (2004), referem que a situação a nível mundial é tão dramática que a WHO estima que morrem por ano devido a diabetes 3,2 milhões de pessoas. Verifica-se assim que uma em cada 20 mortes é atribuída à diabetes, ou seja 8700 mortes por dia ou 6 em cada minuto.

2.3 Complicações da diabetes

Com o passar dos anos, os diabéticos podem vir a desenvolver uma série de complicações, que são as principais causas de morbilidade e mortalidade na diabetes.

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

As **complicações agudas** da diabetes são, basicamente, a cetoacidose diabética, o síndrome hiperosmolar hiperglicémico e a hipoglicémia. Todas implicam risco de vida, caso o doente não seja tratado a tempo.

Lisboa e Parreira (1997), referem que cerca de 30-40% dos casos de cetoacidose diabética e 32-60% dos casos de síndrome hiperosmolar hiperglicémico são causados por infeções agudas.

A hipoglicémia é a complicação mais frequente da terapêutica com insulina, especialmente nos diabéticos tipo 1, mas também, pode surgir nos diabéticos tipo 2 tratados com antidiabéticos orais e resulta, tal como o nome indica, numa queda dos níveis séricos da glicemia. Como nos referem André e Gonçalves (2002:219), “A hipoglicémia é definida pela tríade de Whipple: sintomas de hipoglicémia; glicémia inferior ou igual a 50 mg/dl no momento da crise; desaparecimento dos sintomas por ingestão ou administração endovenosa de glicose.”

A prevenção destas situações, consegue-se através de um grande investimento de tempo e saber, na educação e ensino dos indivíduos com diabetes e seus familiares, (André e Gonçalves, 2002; Couto e Camarneiro, 2002).

Para Correia e Boavida (2001), aproximadamente 40% das pessoas com diabetes vêm a ter **complicações crônicas** graves da sua doença. Estas complicações evoluem de uma forma silenciosa. Na diabetes tipo 1, estas aparecem normalmente a partir de 7-10 anos de evolução da doença, ao passo que, na diabetes tipo 2 muitas vezes é o aparecimento de complicações que vai permitir o diagnóstico da doença, (Couto e Camarneiro, 2002).

Segundo Azevedo (2002:17) “São várias as hipóteses para explicar as complicações crônicas da diabetes, mas há hoje uma certa unanimidade em considerar a hiperglicémia mantida como a causa principal.”.

No entanto, é possível reduzir os danos através de um controlo rigoroso da glicemia, da tensão arterial e dos lipídios, bem como, de uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis.

As complicações vasculares são as que resultam em quadros clínicos mais graves, têm uma contribuição decisiva na morbilidade e mortalidade na diabetes e podem ser divididas em complicações micro e macrovasculares.

A **doença microvascular** apresenta uma estreita relação com a duração e a gravidade da hiperglicémia e pode traduzir-se no aparecimento de retinopatia, nefropatia, neuropatia (por alterações metabólicas no nervo) e doença microvascular periférica. Segundo Duarte e Zeller (2002), a **retinopatia diabética** (RD) é citada como a maior causa de perda de visão e de comprometimento visual em adultos, nos países desenvolvidos. A detecção atempada das lesões da retinopatia e o seu tratamento, podem evitar entre 60 a 70% das cegueiras provocadas pela diabetes.

Duarte e Zeller (2002:264), dizem-nos que “...a retinopatia é a causa de mais de 80% dos casos de cegueira devido à diabetes”. Verifica-se que a prevalência da RD é maior na diabetes tipo 1 do que na diabetes tipo 2. No Reino Unido foram efectuados grandes rastreios epidemiológicos, tendo-se chegado à conclusão que a RD pode ter início 4 a 7 anos antes do diagnóstico da diabetes tipo 2, o que deixa antever que a diabetes tipo 2 pode ter o seu início entre 9 a 12 anos antes do seu diagnóstico clínico. Na coorte do estudo UKPDS (*United Kingdom Prospective Diabetes Study*) verificou-se que 36% dos diabéticos tipo 2 apresentavam RD.

A **nefropatia diabética**, caracteriza-se, pela presença de proteinúria persistente (>0,5 g / 24 horas) e por insuficiência renal progressiva. A hiperglicemia mantida durante anos é uma condição necessária, mas não suficiente, para o desenvolvimento e progressão da nefropatia diabética. Não se encontram ainda determinados, quais os factores de risco associados, mas vão sendo sugeridos outros que se encontram em avaliação, tais como: os factores raciais; genéticos; fisiopatológicos; e ambientais. A evolução da nefropatia diabética é lenta e silenciosa, mas nos diabéticos insulín dependentes, no prazo de 5 a 10 anos após o início da proteinúria, atinge-se a fase de insuficiência renal avançada com ou sem síndrome nefrótica. A hipertensão arterial está quase sempre presente e costuma ser de controlo difícil, (Barbas, 2002).

Carvalho e Duarte (2002), referem que no estudo europeu *Eurodiab*, a prevalência da **neuropatia** era de aproximadamente 35% para os diabéticos tipo 2. No entanto, têm sido encontradas variações entre os 28% e os 40%. Num estudo realizado em Portugal, na consulta de triagem de diabetes do Hospital de Santa Maria, foi encontrada uma prevalência elevada de cerca de 40% de diabéticos com queixas relacionadas com polineuropatia periférica em diabéticos tipo 2. Esta complicação acarreta graves implicações a nível pessoal e social, especialmente quando se manifesta pelo desenvolvimento do pé diabético.

Ainda de acordo com os mesmos autores, o **pé diabético** caracteriza-se por alterações tróficas a nível do pé, com a panóplia de feridas e infecções. A perda de sensibilidade que resulta da neuropatia, dá origem a feridas que progridem sem dor o que faz com que o diabético não as valorize. Devido à dificuldade de cicatrização surge o risco de gangrena e a amputação. Segundo Caldeira e Pape (2002:369), “*A amputação de um membro contínua ainda hoje a ser uma das mais temidas complicações da diabetes, e os problemas do pé diabético continuam a ser uma das principais causas de internamento dos diabéticos.*”

As amputações dos membros podem ocorrer também, de acordo com o que dizem Pedro e Fernandes (2002), devido ao facto dos doentes diabéticos apresentarem um risco elevado de **doença arterial oclusiva dos membros inferiores** que parece ser cerca de cinco vezes superior à dos não diabéticos, e que, além disso, tem um carácter clínico de maior gravidade, sofre progressão mais acelerada e surge em idades mais jovens.

O risco de amputação é determinado, não só, pela presença de doença arterial oclusiva, mas também potenciado pela associação de infecções.

A **macroangiopatia**, é multifactorial na sua etiopatogenia, e resulta no aparecimento de doença cardio-cerebro-vascular, e doença vascular periférica. Os factores responsáveis pelo desenvolvimento aterosclerótico no diabético são: a hipertensão arterial, a hiperlipoproteinemia, a hiperinsulinemia, o tabaco, a obesidade, a hiperglicemia, as alterações hemorreológicas, o stress, o sedentarismo, o álcool e os factores genéticos, (Sagreira, 2002; Couto e Camarneiro, 2002; Caldeira et al, 2003).

Mais de metade dos diabéticos sofrem e morrem prematuramente, por **doenças cardiovasculares**. No total esta doença é causa de mortalidade em mais de 80% dos diabéticos do tipo 2, (Caldeira et al, 2003). Segundo a ADA (2003), nos diabéticos, a doença cardiovascular é a principal causa de mortalidade e é também um contribuinte major para a morbilidade e para os custos directos e indirectos desta doença. A diabetes tipo 2, constitui um factor de risco independente de doença macrovascular, e as condições comumente com ela existentes – isto é a hipertensão arterial e a dislipidemia – são também factores de risco cardiovascular. Os estudos clínicos têm mostrado a eficácia da redução dos factores de risco cardiovascular na prevenção e retardamento desta doença.

Segundo Correia e Boavida (2001), a hipertensão arterial é duas vezes mais comum em diabéticos, e aumenta com a idade. A hipertensão e a diabetes são doenças inter-relacionadas que, se não controladas, aumentam o risco de doença vascular aterosclerótica. Não é pois de estranhar que a ocorrência de **acidente vascular cerebral** é duas vezes maior em pessoas com diabetes e hipertensão do que numa pessoa que sofra apenas de hipertensão, (Feldman, 2000).

A **disfunção sexual** é outra complicação decorrente da diabetes que nem sempre é muito valorizada ou abordada, mas que tem um papel importante na qualidade de vida do diabético. De acordo com Jordão e Duarte (2002), é uma das queixas mais frequentes nos homens diabéticos, no entanto, a maioria não o refere de forma espontânea. Pode manifestar-se sob a forma de ejaculação retrógrada ou impotência sexual no sexo masculino e perda do desejo, incapacidade de orgasmo e déficite de lubrificação no sexo feminino. Estas alterações podem ter origem nas lesões dos nervos, mas também, nos vasos sanguíneos. Muitas das disfunções sexuais no diabético não têm origem em lesões orgânicas, mas em questões de natureza psicológica.

Entre 30% e 50% dos doentes diabéticos mal controlados são afectados por problemas de erecção; mas existem hoje formas de tratar muitas destas situações com resultados muitos satisfatórios, (Correia e Boavida, 2001).

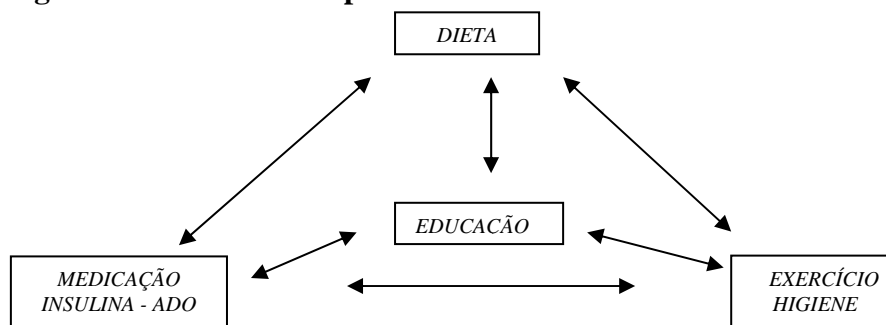
A forma que existe de evitar a instalação de complicações, quer agudas, quer crónicas, é conseguir que o diabético se mantenha controlado pelo maior tempo possível. Para isso, é importante que se criem condições que permitam ao diabético ter oportunidade de gerir a sua doença. A instauração de um plano terapêutico adequado, bem como a motivação do diabético para o cumprir, são armas fundamentais.

2.4 O tratamento da Diabetes

A meta a atingir com o tratamento da diabetes é manter o nível da glicemia o mais controlado possível, evitando assim, a instalação de complicações tardias, (WHO, 2003). No entanto, este é um objectivo que nem sempre é fácil de alcançar, uma vez que, a diabetes é uma perturbação metabólica permanente, mas dinâmica, que está sujeita a variações dependentes da alimentação, do exercício, da medicação hipoglicemiante, do stress e das doenças intercorrentes, (Caldeira, 2002). Deste modo, o diabético que está consciente destes elementos, deve basear a sua actuação na tríade terapêutica (Figura nº 1).

Os três elementos desta tríade, quando presentes, estão interligados e as suas variações reflectem-se no equilíbrio metabólico do diabético.

Figura nº 1- Tríade Terapêutica



Fonte: Caldeira e Osório (2002:79)

2.4.1 Terapêutica não farmacológica

A intervenção inicial de tratamento e controlo da diabetes tipo 2 deve centrar-se na modificação de estilos de vida, essencialmente, baseada na adopção de um regime alimentar que tenha como objectivo atingir o peso ideal, que promova alimentação saudável e correcta nas quantidades dos nutrientes básicos e a manutenção de exercício

físico aeróbico regular, (Cruz, 2005). É fundamental que a adoção destas medidas seja mantida ao longo do tempo no tratamento da diabetes tipo 2.

A mesma autora refere um sub-estudo do UKPDS onde se verificou o fraco sucesso obtido com a intervenção nos estilos de vida, em que, ao fim de 3 meses, apenas 16% dos diabéticos recém diagnosticados e sob regime alimentar e exercício físico adaptado obtiveram glicemias de jejum dentro dos objectivos pretendidos (<110mg/dl).

O grande obstáculo à implementação da terapêutica não farmacológica resulta da dificuldade que os diabéticos têm em alterar os seus comportamentos. Esta mudança só é possível se existir vontade real de alterar esse comportamento, dependendo da sensação de ameaça pessoal (vulnerabilidade percebida) e da confiança em ser capaz de mudar (auto-eficácia), (Cruz, 2005).

A **alimentação** é a base de qualquer programa terapêutico da diabetes e a única constante da tríade terapêutica, (Caldeira, 2002).

Muitas vezes, conseguem-se resultados surpreendentes de controlo da glicemia apenas com a terapêutica nutricional. Diz-nos Samuel (1997), que a maioria dos diabéticos tipo 2 são obesos e por isso o fundamento da terapêutica para esse grupo de doentes é a perda de peso através da restrição calórica com objectivo de obter o peso ideal e o controlo glicémico. Para além da perda de peso a terapia médica nutricional deve ter como principais objectivos, o controlo dos valores da glicemia, reduzindo o risco de complicações, a redução do risco cardiovascular através do controlo de ingestão de lípidos e proteínas e o controlo da tensão arterial, (ADA, 2002a).

Antigamente, o regime alimentar estabelecido para o diabético era extremamente restritivo, tornando-se muito penoso de cumprir, o que levava ao abandono frequente do plano. Com a evolução dos saberes, chegou-se à conclusão que o diabético deve comer de tudo, incluindo o pão, as batatas, a massa, o arroz, que muitos pensavam erradamente serem proibidos. O que é importante é saber dosear as quantidades que são ingeridas. Verifica-se no entanto, que a dificuldade está realmente em saber dosear as quantidades de alimentos que são ingeridos, caindo o diabético no erro frequente de fazer restrições extremas e que apenas são toleradas por pouco tempo, não conseguindo alcançar a alteração de hábitos tão necessária. São fortes as representações que existem relativamente à dieta restritiva que o diabético deve seguir. Citando Caldeira e Osório (2002:79), *“salvo dietas muito restritivas de emagrecimento rápido, o diabético come bem, sabe escolher a sua ementa, em qualquer lugar onde vá comer, respeitará os horários que de acordo com ele, são estabelecidos”*. Actualmente, verifica-se que a

dificuldade em adaptar-se ao regime alimentar não é só da parte do diabético. De acordo com Lima Reis (2006), são os próprios profissionais de saúde que têm dificuldade em aceitar e em lidar com a crescente permissão que devem dar aos diabéticos para gerirem o seu plano alimentar.

É importante que o diabético compreenda a necessidade de retirar da sua alimentação diária os açúcares de absorção rápida, como a sacarose, os sumos, mesmo os naturais, as compotas, os doces, chocolates, etc. No entanto, estes alimentos podem ser consumidos com moderação em dias de festa e sempre como sobremesa. Existem ainda outros aspectos importantes a ter em conta, como evitar o excesso de sal, uma alimentação rica em gorduras e o consumo de álcool. Referem ainda, Caldeira e Osório (2002), que o consumo de álcool só é aceitável nos adultos, sendo permitido ao diabético e, segundo alguns, aconselhável, o uso de 2 dl de vinho tinto por refeição. Contudo, se houver neuropatia, hepatopatia crónica, ou cardiomiopatia, deve ser desaconselhado o seu consumo.

Outro aspecto importante, é o fraccionamento das refeições ao longo do dia, em 6 a 8 refeições. O fraccionamento alimentar tem vantagens: evita a fome e por conseguinte a ingestão excessiva; evita grandes hiperglicémias pós-prandiais; minimiza o risco de hipoglicémia; previne o jejum nocturno que não deve ser superior a 7-8 horas, (Caldeira e Osório, 2002).

No contexto actual da saúde, a alimentação que era definida como dieta para diabéticos, é o que se considera actualmente uma alimentação saudável e que deveria ser adoptada por toda a gente, fazendo parte da prevenção primária de muitas das doenças que derivam de um estilo de vida nocivo para a saúde, (Duarte, 2002b).

Caldeira e Osório (2002), apontam a necessidade de se fazer primeiro um inquérito para que o profissional de saúde compreenda como é que o diabético se alimenta, e é a partir dos seus hábitos fazendo as correcções necessárias que se elabora em conjunto com o diabético o plano alimentar com o objectivo de o ajudar a melhorar a sua dieta.

Existe um erro que é cometido frequentemente, que é fornecer ao diabético uma dieta pré-escrita que depois se verifica ser completamente desenquadrada da realidade do doente, quer a nível do gosto pessoal, da cultura, das posses monetárias, que se vai manifestar pelo insucesso do programa de terapêutico. Assim, o plano alimentar deve ser individualizado para cada diabético.

O **exercício físico** é outro dos elementos da tríade terapêutica, juntamente com a dieta e a medicação, e tem um papel fundamental no tratamento da diabetes.

Tal como já referimos anteriormente, a vida sedentária aliada a uma alimentação errada é um factor desencadeante de obesidade e de doenças tão características das sociedades industrializadas como as doenças cardiovasculares e a diabetes tipo 2.

O exercício contribui para a prevenção primária da diabetes tipo 2, para além de produzir uma sensação de bem-estar físico, psíquico e social, o que leva a combater outro factor de risco cardiovascular que é o stress. Não podemos esquecer que as complicações cardiovasculares são a principal causa de morte entre os diabéticos. Para além destes aspectos, o exercício tem ainda a capacidade de melhorar o controlo metabólico do diabético, (Caldeira e Duarte, 2002).

Samuel (1997), refere que a prática de exercício físico, apresenta efeitos benéficos no controlo da glicemia. No diabético bem controlado, aumenta o consumo de glicose, ou seja, melhora a tolerância à glicose aumentando a sensibilidade à insulina através do aumento do número e afinidade de receptores. Para além deste aspecto, temos que ter em conta que também é consumida uma parte de gorduras o que vai levar a uma perda de peso e diminuir o nível de colesterol das lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e elevar o das lipoproteínas de alta densidade (HDL). Outra das vantagens é diminuir os valores de tensão arterial.

De acordo com a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP) em 2005, não fazer exercício físico é considerado um factor de risco para a doença cardiovascular, equivalente a fumar um maço de cigarros por dia.

A ADA nas suas orientações para 2005 referia que “*as recomendações iniciais sobre a actividade física devem ser modestas, segundo os desejos e as capacidades de cada doente, ser gradualmente crescentes em duração e frequência até 30-45 min de exercício aeróbio moderado 3-5 dias por semana, sempre que seja possível*”, (ADA, 2005:22). Caldeira e Duarte (2002), referem que o exercício deve fazer parte do dia a dia do diabético como parte do tratamento e controlo da diabetes, tendo um papel tão importante como a medicação ou a alimentação.

A APDP (2005) refere que foram realizados alguns estudos que revelaram que a incidência de retinopatia é superior em pessoas com diabetes que tenham uma vida sedentária – 36% em mulheres sedentárias e 48% em homens sedentários, contra apenas 16% em mulheres e homens que praticavam exercício físico.

No entanto, não pode ser esquecido que o plano de exercício deve ser instituído de acordo com as características do diabético e da fase em se encontra na evolução da diabetes para evitar riscos e complicações, (Caldeira e Duarte, 2002; APDP, 2005).

2.4.2 Terapêutica farmacológica

A cura da diabetes mellitus, até agora continua a ser desconhecida, sendo o grande objectivo do tratamento reduzir a hiperglicemia crónica, garantindo o bem-estar e integração familiar e prevenir as múltiplas complicações da doença, agudas e tardias.

Sendo a diabetes mellitus tipo 2 o tipo de diabetes mais frequente na população mundial, têm sido gastos neste século milhões em investigação, com o objectivo encontrar o tratamento adequado a esta situação.

Gallego (2005b), refere que no estudo prospectivo UKPDS verificou-se que dos diabéticos que controlavam a diabetes apenas com dieta e exercício, apenas 25% conseguiu manter um bom controlo (HbA1c <7%) ao fim de 9 anos de evolução da doença. Por este motivo torna-se imprescindível a instituição de terapêutica farmacológica. Verifica-se que grande parte dos diabéticos irá necessitar de terapêutica associada com dois ou mais fármacos, podendo mesmo numa fase posterior, necessitar de insulino-terapia de substituição, de acordo com o grau de perda da função da célula beta pancreática.

No entanto, no actual estado de conhecimentos, a medicação ideal não existe. Toda e qualquer terapêutica medicamentosa que não seja acompanhada de um programa alimentar adequado e de um programa de exercício regular, será votada ao fracasso, com toda a certeza.

A escolha da terapêutica a instituir pelo médico deve ter como base as características clínicas da pessoa com diabetes. Importa pois ter atenção à idade, ao estado psicológico e social, ao peso, à actividade física, e ao perfil glicémico, (Raposo, 1999; Gallego, 2005b).

De acordo com as recomendações da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG) em 2005 o tratamento oral deve iniciar-se quando persistem valores de glicemia elevados mais de 4 a 6 semanas apesar das intervenções no estilo de vida, que devem ser mantidas.

Os antidiabéticos orais comercializados actualmente em Portugal pertencem a três famílias de fármacos.

Os **segregatogos** são aqueles que têm marcada acção hipoglicemiante, actuando directamente no pâncreas, estimulando a secreção de insulina onde se inclui as sulfoniloreias e as metaglinidas. São medicamentos geralmente bem tolerados, com poucos efeitos adversos, no entanto, o principal problema é poderem provocar hipoglicémias; os **inibidores da absorção** actuam impedindo o passo final da digestão dos hidratos de carbono no intestino, atrasando a sua absorção, atenuando assim os picos das glicémias pós-prandiais. Têm como efeitos adversos o enfartamento, meteorismo, flatulência, efeitos esses, que podem ser minorados com o cumprimento do programa alimentar proposto, no que respeita aos hidratos de carbono e uma adaptação progressiva da dose, fazem parte deste grupo os inibidores das alfa-glucosidades - Acarbose; os **sensitizadores** são aqueles que apresentam uma acção directa nos tecidos insulino-dependentes, como o fígado, o tecido adiposo e os músculos. Deste grupo fazem parte as Biguanidas e as Tiazolidionas. O maior risco do uso deste tipo de medicamento é a acidose láctica. Provocam também alguma intolerância gastrointestinal, devendo ser tomadas no final da refeição, aconselhando-se um esquema de adaptação posológica de modo a diminuir os seus efeitos, (Raposo, 1999; Gallego, 2005b).

Estas três classes de medicamentos, actuam através de mecanismos diferentes, que correspondem a alterações diferentes existentes na diabetes, sendo necessário além de escolher a terapêutica adequada consoante as características da pessoa diabética, existirem cuidados de saúde constantes e um elevado nível educacional. É de extrema importância alertar os doentes diabéticos que a auto medicação é perigosa, (Correia e Boavida, 2001).

Raposo (1999), diz-nos que o antidiabético oral pode não ser eficaz desde a primeira utilização (falência primária dos antidiabéticos orais), ou só após algum tempo de utilização (falência secundária), e neste caso, tenta-se a associação de medicamentos de famílias diferentes, porque, como actuam de modo diferente no combate à diabetes, poder-se-á melhorar a eficácia terapêutica. Caso essa associação não resulte, o doente passará a utilizar a **insulina** em terapia isolada, ou em associação com antidiabéticos orais, chamando-se terapêutica mista, na qual se está actualmente a apostar.

A terapêutica farmacológica usada na diabetes tipo 2 se for utilizada correctamente e em associação com a dieta e o exercício físico, permite que grande parte dos doentes permaneça controlado por um largo período de tempo.

Como refere Nunes-Corrêa (1999), sabe-se hoje, que a causa da deterioração progressiva do controle metabólico, apesar dos cuidados, quer dos profissionais de saúde, quer do doente, tem a ver com as reservas pancreáticas que vão diminuindo progressivamente e, a partir de certa altura os comprimidos já não são capazes de as estimular, ficando assim o organismo com uma carência considerável de insulina.

A insulina, é fundamental para a sobrevivência, porque sem ela, os alimentos não são metabolizados para produção de energia essencial para a vida. O mau controlo metabólico, embora não mate a curto prazo, tem a médio e longo prazo, acções muito prejudiciais que, podem pôr em risco funções importantes como a visão, a função renal e até a própria vida como já referimos anteriormente. Estudos feitos nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha, demonstraram que a saúde e a longevidade dos diabéticos estão directamente dependentes de uma boa compensação metabólica, com glicemias o mais próximo possível do normal, (Nunes-Corrêa,1999).

Referindo ainda o mesmo autor, quando se assiste à falência das células pancreáticas, é proposto ao diabético o tratamento insulínico, dado os comprimidos não estarem a exercer o efeito esperado, mas normalmente a reacção, é sempre, ou quase sempre negativa; ideia que existe pelo facto de, o doente, muitas vezes não ter praticamente sintomas, embora as glicemias estejam sempre elevadas.

No entanto, verifica-se que quando inicia a insulino terapia o diabético,

"(...) consegue muitas vezes uma melhoria considerável do controle metabólico, que se traduz no bem estar (...), a tal ponto, que muitas vezes, é ele próprio que reconhece que se sente muito melhor (...) e que a insulina é mais fácil de administrar, melhorando de tal maneira as forças e o bem estar, que é o próprio doente que reconhece que é preferível mantê-la a ter que voltar a tomar os antidiabéticos orais." (Nunes-Corrêa, 1999:12)

Apesar de hoje em dia se conhecer bem a diabetes tipo 2, as armas terapêuticas ao nosso dispor são escassas e não respondem individualmente de modo suficiente às necessidades e especialmente às expectativas, quer dos profissionais quer dos diabéticos. A grande aspiração, seria encontrar o medicamento ideal com o qual se possa comer tudo e não fazer exercício, (Raposo, 1999).

2.5 Auto-cuidado – a pedra basilar no controlo da diabetes

O plano terapêutico na diabetes nunca terá sucesso se não houver uma participação activa do diabético.

Actualmente, e de acordo com a WHO (2003), o auto-cuidado, protagonizado pelo próprio diabético, assume um papel central no tratamento da diabetes. O auto-cuidado implica que o indivíduo vigie e responda activamente aos factores ambientais e fisiológicos, tendo a capacidade de efectuar os ajustes necessários a um bom controlo metabólico e assim evitar o aparecimento de complicações.

Anderson e Funnell (2002), referem que 98% dos cuidados que a diabetes requer são da responsabilidade do próprio diabético.

Efectuar a auto-vigilância da glicemia, ajustar o consumo de alimentos, especialmente os hidratos de carbono, para satisfazer as necessidades diárias, ajustar o consumo de medicamentos e efectuar correctamente a sua toma, praticar actividade física regular, prestar cuidados aos pés, fazer uma vigilância de saúde periódica e outros comportamentos, como a higiene cuidada da pele e dentes e o uso de roupa adequada são as actividades de auto-cuidado pedidas ao diabético.

Todas estas actividades têm como objectivo alcançar algumas metas no controlo da diabetes.

Assim, podemos considerar que nenhum diabético está bem tratado sem um estado de nutrição adequado. O **peso corporal** é uma medida muito importante na vigilância e controlo da diabetes e, as suas variações dão indicações para a necessidade de ajuste do regime alimentar. Grande parte dos diabéticos tipo 2 são obesos devendo instituir-se um regime alimentar adequado ao emagrecimento. Como refere Duarte (2002c:62),

“(...) a medição do peso deve ser feita pelo próprio diabético em condições standard, idealmente na sua própria casa, na mesma balança (...). A pesagem deve ser regular: uma vez por semana ou, nalguns casos especiais em que se institui uma dietoterapia agressiva, diária.”

A avaliação do **Índice de Massa Corporal** (IMC), que se obtém através da razão entre o peso e o quadrado da altura, é uma forma de facilmente se identificar se o diabético tem ou não o peso recomendado. Quando o IMC é superior a 25 considera-se que o indivíduo tem peso excessivo, e se for superior a 30 é obeso. Duarte (2002c:62),

refere que “(...) dos diabéticos tipo 2 (...) mais de 70% são obesos ou têm peso excessivo. Nestes diabéticos, a primeira terapêutica é o emagrecimento (...)”.

A avaliação do **perímetro abdominal**, deve fazer parte da auto-vigilância, pois existe uma estreita relação entre a obesidade central tipo andróide, a hipertensão, a dislipidemia e a insulinoresistência. Considera-se que existe risco elevado quando o perímetro abdominal nos homens é superior a 102 cm e nas mulheres superior a 88 cm, (ADA, 2005 citado por APMCG, 2005).

A medição da **tensão arterial**, é um parâmetro muito importante, já que, a hipertensão constitui um importante factor de risco nas doenças cardiovasculares, agravado quando associado à diabetes.

Tendo em conta o peso que a hipertensão arterial tem na progressão e instalação de complicações na diabetes é aceite como ideal um limite máximo de tensão arterial de 130/80 mmHg para os indivíduos com diabetes, (Matos, 2001; Caldeira et al, 2003; DGS, 2004; APMCG, 2005).

Duarte (2002c), diz-nos que uma das maneiras de avaliar o nível de açúcar no organismo é através da **glicosúria**, que actualmente está um pouco ultrapassado. A glicosúria depende do limiar renal para a excreção de glucose, que habitualmente situa-se nos 180 mg/dl. Há que ter em conta que este método tem limitações, uma vez que o limiar renal varia de indivíduo para indivíduo e até no próprio doente durante a evolução da sua patologia.

O método mais utilizado para vigiar o nível de açúcar no sangue, é a avaliação da **glicémia capilar** através da (auto) punção digital. Nos últimos anos, a ciência tem desenvolvido várias técnicas que permitem ao diabético fazer a sua própria monitorização da glicemia comodamente em casa, no trabalho, etc. Os métodos enzimáticos modernos proporcionam determinações rápidas e eficazes, dando oportunidade ao diabético de ajustar a sua terapêutica com vista à obtenção de valores ideais de controlo glicémico, (Duarte, 2002c). O Quadro nº1 evidencia os valores que se consideram os objectivos ideais no controlo glicémico.

Quadro nº 1 – Objectivos do tratamento em relação aos valores de glicemia

	BOM	ACEITÁVEL	MAU
Glicemia em jejum	80 – 110 mg/dl	> 110 ≤ 126 mg/dl	> 126 mg/dl
Glicemia pós – pandrial 2h	110 – 140 mg/dl	> 140 ≤ 180 mg/dl	> 180 mg/dl

Fonte: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (2003:1)

Este método pode ter como limitação a resistência do diabético em aceitar a realização da punção capilar, no entanto, este aspecto pode ser minimizado se se proporcionar informação no sentido do individuo compreender a importância do auto-controlo, da simplicidade de realização do teste e a quase inexistência de dor.

A pesquisa de **cetonúria** e de **cetonémia** é um meio de auto-vigilância de grande interesse, mas com maior relevância na diabetes tipo 1, (Duarte, 2002c).

A obtenção de um bom controlo metabólico pode ser identificado laboratorialmente através dos níveis da **Hemoglobina Glicada A1c** (HbA1c). Esta análise, de acordo com Duarte (2002c:72) diz respeito ao “(...) *nível médio, integrado, das glicemias durante o período correspondente à semivida dos eritrócitos (...) é um precioso meio de avaliação retrospectiva do controlo diabético correspondendo a um período de 2 a 3 meses*”. De acordo com Caldeira (2003), considera-se como objectivo óptimo para o controlo da diabetes valores de HbA1c <6,5-7, razoável entre 7-7,5 e como mau controlo >7,5.

Sagreira (2002), diz-nos que no diabético tipo 2 idoso, o objectivo do tratamento é aliviar sintomas, melhorando a sua qualidade de vida, contribuindo para um bem-estar físico e psíquico, aceitando-se um equilíbrio metabólico satisfatório que concorra para a prevenção de complicações. Nesta faixa etária pode considerar-se como satisfatório glicemias plasmáticas até 200mg/dl e HbA1c até 9%.

Os cuidados aos pés têm uma importância indiscutível na atenção dispensada com a diabetes, uma vez que, 50% das amputações realizadas em diabéticos poderiam ser evitadas se os diabéticos fossem ensinados a prestar cuidados preventivos aos pés, (Vieira, 2001).

Oliveira (2002), refere um estudo efectuado na sala de enfermagem da Unidade de Podologia da Associação Protectora de Diabéticos de Portugal, evidenciando que 81% das pessoas com diabetes apresentam alto risco de vir a desenvolver futuras lesões/amputações a nível do pé, mas que no geral, as pessoas com diabetes sabem quais os cuidados que devem ter para evitarem futuras complicações a nível dos pés.

Na diabetes, a aprendizagem e o treino para uma auto-vigilância e auto-controlo eficaz é fundamental para a preservação da saúde e para uma melhor qualidade de vida por isso, é importante que o próprio diabético ou os seus familiares próximos saibam como fazer essa vigilância.

O papel do profissional de saúde/educador é ajudar o diabético e/ou o seu cuidador, a encontrar o plano terapêutico que melhor se adapte às suas necessidades,

permitindo um auto-cuidado e um auto-controlo eficaz, (Duarte, 2002c). Tudo o que é pedido ao diabético implica um grande esforço, quer por parte do indivíduo quer dos seus cuidadores, devendo por isso, resultar de uma grande partilha e de um trabalho individualizado entre o diabético/família e o profissional de saúde.

Heisler (2005), sintetiza o que se pretende em termos de auto-cuidado e auto-gestão numa patologia crónica: cumprir o plano terapêutico a nível da toma de medicamentos, alimentação, exercício e actividades de auto-vigilância; conseguir integrar a vivência da patologia na rotina diária; encontrar estratégias para lidar com o medo, a angústia, a frustração e a depressão causada pela incerteza dos efeitos da doença no futuro.

3. A ADESÃO E A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA DIABETES TIPO 2: ENTRE A UTOPIA E A REALIDADE

*“ Não é por as coisas serem difíceis que nós não ousamos,
Mas é porque não ousamos que elas são difíceis”*

(Séneca)

Perante tudo aquilo que foi dito em relação quer à diabetes, quer ao tratamento, e à necessidade de auto-cuidado e auto-controlo que a patologia requer, não será de estranhar a dificuldade que as pessoas com diabetes terão em lidar com a sua situação clínica e aderir ao tratamento proposto.

Uma vez que o presente estudo tem como grande tema a adesão e a gestão do regime terapêutico na diabetes, dividiu-se este capítulo em cinco blocos temáticos. Começaremos por fazer uma abordagem ao que se entende por adesão e gestão do regime terapêutico e às consequências que a não adesão ao regime terapêutico tem na saúde dos indivíduos e a nível social e económico. Seguidamente, no segundo sub-capítulo far-se-á referência a alguns estudos que têm traduzido o nível de adesão ao regime terapêutico, nas doenças crónicas e na diabetes em particular. O terceiro sub-capítulo pretende efectuar uma reflexão sobre os factores implicados no processo de adesão, uma vez que são estes factores, que vão em grande parte, condicionar o sucesso ou insucesso da adesão ao plano terapêutico. São várias as teorias que ao longo do tempo têm surgido na tentativa de explicar os comportamentos dos indivíduos e o que os leva ou não a aderir a determinada terapêutica. Este assunto é abordado de forma sintética no quarto sub-capítulo, uma vez que são muitas as teorias e poderia tornar-se maçador abordar individualmente cada uma delas. O último sub-capítulo, foca a dificuldade que existe em investigar e medir a adesão terapêutica. Esta dificuldade pode derivar do facto da não adesão terapêutica ter uma origem multifactorial, ser subjectiva e de não existirem “gold standard” que definam o que medir e como medir.

3.1 Em que consiste a adesão e a gestão do regime terapêutico

Uma das grandes dificuldades que se coloca aos indivíduos com diabetes prende-se com a capacidade para gerir de forma eficaz o regime terapêutico proposto. Esta dificuldade, como veremos pormenorizadamente mais adiante é sustentada por inúmeros factores. Para além da complexidade do tratamento concorrem neste processo outros componentes importantes como as representações individuais da doença, as

crenças, a aceitação do diagnóstico, a personalidade, as estratégias de coping, a relação estabelecida entre o profissional de saúde e o diabético são alguns dos inúmeros factores que podem interferir neste processo, (Glasgow et al 1997; Joyce-Moniz e Barros, 2005). O processo parece ser tão complexo que já em 1976 Haynes identificou mais de 200 variáveis que podem estar relacionadas com a adesão e a gestão do regime terapêutico na diabetes, (Schoeller, sd).

Face a uma situação de patologia crónica, como a diabetes, que implica frequentemente alterações dos esquemas/hábitos de vida, as pessoas nem sempre têm a capacidade de integrar essas alterações de forma eficaz na sua vida diária. Essa dificuldade pode resultar em riscos para a saúde e na instalação de complicações decorrentes da doença.

Importa pois definir em que consiste a gestão e a adesão ao regime terapêutico. Assim, de acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiras e a Versão beta 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP), em 2002, gerir o regime terapêutico deve traduzir-se para os diabéticos, num comportamento de adesão com características específicas que implica, cumprir um programa de tratamento da doença e das suas complicações, executar actividades que devem ser satisfatórias para atingir os objectivos de saúde, tratamento ou prevenção da doença na vida diária.

A WHO em 2003 definiu adesão terapêutica como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida corresponde às recomendações veiculadas pelo profissional de saúde. A adesão conceptualiza-se assim, como um comportamento activo e voluntário do indivíduo, no tratamento da sua patologia, após o acordo e partilha de responsabilidades com o profissional de saúde. Hertinen (1987) citado por WHO (2003), descreve a adesão ao auto-cuidado como um processo activo, responsável e flexível, no qual o individuo se esforça por atingir um bom nível de saúde trabalhando em estreita colaboração com os profissionais de saúde, em vez de se limitar a seguir as regras rígidas que lhe são impostas.

Por outro lado, e de acordo com Ley (1997), a não adesão pode ser definida como o não seguimento por parte do doente, dos conselhos dados pelos profissionais de saúde. Podem ser distinguidos dois tipos de não adesão: a não adesão não intencional, relacionada com problemas de capacidade do doente para cumprir a terapêutica e a não adesão intencional, em que estão na base problemas motivacionais que vão influenciar todo o processo. Joyce-Moniz e Barros (2005), chamam ainda a atenção para a não

adesão criativa, que corresponde às situações em que o doente modifica ou sabota o tratamento prescrito, especialmente a nível dos medicamentos, alterando a quantidade, a frequência e/ou a duração do tratamento.

A gestão ineficaz do regime terapêutico com a conseqüente não adesão, acarreta graves conseqüências a nível da saúde pública, manifestando-se no aumento da incidência e da prevalência de várias patologias. A WHO em 2003 referia que a adesão é um importante indicador da efectividade dos serviços de saúde.

3.2 A adesão ao regime terapêutico em números

Nos países desenvolvidos calcula-se que o grau de adesão à terapêutica nas patologias crónicas seja apenas de 50% e nos países sub-desenvolvidos e em vias de desenvolvimento este número é ainda mais baixo (Bugalho e Carneiro, 2004; Haynes, 2006). Bennett (2002), refere que a adesão a qualquer tipo de tratamento que implique algum grau de escolha é muito reduzida. Refere ainda que apenas 60% dos doentes manifestam disponibilidade de seguir totalmente o tratamento proposto e que este número vai reduzindo à medida que aumenta a complexidade do tratamento. Estes dados estão de acordo com algumas estatísticas norte americanas que referem que a média da não adesão ao tratamento é de cerca de 40%, (DiMatteo, 1985 citado por Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Os mesmos autores citam ainda Cluss e Epstein (1985), para referir que: a média de adesão para a prescrição de medicamentos para prevenir doenças, era de 60%, tanto para tratamentos a curto como a longo prazo; 78% para adesão ao tratamento de doenças agudas e 54% para as doenças crónicas.

Têm sido desenvolvidos alguns estudos que demonstram que 6 a 20% dos doentes não haviam as receitas e que 30 a 50% não cumprem o esquema proposto atrasando ou omitindo doses. Estima-se que nos Estados Unidos da América a não adesão terapêutica pode ser responsável por 125.000 mortes por ano.

Não pode ser descurado que o confronto com a doença crónica pode ser um processo difícil e condicionar a adesão terapêutica. Este processo de aceitação e confronto com a doença, passa muitas vezes pelas fases de choque, negação, adaptação e reorganização, sabendo-se que a fase de adaptação, pelos seus efeitos prolongados é a que acarreta maiores dificuldades. Por este motivo, Barros (1999) citado por Couto e Camarneiro (2002:74) refere que *“a adaptação à doença crónica é um processo contínuo e dinâmico com fases de maior equilíbrio e maior aceitação e outras de maior*

ansiedade, revolta ou depressão que segue padrões individuais dificilmente generalizáveis”.

Os moldes em que a doença é vista no contexto cultural em que o indivíduo está inserido, é fundamental para o desenrolar da vivência da doença. As mudanças a nível de hábitos e comportamentos vão ter repercussões a nível individual, familiar e social. Muitas vezes as perturbações na organização do quotidiano, nas relações interpessoais com a família e com outras pessoas que lhes estão próximas, assumem um papel mais importante do que os aspectos que se relacionam com a parte médica, (Silva, 2004).

A nível da diabetes especificamente, Boavida (2006) aponta vários estudos que traduzem a fraca adesão. A adesão a todas as medidas propostas no tratamento da diabetes é em média de 7%, (Ibidem e Schoeller, sd). Vendo especificamente cada componente do plano terapêutico, verifica-se que em relação às injeções de insulina a adesão varia entre 20 a 80%, e nos antidiabéticos orais a adesão foi de 75%, sendo que a omissão de doses representam a forma mais prevalente da não adesão, (Pães, 1997 citado por OMS, 2004). No programa alimentar a média é de 65% tendo sido identificados estudos que vão dos 20 aos 70%, (Boavida, 2006). Num estudo realizado na Índia apenas 37% dos diabéticos seguiram as recomendações relativamente ao plano alimentar, (WHO, 2003). O plano de exercício tem uma adesão que varia entre 19 e 30%, (Boavida, 2006). Um estudo que avaliou as atitudes e a adesão dos diabéticos que tinham frequentado um programa de educação terapêutica, revelou que apenas 52% fizeram exercício três ou mais vezes por semana, (WHO, 2003). Em relação à auto-vigilância da glicemia encontram-se resultados que vão dos 57 aos 70%, no entanto, há a referir que 74% apresentam resultados a mais do que realmente avaliaram e 30% dão resultados falsos, (Boavida, 2006). Raposo et al (2004) também confirmam estes resultados, revelando falhas a nível da monitorização da glicémia e da auto-administração de medicamentos, apresentando também resultados francamente piores quando se trata da adesão às propostas que implicam mudanças de estilo de vida como os hábitos alimentares e a prática de exercício físico.

De acordo com Afonso et al (2006), a adesão ao plano alimentar conta com três tipos de obstáculos: características do próprio doente, factores relativos ao meio envolvente e problemas ao nível da prescrição do plano alimentar.

A autora salienta assim, que relativamente às características do doente e ao meio envolvente importa ter em atenção: as representações individuais acerca dos alimentos ou do plano proposto; a falta de informação; a falta de suporte familiar e dos amigos;

distúrbios de ordem psicológica podem levar a comer mais do que seria necessário; a dificuldade em controlar as quantidades, especialmente quando se come fora (come-se mais 40% do que em casa); sentir que não se pode comer o mesmo que as outras pessoas; pensar que o plano alimentar pode ser interrompido apenas por poucos dias, traduzindo-se muitas vezes num abandono continuado; e por último, factores de ordem económico e cultural podem condicionar a adesão à alimentação.

Não menos importante, são os aspectos relacionados com a prescrição do plano alimentar e a este nível os profissionais de saúde têm uma grande responsabilidade. É necessário por isso ter atenção: às dietas padronizadas e monótonas; à prescrição de planos não adaptados às características individuais do doente; ao não envolvimento do doente na elaboração do plano; ao estabelecimento de objectivos demasiados ambiciosos ou pouco realistas; ao estabelecimento de diferentes objectivos por parte de diferentes membros da equipa e o não prestar informação adequada sobre o plano alimentar e os objectivos a atingir.

Um estudo efectuado na APDP em que se pretendeu avaliar as dificuldades sentidas relativamente ao cumprimento do plano alimentar, foram identificadas algumas categorias que estão de acordo com o que foi dito anteriormente: as dietas prescritas são muito complicadas; é difícil comer diferente dos outros; pouco apoio social, especialmente sentido pelas mulheres com diabetes; comer de mais quando surgem problemas, também mais evidente nas mulheres; e a dificuldade em cumprir os horários manifestado mais pelos homens, (Afonso et al, 2006).

O processo de adesão, tem assim, também, altos e baixos, podendo existir alturas em que o indivíduo está mais disponível para alterar os seus comportamentos, porque por exemplo sentiu a sua integridade física ameaçada, e cumpre todo o tratamento na integra. Este período pode ser seguido por outros em que por razões de falta de apoio, alteração do seu estado psicológico, perda do sentimento da ameaça que a doença lhe causava deixa de aderir à terapêutica, etc. São vários os factores que podem interferir e fazer com que o nível de adesão num individuo não seja estanque, (Brooks, 2005).

Glasgow e Anderson (1999), referem que devido a esta complexidade a adesão do diabético não deve ser avaliada em termos de sucesso ou insucesso mas sim numa perspectiva de continuum que vai sofrendo alterações ao longo do tempo.

3.3 A interação dos factores implicados

Podemos assim referir, que o problema da não adesão e a ineficácia da gestão do regime terapêutico tem uma origem multifactorial.

A forma como é encarada a participação do doente no tratamento proposto, reflecte-se na forma como são discutidos na literatura os factores relativos à adesão. Esta análise varia entre a tentativa de compreensão das crenças e valores subjacentes à saúde, à doença e ao tratamento, até à identificação da não adesão como um comportamento anormal, considerado desviante e irracional. Neste caso atribui-se a culpa da não adesão à ignorância dos doentes ou dos seus cuidadores, sobre a importância do tratamento, à pouca escolaridade da população, ou como simples desobediência às *ordens médicas*, (Leite e Vasconcellos, 2003).

Numa tentativa de identificar os agentes que podem interferir neste processo, a WHO (2003), reconheceu cinco grupos de factores. São eles: factores sociais, económicos e culturais; factores relacionados com os profissionais e serviços de saúde; factores relacionados com a doença de base e co-morbilidades; factores relacionados com a terapêutica prescrita; e factores individuais relativos ao doente.

Relativamente aos **factores sociais, económicos e culturais** que influenciam a gestão do regime terapêutico, Bugalho e Carneiro (2004) referem que devem ser tidos em linha de conta, aspectos como a pobreza, o status sócio-económico, o analfabetismo, o desemprego, a instabilidade habitacional, o suporte social, o alto custo dos transportes e da medicação, a longa distancia dos centros de tratamento e as crenças e costumes dos doentes. Estes factores podem colocar os doentes em situação de desvantagem, levando à necessidade de estabelecer prioridades que podem não ser a adesão aos tratamentos.

Os comportamentos de auto-cuidado pedidos ao diabético, ocorrem num contexto que está sempre em mudança, se tivermos em conta a mudança de local, o trabalho, o estar em público ou em privado, sujeitando o diabético a diferentes exigências e prioridades. Estas mudanças obrigam a ajustes contínuos no seu comportamento. É muitas vezes exigido que o diabético dê prioridade aos cuidados com a diabetes em detrimento de outros aspectos da sua vida diária, o que por vezes dificulta o processo de adesão. Actualmente com a situação precária a nível do emprego, é frequente surgirem este tipo de dilemas, (WHO, 2003).

Os factores ambientais são importantíssimos relativamente à adesão ao plano alimentar, uma vez que, de acordo com Schlundt et al (1994) citado pela WHO (2003), muitas vezes, existe pressão social para os excessos alimentares, e os diabéticos referem

dificuldade em integrar o plano alimentar na sua rotina diária. Aspectos como comer fora, actos sociais, resistir à tentação, pressão cronológica etc., são factores muitas vezes difíceis de gerir.

Por outro lado, o isolamento social pode também condicionar a adesão ao plano terapêutico. É frequente verificar que os indivíduos, especialmente os idosos, que vivem sozinhos alimentam-se pior e cometem erros de medicação com mais frequência, (Ownby, 2006). O suporte social assume aqui um papel preponderante.

Os aspectos que se relacionam com o suporte social e com os aspectos culturais serão abordados mais à frente neste trabalho com pormenor.

Em relação aos **factores relacionados com os profissionais e serviços de saúde**, Bugalho e Carneiro (2004) referem que os sistemas de saúde são deficientes nesta área devido a: insuficiente distribuição da medicação; ausência de conhecimento e educação dos profissionais de saúde em relação a patologias crónicas específicas; escasso tempo dispendido nas consultas; pouca disponibilidade para o seguimento dos doentes; falta de incentivos; incapacidade para avaliar o grau de adesão e a repercussão nos indicadores de saúde. Todas estas condicionantes assumem uma importância considerável e interferem com a adesão ao tratamento.

De acordo com Anderson (2006) o problema da não adesão a maioria das vezes não está do lado do doente nem do profissional de saúde, mas sim no próprio sistema de saúde.

Outro dos aspectos que tem grande importância neste grupo de factores é a qualidade da relação estabelecida entre o profissional e o doente, nomeadamente o que diz respeito à comunicação e à satisfação com os cuidados prestados. Mais adiante discutiremos este aspecto com pormenor.

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

Em relação aos **factores relacionados com a doença de base e co-morbilidades** verifica-se que a gravidade dos sintomas, a progressão da doença, a deficiência/incapacidade/desvantagem geradas, a disponibilidade de terapêuticas

eficazes e a existência de patologias concomitantes com a doença de base podem alterar a adesão à medicação.

A diabetes tipo 2 tem como característica, poder ser assintomática durante vários anos. Com a toma da medicação inicialmente prescrita (ADO) ou simplesmente o controlo da doença através da alimentação e do exercício, o diabético pode manter-se controlado, fazendo crer ao próprio que a doença não tem gravidade e que até pode ser uma condição passageira. Este aspecto pode de acordo com Ruas (1993), fazer com que o diabético abandone o tratamento, agravando o avanço das complicações decorrentes da diabetes.

Sabe-se actualmente, que os níveis de adesão são francamente menores nos doentes com patologia psiquiátrica provavelmente devido ao isolamento social e alteração das capacidades cognitivas que os caracterizam, (Bugalho e Carneiro, 2004). Os indivíduos com diabetes sofrem frequentemente de perturbações emocionais, e de acordo com Amaral (1997), estas iniciam-se normalmente no momento do diagnóstico e podem prolongar-se, podendo mesmo levar a estados depressivos. Lidar com a doença é complicado, levando a estados emocionais particulares, mas vai depender muito da vivência da própria “doença” e do “*ser doente*”, (Couto e Camarneiro, 2002).

Lo (1999) identificou num estudo vários factores que afectavam o sucesso da adesão à terapêutica em diabéticos insulino-dependentes e verificou que o stress era uma dos factores principais. Este factor era associado à vivência da diabetes enquanto patologia crónica.

Os **factores relacionados com a terapêutica prescrita** derivam da complexidade do regime terapêutico, da sua duração, dos insucessos prévios de obtenção de benefícios da terapêutica, de alterações frequentes no esquema terapêutico, da ausência imediata de melhoria clínica e de efeitos secundários à medicação contribuindo para uma baixa taxa na adesão terapêutica, (Bugalho e Carneiro, 2004).

Vários estudos têm demonstrado que quanto mais simples é o esquema terapêutico mais elevada é a adesão à terapêutica. Brooks (2005), refere um estudo efectuado a 12000 diabéticos tipo 2 que revelou que a adesão ao tratamento com anti-diabéticos orais aumentou à medida que as doses diárias de tratamento diminuíram. A dose única diária foi associada a um grau mais elevado de adesão e a um melhor controlo metabólico do que as dosagens de duas ou três tomas diárias. Os efeitos secundários relativos à toma de medicamentos, também podem condicionar a adesão terapêutica. Como já referimos anteriormente, a terapêutica farmacológica na diabetes

não é isenta de efeitos secundários, as hipoglicémias, o aumento de peso, o mal estar gastro-intestinal são alguns dos efeitos mais comuns e que levam muitas vezes o diabético a abandonar ou a alterar o tratamento proposto, (Duarte e Caldeira, 2003; Gallego, 2005b).

Em relação aos **factores individuais relativos ao doente**, é de salientar a idade, o sexo, a ausência de informação e de conhecimento/educação dos doentes relativamente à sua doença, a diminuição da motivação e da confiança no tratamento, a ansiedade inerente à toma dos fármacos, a incapacidade em manusear o esquema terapêutico, a ausência de percepção da necessidade do tratamento, o medo da dependência ou a discriminação, interferem igualmente no cumprimento do regime terapêutico, (WHO, 2003; Bugalho e Carneiro, 2004).

Os adultos com mais de 50 anos têm com frequência várias doenças crónicas em simultâneo, e conseqüentemente têm necessidade de tomar múltiplos medicamentos, o que dificulta a gestão do regime terapêutico, (Murray et al, 2004). Os mesmos autores referem que relacionados com a idade e com adesão terapêutica estão factores como a visão, a audição, a memória, o apoio social e os aspectos económicos.

Esposito (1995), refere que os idosos são os maiores consumidores dos recursos e dos cuidados de saúde. Nos EUA, cerca de um terço das 1.5 biliões de prescrições médicas são direccionadas a indivíduos com mais de 65 anos e que 200.000 idosos são hospitalizados devido a reacções adversas à medicação ou à toma errada de medicamentos. Este facto, implica que este grupo etário seja alvo de atenção redobrada no que diz respeito à implementação de medidas que fomentem a adesão à terapêutica prescrita. Nos idosos verifica-se frequentemente que a não adesão não é intencional, resultando sim, de factores como a falta de apoio, o analfabetismo, a confusão mental etc.

No entanto, no que se refere à idade a literatura não é muito conclusiva, se por um lado a idade pode condicionar a adesão devido a limitações como a falta de memória etc. por outro lado, o facto dos idosos terem mais tempo disponível, ou perceberem com mais eficácia a gravidade da doença que trará a morte mais cedo, faz com que adiram mais ao tratamento proposto, (Ownby, 2006). A este propósito, podemos referir o estudo de Sousa (2003), sobre os conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2, que concluiu, que os diabéticos idosos aderiam mais ao plano alimentar que os diabéticos mais jovens.

De acordo com Hesbeen (2001), a natureza do projecto de vida de cada pessoa, a percepção que tem da sua afecção e do seu futuro, a sua vontade de se curar, que não se consegue por imposição, são elementos importantes na sua motivação para aderir ao plano terapêutico.

Também Nascimento do Ó e Loureiro (2006) dizem-nos que um dos aspectos que pode explicar o processo de adesão terapêutica é a motivação pessoal, que é considerada fundamental quando se pretende uma mudança de comportamentos e a sua manutenção. O facto de o diabético não se sentir motivado para aderir ao regime terapêutico é uma das causas citadas para a desistência, para o insucesso, recaídas e outros resultados menos positivos. Num estudo que pretendeu avaliar a motivação e o suporte para a autonomia concluiu que, os diabéticos que mantinham uma relação com os profissionais de saúde que potenciava a sua autonomia efectuavam a auto-vigilância da glicemia de forma mais regular e apresentavam valores de HbA1c mais controlados, (Williams et al, 1998). A motivação foi também identificada como factor preditor da perda de peso e da sua manutenção tão importante no controlo da diabetes, (Williams et al, 1996).

Tendo em conta a variedade de factores implicados no processo de adesão ao regime terapêutico que aqui foram abordados, é peremptório que os profissionais de saúde os saibam reconhecer, para que possam intervir de forma concertada.

3.4 Compreender o comportamento de adesão – As correntes teóricas

Tendo em conta a panóplia de variáveis que interagem no processo de adesão à terapêutica bem como a dificuldade em explicar as razões que levam ou não o individuo a adoptar certos comportamentos, são várias as teorias que têm sido desenvolvidas na tentativa de dar resposta a estas questões.

De acordo com Ribeiro (2005a:239-240) que cita Leventhal e Cameron (1987), os estudos efectuados acerca da adesão têm sido orientados por uma de cinco correntes teóricas principais:

1) Modelo biomédico - o doente é visto como um mero executor de regimes que devem ser aceites e obedecidos. A não adesão é então encarada como uma perturbação da personalidade do doente;

2) Comportamento operante e teoria da aprendizagem social – estes modelos privilegiam os estímulos ou os aspectos que desencadeiam o comportamento, às

recompensas que reforçam o comportamento, à formação gradual, ou padrão de comportamento e à sua automatização após repetição suficiente. O treino na estruturação do seu meio e na realização de sequências de acções específicas incluem-se no centro dos programas de treino de perícias para realizar o comportamento de adesão;

3) Abordagem comunicacional – este modelo vê o doente como uma pessoa leiga na matéria que procura o conselho do perito e o tratamento, tal como acontece no modelo biomédico. A adesão vai depender de seis factores: a) produção da mensagem, incluindo informação sobre objectivos específicos e o modo de os alcançar, b) recepção da mensagem pelo público alvo, c) compreensão da mensagem, d) retenção da mensagem, e) aceitação ou crença na substância da mensagem, f) acção de adesão;

4) Teoria da acção racional – este modelo sugere que todo o comportamento humano é determinado por um processo de pensamento lógico e objectivo. Através de informação apropriada acerca dos riscos, benefícios e consequências dos vários comportamentos, os indivíduos modificarão as suas acções de modo a preservar a sua saúde. Conhecimentos insuficientes sobre os benefícios ou desvantagens de se envolver ou não nos comportamentos prescritos, podem conduzir a uma fraca adesão. A decisão de aderir ou não aos comportamentos propostos faz-se através do cálculo da relação custo-benefício;

5) Teoria dos sistemas – este modelo vê o indivíduo como alguém que tenta resolver activamente os seus problemas. O seu comportamento reflecte a tentativa de anular ou de reduzir a diferença percebida entre o estado actual e o objectivo final, ou estado ideal. A adesão depende assim, das representações cognitivas que o indivíduo tem do seu estado e dos objectivos a atingir, dos planos para alterar o estado actual e das técnicas e regras para avaliar o progresso.

Um novo modelo, foi proposto por Kristeller e Rodin em 1984 como é referido por Ribeiro (2005a), sob uma perspectiva desenvolvimental que, por um lado é passível de integrar várias teorias e, por outro, parece fazer mais sentido de acordo com a complexidade da intervenção. O desenvolvimento destes estádios pressuporia a adopção de várias fases de cada um dos modelos anteriores. As autoras consideram assim três estádios no processo de participação das pessoas nos cuidados que devem ter consigo próprias:

“- Estádio 1 – Concordância (compliance) – refere-se à extensão em que o doente na fase inicial concorda e segue as prescrições.

- *Estádio 2 – Adesão (adherence) – refere-se à medida em que o doente continua o tratamento com que concordou com uma vigilância limitada, mesmo quando se defronta com situações conflituais que limitam o seguimento do tratamento.*

- *Estádio 3 – Manutenção (maintenance) – refere-se à medida em que o cliente continua a implementar o comportamento de melhoria da saúde, sem vigilância, incorporando-o no seu estilo de vida.” (p.240-241).*

Este modelo considerado bastante completo e actual, pressupõe que o indivíduo aprenda a gerir a sua saúde ou a sua doença até atingir praticamente total autonomia, desenvolvendo o sentido de auto-participação e auto-cuidado, Ribeiro (2005a).

Todas as teorias e modelos explicativos do processo de adesão têm aspectos positivos e negativos, daí que, de acordo com Bugalho e Carneiro (2004), ainda não tenha sido encontrada uma explicação e uma solução isolada e perfeita que aumente os níveis de adesão em todos os doentes e nas diversas patologias. Este facto deve-se possivelmente ao número elevado de variáveis implicadas que afectam a decisão pessoal de aderir ou não ao esquema recomendado.

3.5 Medir a adesão terapêutica

Perante a multiplicidade de factores envolvidos, medir os níveis de adesão terapêutica, é uma das grandes dificuldades com que os profissionais de saúde se deparam. Estas medições caracterizam-se muitas vezes por uma avaliação subjectiva, já que não existem “gold standard” que permitam avaliar os comportamentos de adesão terapêutica, dificultando a sua quantificação e a melhoria da mesma.

Haynes e colegas em 1996 fizeram uma revisão da literatura sobre estudos que pretendiam avaliar a adesão terapêutica e verificaram que as percentagens da não adesão variavam entre 15% a 93%. A grande disparidade entre estes números, demonstra bem as dificuldades que existem em investigar esta questão, (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

A adesão pode no entanto ser medida através de indicadores biológicos, como por exemplo a medição dos níveis séricos, farmacocinética, controlo metabólico etc, através da contagem de medicamentos, através da utilização de questionários standardizados que avaliem comportamentos específicos como por exemplo o auto-relato da frequência alimentar. Bugalho e Carneiro (2004), referem ainda que não existem limites definidos que permitam classificar um doente em função do seu grau de adesão.

Há ainda a considerar que existem alguns obstáculos que põem em causa a medição da adesão e que criam problemas metodológicos nos trabalhos de investigação. Em primeiro lugar não é fácil detectar quem são os doentes não aderentes. Muitas vezes não se utilizam doseamentos séricos, urinários, nem monitorização electrónica para medir a adesão o que poderia trazer algum grau de fiabilidade, mas que mesmo assim, não deixam de ser incorruptíveis. A não utilização destes métodos pode enviesar a quantificação dos níveis de adesão.

De acordo com Joyce-Moniz e Barros (2005:197), não pode ser descurado que *“(...)muitos doentes não têm coragem para afirmar a sua não adesão ao tratamento, e só por observação das suas atitudes de evitamento ou de recusa concreta desse tratamento é que os cuidadores podem aperceber-se das suas verdadeiras significações”*.

De acordo com Bugalho e Carneiro (2004), outro dos problemas consiste na quantificação da adesão, uma vez que, existe uma grande heterogeneidade em relação aos doentes, às patologias, tratamentos e aos trabalhos de investigação.

Em relação à diabetes, vários autores referem que a adesão deve ser medida separadamente para cada componente do regime terapêutico, uma vez que, parece haver uma fraca correlação entre os vários componentes, levando a crer que a adesão não é um constructo unidimensional, (WHO, 2003).

O viés de publicação de trabalhos de investigação é outro dos problemas e resulta do facto de só se publicarem estudos que não apresentem resultados negativos, o faz com que o efeito das intervenções possa ser sobrestimado.

Em relação a aspectos considerados negativos na avaliação da adesão terapêutica, DiMatteo & DiNicola, (1982), House, Pendelton & Parker, (1986) referidos por Joyce-Moniz e Barros (2005), dizem-nos que os profissionais de saúde tendem a usar como justificação para a não adesão, estereótipos relacionados com a personalidade dos doentes, classificando-os de não cooperantes, de terem falta de motivação ou de terem incapacidade para seguir as instruções recomendadas. Outro dos estereótipos, refere-se ao facto de serem os doentes crónicos que aderem menos em comparação com os doentes agudos, (Becker & Rosenstock, 1984; Haynes, 1976 citados por Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Um dos objectivos do aumento da adesão à terapêutica consiste na melhoria da saúde dos doentes, no entanto nem todos os estudos têm em conta este pressuposto, nem fazem esta avaliação. Muitos estudos utilizam diferentes intervenções para verificar se a

adesão aumenta ou não. Aqueles que combinaram estratégias educacionais com estratégias comportamentais tiveram uma ligeira vantagem em termos de eficácia terapêutica.

Era fundamental que se criassem medidas objectivas de avaliação dos benefícios das intervenções. São vários os instrumentos de recolhas de dados sobre a adesão, mas nenhum abrange a totalidade do fenómeno em estudo, (Bugalho e Carneiro, 2004).

4. AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE E DA DOENÇA NA ADESÃO E GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

“ De médico, de sábio e de louco todos temos um pouco ”

Compreender a forma como os indivíduos diabéticos percebem a sua doença, como a verbalizam e quais os comportamentos que têm em relação à adesão e à gestão do regime terapêutico é fundamental para o sucesso da interação entre o profissional de saúde e o utente.

É tendo por base este pressuposto, que desenvolvemos neste capítulo uma reflexão sobre a importância que as representações sociais têm na vivência da saúde e da doença e de que forma essas representações interferem com a adesão e a gestão do regime terapêutico.

4.1 Influência das representações sociais nos comportamentos de saúde e de doença

Devereux (1972) citado por Nunes (1997) e Ramos (2004), refere que, quando se estuda e se quer explicar o comportamento do Homem não se pode fazê-lo só de uma maneira, este deve ser sempre analisado com base noutra sistema de referências, ou seja, um fenómeno humano não pode ser explicada apenas de uma maneira, sob pena de não ser explicado na sua totalidade.

Perceber as representações individuais de doença é fundamental, uma vez que são estas representações que vão determinar o comportamento e as respostas do indivíduo em relação por exemplo à procura de cuidados de saúde, à relação que é estabelecida com os profissionais, à sua adesão aos tratamentos propostos e à execução de tarefas de auto-cuidado.

De acordo com Silva (2004), a noção de representação social ultrapassa assim, os conhecimentos, as crenças, as opiniões e as atitudes, referindo-se à organização mental que abarca todas essas dimensões do pensamento colectivo, dando a conhecer as interações que se estabelecem entre elas e funcionando como o revelador mais integrado da cultura. Mesmo nas sociedades modernas as representações sociais da saúde e da doença assentam ainda nos tradicionais modelos de explicação da doença que resultam do processo de construção sócio-cultural da busca de significados, (Helman, 2003; Silva, 2004; Joyce-Moniz e Barros, 2005). *“A inscrição cultural impregna de sentido a corporalidade e suas manifestações, transformando-as em*

vivências subjectivas que são compreendidas pelos membros de uma mesma cultura à luz dos seus códigos de significação.” (Silva, 2004:85)

Pereira e Silva (2002:35), referem que,

“(...)a partir do momento em que uma pessoa constrói uma determinada crença acerca de algo e a assume como verdadeira, tenderá a interpretar toda a realidade envolvente de forma a validar essa crença, mesmo que isso implique enviesar a interpretação de alguma informação que recebe do meio interno, como por exemplo do seu corpo, ou do meio exterior.”

Joyce-Moniz e Barros (2005) dizem que o processo de adesão terapêutica começa obrigatoriamente com o confronto e aceitação do diagnóstico médico da doença, e da decisão do doente em integrar este diagnóstico ou não, no seu sistema de representações. Se o diabético não aceita que tem uma doença crónica, que vai implicar uma mudança grande no seu estilo de vida e que vai exigir empenho para que a possa gerir de forma adequada, dificilmente adere às recomendações que lhe são propostas. O profissional de saúde deve estar atento, ouvir o que o doente tem para dizer é fundamental para que haja um ajuste entre aquilo que são as representações do profissional em termos de conhecimentos biomédicos e as representações que o doente tem da doença. A incongruência entre as duas perspectivas constitui um grande obstáculo à adesão terapêutica.

Os mesmos autores reforçam ainda esta ideia dizendo que *“para o doente, ouvir a proposta é uma coisa, aceitá-la outra, e implementá-la ainda outra”*, (Joyce-Moniz e Barros, 2005:196)

Em relação às atitudes e às crenças de saúde, Cameron (1996), refere que estas assumem um papel importante na adesão à terapêutica, aparecendo frequentemente associado a factores sócio-demográficos e aos factores relacionados com a inteligência e a personalidade. Bennett (2002) refere que as pessoas parecem ter crenças estáveis acerca dos medicamentos e verifica-se que a maioria tem sobre eles uma perspectiva negativa. Salienta ainda que as crenças acerca da eficácia da terapêutica, podem ser afectadas pelas crenças acerca dos efeitos secundários, levando os doentes a envolverem-se num dilema sobre os custos/benefícios quando têm que fazer escolhas sobre o uso dos medicamentos.

Herzlich (1969) citado por Silva (2004), aponta um estudo em França sobre representações sociais da saúde e da doença referindo que a linguagem sobre a saúde e a

doença é estruturada pela relação entre o indivíduo e a sociedade, sendo um verdadeiro quadro de referência da representação, cuja estrutura assenta em três planos distintos: a própria experiência; as noções que dela dão conta e as normas de comportamento que dela derivam. Refere ainda que a gênese da saúde e da doença é concebida como uma luta entre o indivíduo – saúde – e o modo de vida – doença.

Segundo alguns escritores (D’Houtaud, 1989; Blaxter, 1982; Pill, 1982; Blaxter, 1983) referidos pelo mesmo autor, a visão que os indivíduos têm da saúde varia de acordo com a classe social a que pertencem. As classes trabalhadoras têm uma visão mais negativa, ou seja, entendem a saúde como ausência de doença, e apresentam também, uma perspectiva funcional, ou seja, estar apto para trabalhar. As classes médias apresentam uma visão mais positiva, fazendo referência ao bem-estar e dando importância aos aspectos emocionais como por exemplo a satisfação, a felicidade e a capacidade para lidar com o quotidiano.

Podemos então referir, que a visão que os indivíduos têm da saúde, parece estar condicionada pelo seu contexto social, nomeadamente, pelos papéis sociais e profissionais que representam.

Morgado (1994), refere que a doença, para além de ser uma experiência individual pela qual passam os indivíduos é também um fenómeno cultural, estando dependente das interpretações sociais de uma determinada sociedade.

Kleinman (1980) citado por Silva (2004) diz que o ”*modelo explicativo da doença*” é um conjunto de crenças e concepções que procuram dar conta de uma determinada experiência pessoal de doença, explicando as suas causas e manifestações. Este modelo refere-se ao discurso dos doentes sobre as suas doenças, discursos esses que procuram dar sentido aos acontecimentos. Normalmente “*(...)a experiência subjectiva e por vezes irracional da doença é partilhada com os familiares, amigos, colegas e desconhecidos*”, (Joyce-Moniz e Barros, 2005:19).

No entanto, os modelos explicativos da doença não são uma construção acabada e rígida, antes pelo contrário, são dinâmicos e vão integrando novos conhecimentos que resultam de informação variada e das experiências acumuladas. Helman (2003), reforça esta ideia, dizendo que, tanto o sentido conferido aos sintomas quanto a resposta emocional dada aos mesmos são influenciados pela origem do paciente, pela sua personalidade e pelo contexto sócio-cultural e económico em que os sintomas aparecem.

Howard Leventhal (1997) citado por Figueiras (2006), refere que as pessoas elaboram esquemas mentais, que vão determinar a sua resposta aos sintomas, à adesão

aos tratamentos, e às recomendações dos profissionais de saúde. O indivíduo é assim, um elemento activo na construção das suas representações, e a informação que recebe vai sendo integrada de acordo com esquemas mentais pré-existentes, levando à elaboração de um modelo de senso comum da doença. Este modelo pode derivar de vários factores: das ideias generalizadas sobre as doenças que existem no contexto cultural onde está inserido, da informação sobre a natureza da doença e o seu diagnóstico, proporcionada pelos profissionais de saúde e por outras pessoas do mundo social a que o indivíduo pertence; da organização dos serviços de saúde; e da sua experiência pessoal face a situações de doença, (Figueiras, 2006). Assim, perante um estímulo somático e a avaliação que as pessoas fazem da ameaça à sua saúde, são desenvolvidas representações de perigo e simultaneamente um estado emocional perante esse estímulo. Estas representações e estes sentimentos conduzem a uma acção comportamental, no sentido de evitar ou controlar essa ameaça (estratégias de coping). Os indivíduos têm então um papel activo na avaliação da eficácia das suas acções, (ibidem).

Leventhal e colaboradores (1984), referem que quando se pretende estudar as representações sobre as doenças, devem ser operacionalizados cinco atributos: a identificação da doença em questão e dos sintomas consequentes; as causas da doença e formas de contrair; a duração e evolução no tempo do processo de doença; as consequências da doença a nível de sintomas e sequelas; e a controlabilidade da doença, envolvendo o seu confronto, tratamento, recuperação ou adaptação ao seu processo, (Ogden, 1999; Bennett, 2002; Pereira e Silva, 2002; Joyce-Moniz e Barros, 2005; Figueiras, 2006).

Sousa (2003), no seu estudo sobre as representações de doença associadas à adesão terapêutica na diabetes tipo 2, concluiu que quando os diabéticos possuem uma percepção mais crónica da diabetes a adesão à dieta parece ser maior, por outro lado, quando apresentam uma compreensão mais pobre da doença e um maior controlo pessoal sobre a doença o nível de adesão é inferior. A mesma autora concluiu ainda, que, a percepção de duração cíclica da doença parece predizer a adesão ao teste da glicose.

Outro trabalho, que pretendeu estudar as representações da doença e comportamentos de adesão em sujeitos diabéticos insulino-dependentes, concluiu que as representações individuais da doença, influenciavam os comportamentos de auto-

-cuidado, nomeadamente no que se refere à alimentação, prática de exercício físico, auto-monitorização da glicemia, e administração de insulina, (Pereira, 1997).

A maior parte das pessoas vive o seu dia-a-dia sem pensar na saúde, excepto quando tem algum sintoma de doença. De acordo com Silva (2004), verifica-se que apesar de na nossa sociedade, haver a noção da importância da adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, não existe congruência sobre a forma como as pessoas discursam sobre a saúde, e os comportamentos na prática. Os comportamentos só se modificam quando a saúde se torna uma preocupação real, em que o indivíduo se sente verdadeiramente ameaçado pela doença.

Correia et al (2003), efectuaram um estudo onde se pretendia avaliar o nível de educação sobre prevenção do pé diabético, e verificaram que, o nível de conhecimentos que os diabéticos tinham em relação às actividades que previnem esta complicação da diabetes era muito bom. No entanto, ao avaliar como é que esses conhecimentos se traduziam em boas práticas, verificaram que o nível de adesão ao auto-cuidado relativamente aos cuidados aos pés era francamente mais baixo.

Os comportamentos de saúde são interdependentes do estilo de vida adoptado pelo indivíduo. O estilo de vida, é definido pela Organização Mundial de Saúde, como um conjunto de estruturas mediadoras que reflectem uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais, ou como um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores (WHO, 1988 citado por Ribeiro et al, 1997).

Ribeiro et al (1997) ao referir Milio (1981) complementa o atrás citado, ao definir estilo de vida como um padrão de escolhas comportamentais, realizadas entre as alternativas que as pessoas têm à sua disposição, de acordo com a sua situação socio-económica e a capacidade para fazerem essas escolhas. Os hábitos de escolha estão relacionados com factores como: a percepção das opções disponíveis e as crenças e expectativas desenvolvidas e aperfeiçoadas ao longo do tempo através da socialização, aprendizagem formal e da experiência imediata.

A preocupação com a saúde afecta todas as pessoas, pelo menos, em determinadas circunstâncias da vida. Ribeiro et al (1997), refere o estudo realizado por Tall e Goldenthal (1982) que analisava os comportamentos de saúde que as pessoas implementavam e verificaram que se distinguiam três grupos de factores: o primeiro dizia respeito aos comportamentos que promoviam a saúde; o segundo às actividades

que tinham como objectivo evitar riscos e o terceiro manifestava-se pela falta de consciência da necessidade de boas práticas de saúde.

Na sociedade ocidental certos comportamentos individuais têm sido adoptados no sentido de incrementar a saúde. Esta adopção faz-se pela observação sistemática da sua eficácia e não apenas pela experiência do dia-a-dia. Vão-se formando ideologias sobre aquilo que é saudável, e assim, cada um deve zelar pela sua saúde, adoptando comportamentos que promovam a saúde e previnam a doença. Este conceito de comportamento de saúde liga-se com as representações sociais que os indivíduos têm sobre a saúde e sobre a ciência. No entanto, sabe-se que nem sempre as pessoas se comportam de forma lógica no que respeita em agir de acordo com aquilo em que se acredita. As opções individuais não são apenas motivadas pela lógica, mas estão carregadas de subjectividade seguindo outros valores e princípios que estão para além da lógica, (Silva, 2004).

Os comportamentos de saúde podem ter várias perspectivas, podem ser as práticas recomendadas pelos técnicos de saúde, podem ser os comportamentos que as pessoas adoptam por auto-convicção baseadas na sua própria experiência, ou pela experiência colectiva partilhada de geração em geração ou podem ser as práticas populares de prevenção da doença, muitas delas de cariz religioso (promessas) ou então baseadas na superstição.

Em relação aos comportamentos de doença, Silva (2004), refere que o conceito de comportamento de doença engloba tudo aquilo que diz respeito ao processo de compreensão e de reacção face à doença. Este conceito abrange ainda as acções que a pessoa desenvolve quando se confronta com a eventualidade de uma doença – processos de decisão sobre as acções a tomar e as acções que toma, mas também o processo de compreensão da doença e dos saberes que o sustentam.

Zempléni (1994) e Ramos (2004) fazem referência a Good (1977; 1998), para mencionar que a ideia de doença ocidental compreende, pelo menos, três realidades diferentes: *disease*, *illness*, *sickness*. A compreensão destes três conceitos, permite-nos encontrar a diferença entre as várias realidades relativas aos sintomas, de que alguma coisa não está bem no processo de saúde/doença individual.

Também Silva (2004), aborda estes conceitos definindo *disease* como “a doença do médico”, já que, o que está em causa é a doença que se passa no funcionamento do organismo e que é diagnosticada, legitimada e curada pela medicina.

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

A significação de doença (como um todo) caracteriza-se assim, pela sua complexidade e pelo encadeamento de três realidades, psicológica, biofísica e social. Todas as realidades são autónomas mas interagem entre si.

Podemos então concluir que de acordo com a cultura, as crenças, os valores e as representações sociais, se processam os comportamentos que determinam os aspectos relacionados com a saúde e a doença. Ramos (2004:297) reforça esta ideia salientando que,

“Os comportamentos, os objectos e os acontecimentos não podem ser apreendidos e compreendidos desintegrados de um contexto social e cultural, ou seja, desintegrados das formas de comunicação e de aprendizagem, das representações e das manifestações, através das quais são valorizados esses comportamentos, objectos e acontecimentos.”

É reconhecido actualmente que o comportamento que os doentes adoptam no dia a dia, influencia muito mais a saúde do que as intervenções isoladas dos profissionais de saúde. De facto, o comportamento do doente que deveria ser a base de trabalho para a intervenção dos profissionais nos cuidados de saúde nas patologias crónicas é muitas vezes menosprezado nos sistemas de saúde dos dias de hoje, (WHO, 2002).

5. O PAPEL DO SUPORTE SOCIAL NA ADESÃO E GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

“Família é contexto natural para crescer.

Família é complexidade.

Família é teia de laços sanguíneos e, sobretudo, de laços afectivos.

Família gera amor, gera sofrimento.

A família vive-se. Conhece-se. Reconhece-se.”

(Relvas, 1996)

Sabe-se actualmente, que o suporte social que o diabético tem disponível pode ser uma mais valia na ajuda no controlo da diabetes. Se o suporte social disponível não é satisfatório para o indivíduo diabético, a gestão da diabetes pode ficar comprometida, levando ao aparecimento de uma série de complicações físicas, psicológicas e sociais. Este capítulo está assim desenvolvido, em torno de dois sub-capítulos. No primeiro faremos uma pequena abordagem aos diferentes tipos de suporte social referidos na literatura e de que forma esse suporte pode influenciar o estado de saúde e, no segundo, abordaremos mais especificamente o papel do suporte social na vivência da diabetes e da adesão e gestão do regime terapêutico.

5.1 Tipos de suporte social

De acordo com Silva et al (2003), apoio ou suporte social pode ser entendido como uma experiência pessoal onde emerge a intensidade com que o individuo se sente desejado, respeitado e envolvido. O apoio social percebido refere-se à avaliação que o indivíduo faz em relação aos vários domínios da sua vida, nomeadamente em relação àqueles que julga que é querido e que lhe reconhecem valor, bem como, à avaliação da disponibilidade dos outros que lhe estão próximos e da possibilidade que tem de recorrer a eles caso sinta necessidade.

Caplan (1974) é apontado por Ornelas (1994), que referia que o termo suporte social pode incluir não só o núcleo familiar mas também os serviços informais prestados pela vizinhança, pelos prestadores de cuidados comunitários, como por exemplo, os centros paroquiais, clubes, associações de voluntários entre outros. O suporte social pode também ser constituído por uma rede formal que inclui as organizações sociais formais como os hospitais, programas governamentais, serviços de saúde e os

profissionais que estão envolvidos nessas instituições e que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas, (Dunst e Trivette, 1990 citados por Ribeiro, 1999 e Ramos, 2004).

Matsukura et al (2002:3) fazem referência à estrutura teórica dos aspectos presentes no domínio do suporte social, salientando três grupos propostos por vários pesquisadores na área: relacionamentos sociais (existência, quantidade, tipo); suporte social (tipo, fonte, quantidade e qualidade) e; rede social (tamanho, densidade, reciprocidade, intensidade, etc.).

De acordo com Ornelas (1994), o suporte social prestado ao individuo pode traduzir-se na mobilização dos seus recursos a nível psicológico, diminuindo o stress a que está sujeito, conseguindo gerir melhor os seus problemas emocionais, na partilha de actividades e ajuda material, como por exemplo, apoio monetário, ou ainda, o ensino de competências ou orientação na resolução de problemas específicos.

House (1981) referido por Sutherland (1997), Ornelas (1994) e Rossi (2005), apontam alguns tipos de suporte social: emocional, instrumental, de informação.

O suporte emocional envolve o apoio disponibilizado por pessoas que se preocupam em escutar, dar confiança, amor, simpatia, e ajudar na mobilização dos recursos a nível psicológico, diminuindo o stress a que está sujeito, conseguindo gerir melhor os seus problemas emocionais.

O suporte instrumental diz respeito ao apoio a nível da realização de tarefas domésticas, empréstimo de dinheiro, aquisição de medicamentos etc.

O suporte de informação refere-se ao fornecimento de informações, conselhos ou orientações dados por alguém, de preferência peritos na matéria, que ajudem o indivíduo a adquirir conhecimentos e competências para lidar melhor com a sua situação.

Silva et al (2003:22), referem que “(...) *existe um amplo corpo de evidência que sugere a existência de uma relação entre apoio social e uma variedade de medidas dependentes, incluindo a saúde...*”. Reforçam ainda esta ideia, referindo que a investigação sugere que o suporte social tem um efeito mediador na protecção da saúde e apresenta ainda, uma função protectora ao longo de todo o ciclo vital, (Mikulincer e Florian, 1998; Ribeiro, 1999; Wills, 1997 citados por Silva et al, 2003).

O suporte social está assim directamente relacionado com as questões de saúde, e as relações interpessoais, têm um efeito protector, tornando os indivíduos mais fortes e em melhores condições para enfrentar os desafios da vida. O suporte social é assim um

importante recurso quer na ausência ou na presença de fontes de stress, (Kessler et al, 1985 citado por Ribeiro, 1999; Cohen & McKay, 1984 citado por Lo, 1999).

Por este motivo, Singer e Lord (1984) citados por Ramos (2004:272), referem que o suporte social tem efeitos na saúde dos indivíduos e fazem referência a quatro dimensões:

- O suporte social constitui um recurso positivo para a saúde e para fazer face á adversidade;
- A falta de suporte social é fonte de stresse;
- A perda de suporte social é geradora de stresse;
- O suporte social constitui um factor protector contra as consequências e perturbações provocadas pelo stresse, constituindo um mediador ou moderador do stresse.

Kleinmam (1980) citado por Helman (2003), refere que no sector informal de cuidados de saúde, a família revela-se como a principal cuidadora, sendo assim a principal fonte de suporte social .

A família é considerada por Alarcão (2000) um sistema, e neste caso, pode definir-se sistema familiar, como o conjunto de elementos que o compõem bem como, as relações que se estabelecem entre eles e a relação com os seus próprios atributos. Dentro desse sistema encontra-se uma estrutura, que consiste na rede de relações que vai definir a posição de cada um dos seus elementos no sistema bem como a função que cada um deles ocupa.

Tendo em conta este principio, o papel que o individuo ocupa na família e o tipo de relação que estabelece com os restantes elementos da família é muito importante, especialmente quando existe alguma fonte geradora de stresse, alguma pressão que obriga a que existam mudanças e adaptações por parte de toda a família. A vivência de uma doença crónica, como por exemplo a diabetes, por parte de um dos seus elementos, pode levar a que sejam necessários ajustes no funcionamento do sistema familiar.

Helman (2003) diz que é no seio da família que a maior parte das situações de falta de saúde são identificadas e tratadas, sendo as mulheres as principais cuidadoras.

De acordo com Olsen et al (1991) referido por Ribeiro (1999), os elementos mais importantes no fornecimento de suporte social dependia do grupo etário, em que o cônjuge é o elemento que exerce mais influencia no grupo etário entre os 30-49 anos, e a família a exercer maior influencia quando se trata de crianças ou idosos.

Segundo vários estudos as pessoas que apresentam um baixo nível de relações sociais, tinham aproximadamente o dobro do risco de mortalidade daquelas que tinham níveis elevados. Nestes estudos entraram em consideração, para além do suporte social disponível, indicadores como a tensão arterial, o nível de colesterol, electrocardiograma, função respiratória etc., verificando-se uma relação causal entre suporte social e nível de saúde, (Stroeb e Stroeb, 1995).

5.2 O suporte social na diabetes e na adesão ao regime terapêutico

O suporte social, que tem sido alvo de inúmeros estudos ao longo dos últimos anos. Cameron (1996) refere que o suporte social tem uma influência muito positiva na adesão à terapêutica e aponta alguns estudos que revelam a sua importância. Como exemplo, refere Porter (1969), que revelou que o isolamento social e o facto de viver sozinho são um dos factores major que contribuem para a não adesão em doentes com patologia crónica. Becker e Green (1975) referem que muitos estudos demonstraram uma forte correlação entre a estabilidade proporcionada pelo apoio familiar e o grau de adesão à terapêutica. Um estudo desenvolvido por Stuart e Davis (1972), que investigou o controlo do peso, verificou que indivíduos que recebiam apoio da família na modificação dos hábitos alimentares, conseguiam mais facilmente perder peso e manter essa perda quando comparados com outros indivíduos que não tinham tido suporte familiar para essa actividade.

Também Williams et al (2000), revelam que, quando a relação estabelecida entre a família e o doente é pautada por uma interacção positiva, a saúde física e psicológica do indivíduo melhora.

Lo (1999), identificou num estudo efectuado a indivíduos com diabetes, vários factores que afectavam o sucesso da adesão à terapêutica e verificou que o stress era uma dos factores principais. Este factor era associado à vivência de uma patologia crónica. Sabe-se que um dos efeitos que o suporte social tem sobre a saúde é precisamente amortecer o efeito negativo que o stress pode exercer sobre a capacidade de adaptação e gestão da doença, (Ribeiro, 1999; Ornelas, 1994).

Relativamente aos indivíduos com patologia crónica, Ridder e Schreurs (1996) citados por Ribeiro (1999), revelam que estes, se sentem satisfeitos com o suporte emocional e prático, mas quando o suporte é mais ao nível informativo, e vem da parte de familiares e amigos, é visto como algo indesejável. Também Anderson (2006)

reforça esta ideia referindo que as pessoas gostam pouco que lhes digam o que têm ou não que mudar, apesar de aceitarem que o têm que fazer.

Silva et al (2003), num estudo quantitativo que envolveu 316 sujeitos dos quais 58,2% eram diabéticos tipo 2, pretendeu estudar os efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. Os resultados obtidos, reforçam a ideia de que a percepção do apoio social tem um papel significativo no controlo da glicemia e na qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus, sublinhando que os profissionais de saúde devem valorizar este aspecto na prestação de cuidados. O mesmo estudo revela ainda que o apoio social não é estático, vai-se alterando de acordo com o tempo e com as circunstâncias, como por exemplo a evolução do estado de dependência ou do aparecimento de complicações decorrentes da diabetes, pode alterar as percepções do indivíduo bem como o comportamento dos outros para com o doente.

Rossi (2005), desenvolveu um estudo qualitativo onde pretendeu conhecer a influência do suporte social familiar nos cuidados aos adultos com diabetes tipo 2, utilizando a técnica do incidente crítico para obtenção de relatos, positivos e negativos, sobre a influencia da família no auto-cuidado. O estudo concluiu que os aspectos positivos relacionavam-se com o apoio da família nos cuidados diários, na adesão a hábitos saudáveis, confraternização com familiares/amigos, participação em grupos, entre outros. Como aspectos negativos foram referidos a falta de apoio da família, discussões e preocupação com familiares, depressão, sentimentos de medo e isolamento, desemprego, etc..

Num estudo que avaliou a influência das esposas na adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos após a participação num plano educacional, demonstrou que a presença da esposa no plano educacional influencia a adesão ao exercício físico e à medicação, (Bastos, 2004). Cockerham (1991) citado por Ramos (2002), revela que a nível do estado civil, vários estudos têm demonstrado que as pessoas casadas têm melhor saúde do que outras pessoas com outros estados civis.

Assim, relativamente aos cuidados que a diabetes requer, os vários estudos feitos nesta área apontam para o reconhecimento da importância que o contexto social tem na gestão eficaz da patologia, e a grande maioria dos trabalhos tem focado a sua atenção na influência do suporte social na adesão terapêutica e no controlo glicémico. Em relação ao controlo glicémico, os resultados encontrados têm sido contraditórios. Alguns estudos sugerem que um controlo metabólico deficiente está associado a disfunções

familiares, especialmente quando existem conflitos e a coesão familiar é fraca, no entanto muitos outros estudos não encontraram qualquer relação entre estas duas variáveis, (Silva et al, 2003; Toljamo e Hentinen, 2001).

Por tudo aquilo que foi referido, pode concluir-se que o suporte social e especialmente a família, pode ter um papel determinante na saúde dos indivíduos e particularmente, nas questões que se prendem com a adesão e a gestão do regime terapêutico.

6. OS CUIDADOS DE SAÚDE E A PROMOÇÃO DA ADESÃO E DA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

“As organizações de saúde devem enfatizar o tratamento do paciente que tem diabetes e não a diabetes em si”

(WHO, 2002)

Os cuidados de saúde prestados aos indivíduos com patologia crónica são, como já vimos anteriormente, fundamentais no processo de adesão e gestão do regime terapêutico. A acessibilidade aos serviços de saúde, a relação estabelecida com os profissionais e a própria organização dos serviços, mais ou menos direccionada para cuidar de doentes crónicos é muito importante neste contexto.

Assim, este capítulo está dividido em seis sub-capítulos. Começaremos por enquadrar os cuidados de saúde prestados actualmente e a sua repercussão nas doenças crónicas. Seguidamente, faremos referência ao papel que o enfermeiro deve desempenhar nos cuidados de saúde prestados aos indivíduos com patologia crónica e no terceiro sub-capítulo abordaremos os aspectos inerentes à satisfação com os cuidados de enfermagem. Uma vez que um dos aspectos fundamentais para avaliar a satisfação com os cuidados prestados é a comunicação estabelecida entre o profissional de saúde e o utente, o quarto sub-capítulo será dedicado a este aspecto. Relacionada com a comunicação está a educação terapêutica, que será abordada no quinto sub-capítulo, e que assume um papel muito importante na diabetes, uma vez que esta patologia exige ao indivíduo uma grande capacidade para aprender a gerir e a integrar a patologia na sua vida diária. Para terminar este capítulo, serão referidas algumas das estratégias educacionais e comportamentais que podem ser utilizadas no sentido de promover a adesão e a gestão eficaz do regime terapêutico.

6.1 O contexto actual dos cuidados de saúde na doença crónica

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

Tal como abordamos anteriormente no primeiro capítulo, os comportamentos nocivos para a saúde trouxeram como consequência um aumento exponencial das doenças crónicas. Este aumento levou à necessidade de se alterarem as áreas de intervenção a nível dos sistemas de saúde. No entanto, verifica-se que os cuidados de saúde prestados actualmente, não estão a dar uma resposta adequada às necessidades desencadeadas pelas doenças crónicas.

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

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

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

A este propósito, a WHO, a partir de 1997 (com a reunião de Barcelona), considerou que a defesa da saúde exige profissionais de saúde “5 estrelas”, possuindo como características essenciais: cuidador, decisor, comunicador, líder comunitário e gestor. Estes profissionais teriam como finalidade major, cuidar da saúde das populações (e não apenas das doenças), teriam a capacidade de tomar decisões capazes de produzir mudanças concretas, comunicando eficazmente (e não unilateralmente) com

as pessoas e os grupos, onde se inclui os sectores da população com poder social, (Oliveira, 2004).

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

6.2 O papel do enfermeiro nos cuidados de saúde

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

O ser enfermeiro e os cuidados de enfermagem têm evoluído ao longo dos tempos.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2003), o exercício profissional da enfermagem deve centrar-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, ou, entre o enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade).

Os cuidados de enfermagem implicam assim, uma abordagem holística da pessoa, e têm como foco de atenção o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida, a partir do qual se viabiliza uma produção de cuidados profissional em parceria com a pessoa/cliente. Este diagnóstico permite a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem, a prescrição de intervenções e a monitorização de resultados, (Paiva e Silva, 2001 e 2005).

De acordo ainda com o mesmo autor, os cuidados de enfermagem visam a promoção de estilos de vida saudáveis, tendo como referência o ambiente em que a pessoa está inserida, o respeito pelas suas capacidades, pelo seu quadro de valores e crenças, e de acordo com os desejos individuais.

A nível dos Cuidados de Saúde Primários, o conceito apresentado do que se entende por cuidados de enfermagem está também de acordo com o que diz Correia et al (2001): a enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados

prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma determinada comunidade. A enfermagem comunitária deve respeitar e encorajar a independência e o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões e a assumi-las.

Segundo a OE (2003:146):

“(...)as intervenções de enfermagem, frequentemente, são optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.”

Este aspecto reforça a ideia transmitida anteriormente neste trabalho, quando se abordou a importância que o suporte social e nomeadamente a família tem num contexto de doença e de promoção de adesão terapêutica.

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

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

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

A prática de enfermagem deve ser complementar à dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários. Tem como responsabilidade identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a existência de continuidade de cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, (Correia et al, 2001).

Os grupos que mais necessitam de apoio e educação, são aqueles que apresentam doenças crónicas onde se inclui a diabetes, é pois importante que se ajude o indivíduo a

adaptar-se à sua doença, cooperar com a sua terapêutica e aprender a resolver os seus problemas quando se defrontam com situações menos comuns.

O enfermeiro assume o papel de agente facilitador de mudança e possibilita,

“(…) a autonomia, criar com sabedoria a oportunidade, reforçando crenças e capacidades, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, fomentando, a partir da célula familiar, a reprodução e herança de modelos comportamentais e experiências de saúde individuais, num processo de crescimento e desenvolvimento.” (Correia et al, 2001:78).

O mesmo autor, refere um estudo realizado em 2000 junto de enfermeiros de centros de saúde da Sub-Região de Saúde de Lisboa, sobre a prestação de cuidados, onde é referida a importância do *trans-cuidar*, em que o enfermeiro *faz com* a pessoa, procurando sempre o equilíbrio com o contexto de vida real. É de salientar ainda, no que se refere ao conceito de cuidados de enfermagem identificado no estudo, este centra-se essencialmente, naquilo que os enfermeiros fazem, destacando-se acções do tipo *possibilitar* (ensinar, aconselhar, informar). Cuidar está fundamentado num sistema de valores humanísticos universais – a amabilidade, o respeito, o afecto por si e pelos outros. Este sistema de valores envolve a capacidade de gostar das pessoas, apreciar a diversidade e a individualidade, (Watson, 1999).

A promoção da gestão eficaz do regime terapêutico engloba todos estes aspectos e deve ser analisada sobre uma perspectiva holística já que estão envolvidos factores de ordem político, social, psicológico. Por este motivo, há que estar atento aos vários factores que contribuem para a não adesão e que se potenciam entre si, sendo necessário por isso que os enfermeiros avaliem todos os domínios de forma contínua, dinâmica e eficaz, eliminando as barreiras que contribuam para o insucesso da adesão terapêutica.

A WHO em 2003 referia que os enfermeiros têm um papel importante nesta problemática uma vez que têm junto dos utentes uma posição privilegiada para actuar. Também Littlewood (1989) citada por Helman (2003:153), refere que o enfermeiro é o profissional de saúde que está melhor situado para “*fazer a negociação ente os objectivos do médico...e os objectivos do doente*”. Vários estudos têm de facto demonstrado a importância do enfermeiro nesta temática, (McDonald et al, 1999; Kim e Oh, 2003; Bastos, 2003)

Cosme (2004), acrescenta ainda no seu estudo que o projecto de cuidados tem que implicar um trabalho de parceria entre os enfermeiros e os diabéticos, onde são definidas metas, objectivos, estratégias e processos de avaliação, que o tornam um

mecanismo inovador, permitindo responder aos problemas da população diabética no seu contexto sócio-cultural.

Ainda relativamente aos cuidados de enfermagem a prestar aos diabéticos, referimos o estudo efectuado por McDonald et al (1999) sobre a percepção dos enfermeiros acerca dos problemas mais emergentes nos cuidados aos diabéticos. Este autor, identificou como principais problemas: a dificuldade que o diabético e a sua família têm em aceitar a necessidade de gerir uma patologia crónica; conhecimentos deficientes em relação a vários aspectos como a alimentação, a toma de medicamentos etc, com a consequente não adesão ao regime terapêutico.

Em relação às soluções propostas para a resolução destes problemas referem: melhorar os conhecimentos do diabético e da família; efectuar visitas domiciliárias para seguimento dos diabéticos, especialmente aqueles que apresentam maiores dificuldades na adesão ao regime terapêutico; conhecer bem a família ou o suporte social que o diabético dispõe e efectuar sessões de grupo com os diabéticos/famílias e profissionais de saúde especializados.

Dada a exigência que este tipo de trabalho requer dos profissionais de saúde, nem sempre é fácil de conseguir o envolvimento desejado para o sucesso da promoção da gestão eficaz do regime terapêutico. Sabe-se ainda, que, trabalhar com doentes crónicos pode tornar-se extremamente desgastante o que leva muitas vezes os profissionais de saúde a não se envolverem muito nesta problemática. Numa pesquisa efectuada por Barros e Nunes (1999) citada por Benevides-Pereira (2003) verificou-se que os profissionais de saúde que trabalhavam no sector de doentes crónicos apresentavam um estado de exaustão emocional mais elevado que os colegas que trabalham em infecciologia.

Haynes (2006), refere que muitos dos métodos de intervenção utilizados actualmente, são complexos e nem sempre efectivos. Por este motivo e para evitar a exaustão, a WHO em 2002 propunha que os profissionais de saúde baseassem a sua actuação nos estudos já realizados e aproveitassem os projectos que demonstraram ser mais eficazes e eficientes, poupando esforços e contribuindo para o sucesso das suas intervenções.

6.3 Satisfação com os cuidados de enfermagem

A satisfação do utente, para além de constituir um importante indicador sobre a qualidade dos cuidados prestados, está directamente relacionada com a adesão

terapêutica. Vários autores, têm salientado que os utentes mais satisfeitos são aqueles que mais facilmente seguem as prescrições médicas, continuam com o profissional actual e apresentam um estado de saúde melhor, (Fitzpatrick, 1997; Ley, 1997; Leventhal, Zimmermen e Gutman, 1984, citados por Pereira et al 2001).

A Ordem dos Enfermeiros em 2003, referia que o enfermeiro deve procurar a excelência no exercício profissional, atingindo os mais elevados níveis de satisfação dos utentes. No processo de prestação de cuidados de enfermagem, existem alguns elementos importantes que se relacionam com a satisfação dos utentes, como por exemplo:

“O respeito pelas capacidades, pelas crenças, pelos valores e desejos de natureza individual do cliente; a procura constante da empatia nas interações com o cliente; o estabelecimento de parcerias com o cliente, no planeamento do processo de cuidados; o envolvimento dos conviventes do cliente individual no processo de cuidados e o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.”
(OE, 2003:147-148)

Para que a satisfação dos utentes, seja uma realidade, é fundamental ter em atenção a relação estabelecida entre o profissional de saúde e o utente. A qualidade da relação estabelecida, influencia a satisfação dos utentes perante os cuidados de saúde que lhe foram prestados. Hesbeen (2001), aponta como componentes essenciais a um cuidar de qualidade: o acolhimento; o ouvir; a disponibilidade; e a criatividade dos profissionais associada aos seus conhecimentos científicos.

Pereira et al (2001), refere que a opinião do utente é cada vez mais tida em conta no domínio científico e pelos vários parceiros sociais, com o objectivo de avaliar a qualidade dos serviços de saúde. O conceito de satisfação do utente, numa perspectiva teórica refere-se a um conjunto variado de reacções do utente à experiência dos cuidados de saúde. Refere ainda, que há várias definições do conceito mas que a satisfação do utente resulta da diferença entre as expectativas do utente em relação aos cuidados e a sua percepção dos cuidados realmente recebidos. Fitzpatrick (1997), salienta que são ainda associados a este conceito sentimentos como a ansiedade e incertezas ligadas com a doença e o apoio emocional recebido pelo utente. A avaliação dos cuidados recebidos por parte do utente contém assim reacções emocionais e cognitivas, não podendo por isso ser descurado que a opinião dos utentes pode ser muito diferente sobre aspectos diferentes dos cuidados de saúde, “(...)sendo uma das

distinções importantes: o aspecto técnico do cuidar e o aspecto humano ou interpessoal do cuidar, também chamado de arte do cuidar.”, (Pereira et al, 2001:70).

Fitzpatrick em 1997, fazia referência a cinco importantes dimensões a ter em conta na satisfação dos utentes: a acessibilidade; a satisfação das necessidades sentidas; a efectividade; a eficiência e a equidade.

Num estudo que pretendeu avaliar a influencia que a qualidade da relação profissional de saúde/diabético tem na adesão terapêutica, verificou que os diabéticos que apresentavam uma melhor adesão, eram os que estavam mais satisfeitos com a qualidade da relação que estabeleciam com os profissionais de saúde. Apesar de terem sido identificadas algumas limitações neste estudo, as conclusões parecem apontar para que, a adesão terapêutica neste grupo, traduziu-se em valores de HbA1c mais elevados até 1,01% para os diabéticos que mantinham uma relação pouco satisfatória com os profissionais de saúde, (Ciechanowski, 2001).

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

Roter (1989) citado por Pereira et al (2001), fez uma meta-análise de 41 estudos comparando aspectos do comportamento dos profissionais de saúde com a satisfação dos seus utentes e revelou que o factor mais valorizado pelo utente era o fornecimento de informação em relação ao seu problema de saúde e ao tratamento. Identificou ainda outra categoria, a *abordagem colaborativa*, isto é, a forma de interagir em que o profissional ouve o utente, facilita o diálogo e tenta ter uma atitude compreensiva em relação ao seu problema de saúde.

Um estudo que examinou a colaboração entre o profissional de saúde e o utente, concluiu que quando existe congruência sobre as crenças de saúde e a forma de participação dos utente nos cuidados de saúde, a satisfação, a adesão à terapêutica e os ganhos em saúde são maiores, (Jahng et al, 2005). Fitzpatrick (1997), refere que também existe uma ampla evidência em vários estudos, de que os utentes mais satisfeitos são os que mantêm uma relação continuada com o mesmo profissional de saúde.

6.4 Importância da comunicação profissional de saúde/utente

Tendo em conta que um dos factores mais importantes da satisfação, é a relação estabelecida entre o profissional e o utente, não podemos ignorar o papel que os aspectos comunicacionais assumem neste contexto.

Assim, a comunicação tem assumido nas últimas décadas um papel preponderante e é cada vez mais, um indicador da qualidade dos cuidados prestados a nível da saúde.

No exercício da profissão de enfermagem é reconhecido que a relação com os outros está na base da sua actuação, (Thomas e Clark, 1997; OE, 2003) É imprescindível para além dos conhecimentos teóricos, o desenvolvimento de competências na área da comunicação. A comunicação é assim uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda, que é uma modalidade importante no contexto dos cuidados de enfermagem (Phaneuf, 2004). Um dos aspectos que os doentes mais valorizam no trabalho do enfermeiro é a sua capacidade relacional. Esta competência assume um papel importante quando se quer intervir na modificação de comportamentos e na motivação dos indivíduos para a adopção de hábitos saudáveis bem como, para seguirem ou aderirem à terapêutica proposta.

Como já foi referido anteriormente, são os problemas relacionados com falhas ao nível da comunicação que estão na base de muitos constrangimentos entre os profissionais de saúde e os utentes. Por este motivo, Ramos (2004), lembra que a comunicação deverá adaptar-se às capacidades cognitivas, à cultura, ao nível educacional; às crenças e às representações que os indivíduos têm em relação ao processo de saúde/doença, bem como, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas dos utilizadores dos serviços de saúde.

Importa pois reflectir e compreender todos os aspectos que envolvem o sistema comunicacional, numa perspectiva de melhorar a intervenção e a qualidade dos cuidados de saúde.

A comunicação pode ser entendida de acordo com Salomé e Potier (2000) citados por Phaneuf (2004), como uma tentativa de criar um laço de reciprocidade entre duas pessoas. No entanto, não pode ser esquecido que todas as pessoas são diferentes, e que, quando comunicam estão envoltas em tudo aquilo que as compõe, a personalidade, a sua biografia, os seus problemas, a sua cultura, as suas necessidades, a sua idade etc.

A nível da saúde existem ainda outros factores que podem condicionar a comunicação entre o profissional e a pessoa cuidada, como por exemplo, a diferença de

idades, o nível de escolaridade, a fragilidade em que se encontra o doente, o stress a que os profissionais estão sujeitos, entre outros, podem dificultar ou afastar duas pessoas que querem comunicar.

Para comunicar é importante que a pessoa se consiga exprimir mas que também deixe o outro interlocutor fazê-lo. É preciso por isso, ter a capacidade de perceber, de ouvir o outro, mas também, apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificando as emoções, os pensamentos ou as reacções que as suas palavras suscitam em nós.

De acordo com a autora supra citada, cada uma das pessoas em interacção, está envolta num universo perceptual que lhe é próprio, interpretando o mundo à sua maneira o que pode constituir uma dificuldade no processo de comunicação.

Phaneuf (2004:23), refere que,

“(...) a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela.”

De acordo com Pearce (1994), desde há várias décadas que a comunicação tem vindo a ser amplamente estudada. Durante muitos anos os teóricos tentaram criar modelos que dessem resposta e descrevessem as comunicações do dia-a-dia. Os primeiros modelos apresentavam um sentido unidireccional, traçando o movimento da mensagem de uma fonte para o receptor. O mesmo autor refere que em 1949, Shannon e Weaver desenvolveram um dos modelos de comunicação mais conhecidos, em que a mensagem teria origem numa *fonte* que a codificaria, sendo enviada ou transmitida a um *receptor* que depois a descodificava. É Berlo em 1960, que dá seguimento ao trabalho dos autores referidos e cria as denominações de *fonte*, *mensagem*, *canal* e *receptor*. No entanto, este modelo pautava-se por ter um carácter unidireccional, levando a que fosse posta em causa a sua aplicabilidade, tendo havido a necessidade de introduzir o conceito de *feed-back*.

Phaneuf (2004), refere que a partir dos anos 60, este modelo é posto em causa e é com a escola californiana Watzlawick, Beavin e Jackson (1967), baseados nas ideias de Bateson, que a comunicação deixa de ser vista como um modelo unidireccional,

passando a comunicação a ser encarada como algo mais que uma sequência, passando a ser vista como uma construção. Foi através da introdução deste novo conceito que o modelo do construcionismo social teve o seu incremento, (Pearce, 1994).

A comunicação tem como base alguns princípios fundamentais:

- A comunicação caracteriza-se por ser um processo dinâmico, interactivo, onde a unidade base é a relação que se estabelece entre os indivíduos, (Bateson, 1981 e 1985 citado por Ramos, 2004);
- A comunicação encontra-se em toda a parte. Na sociedade actual, a comunicação está presente na publicidade, nos *media*, na própria organização das cidades, (Phaneuf, 2004);
- É impossível não comunicar. Nas pessoas a comunicação está omnipresente e não se resume às mensagens verbais, é visível na forma como se olha, na expressão da face, na postura, na forma de vestir e até mesmo no silêncio. Quando estamos em interacção com o outro, todo o comportamento tem um valor comunicativo, (Ramos, 2004; Phaneuf, 2004);
- A comunicação situa-se nos planos cognitivo e afectivo. Quando se comunica a mensagem comporta dois níveis de significação. O plano cognitivo, caracteriza-se por se relacionar com o conteúdo informativo e intelectual, relacionando-se com os factos e acontecimentos transmitidos por meio de palavras. Ao nível afectivo, são as emoções e os sentimentos das pessoas que se traduzem no comportamento não verbal que subentende as palavras, (Ramos, 2004; Phaneuf, 2004);
- A comunicação pode ser intencional ou acidental. Nem sempre as mensagens que transmitimos são voluntárias e dão resposta às necessidades do momento. Por vezes, dizemos coisas de forma acidental ou involuntária que podem tornar-se inoportunas revelando aquilo que pensamos ou o que sentimos e que não queríamos revelar. As palavras que utilizamos nem sempre estão de acordo com a maneira como as transmitimos, (Phaneuf, 2004).

Perante o que foi dito até aqui deduz-se o quão importante é a forma como se comunica em contexto clínico.

Treinar os aspectos comunicacionais, deveria segundo Weinman (1997), fazer parte dos curricula dos profissionais de saúde, não só a nível teórico, mas através da utilização de *role-plays* que permitissem um treino efectivo desta técnica. Saber ouvir,

ajudar o doente a exprimir-se, ter atenção à comunicação não verbal, saber motivar, são alguns dos aspectos importantes que podem ajudar a melhorar a qualidade da relação profissional de saúde/utente.

Lo (1999), revela no seu estudo que a qualidade da comunicação e da relação estabelecida entre o profissional de saúde e o doente é crucial para o sucesso do processo de adesão ao regime terapêutico.

Assim, um dos grandes problemas começa logo pela culpabilização dos doentes pela não adesão à terapêutica, pondo logo em causa a eficácia comunicacional. Esta é uma causa que cada vez mais deixa de fazer sentido, uma vez que grande parte da responsabilidade da promoção da adesão está do lado dos profissionais de saúde, que se devem questionar sobre a sua forma de comunicar e intervir junto dos doentes.

Ramos (2004), chama a atenção para o facto de muitas vezes, os profissionais, não terem em conta as verdadeiras necessidades dos utentes e de não compreenderem o seu desejo de participação e informação sobre a doença e os tratamentos. Por vezes, a informação que o utente gostaria de ouvir não é dada, ou então, é dada de forma insuficiente, imprecisa e ambígua, com características demasiado técnicas e que podem acarretar consequências de várias ordens:

“ Aumenta o sofrimento, a ansiedade, o stresse, a insegurança e dificulta a adaptação psicológica à doença; origina insatisfação quanto à qualidade dos cuidados prestados e quanto ao comportamento profissional dos profissionais de saúde; aumenta as dificuldades e/ou erros de avaliação e diagnóstico; diminui a adesão a comportamentos preventivos, a medidas protectoras de saúde e a tratamentos medicamentosos ou de reabilitação; aumenta a possibilidade de abandono e/ou descuido na procura de cuidados, de procura de cuidados noutros serviços ou ao nível de outros sectores, como por exemplo, as medicinas alternativas, e a “correria” de profissional para profissional, de serviço para serviço” (Meadow, 1968, 1980; Schone, 1977; Zuckman, 1979; Cunningham et al, 1985; Ramos, 1986, 1987, Baker, 1991 citados por Ramos, 2004:298-299).

Este assunto tem merecido algum destaque nos últimos tempos, e de acordo com Bugalho e Carneiro (2004), os comportamentos e acções dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais etc.) têm sido alvo de investigações que permitam identificar quais os factores que contribuem para melhorar ou para agravar a adesão terapêutica dos doentes.

Bennett (2002), refere que na prestação de cuidados, a recolha de informação para fazer um diagnóstico e fornecer informação de modo a facilitar a compreensão do doente sobre o seu problema de saúde, deveria ser evidente e eficaz, mas na realidade este facto está longe de ser verdade. Muito trabalho há ainda a fazer para que a comunicação entre os profissionais de saúde e doente seja satisfatória. O mesmo autor aponta um estudo efectuado por Chaitchilk e colaboradores (1992) que refere que a seguir a uma consulta, uma percentagem muito significativa de doentes referiam não ter recebido qualquer nova informação sobre a doença e sobre o seu estado geral e que permaneciam com dúvidas que gostariam de ter clarificado. Muitos doentes só mais tarde, depois da consulta percebem que gostariam de ter colocado mais questões, referindo que por vezes se sentem inibidos para o fazer devido à pouca atenção dispensada pelos profissionais de saúde. De facto, seja muitas vezes pela sobrecarga de trabalho e o pouco tempo disponível para a consulta, seja pela falta de sensibilidade para os aspectos comunicacionais, o que é verdade é que a postura assumida pelos profissionais de saúde pode constituir uma barreira à comunicação com uma consequente diminuição da adesão por parte dos indivíduos.

6.5 A educação terapêutica na diabetes – Um processo de comunicação por excelência

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

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

Sabe-se actualmente, que uma das condições primordiais para que alguém adopte ou mude determinado comportamento, é que esteja munido dos conhecimentos necessários sobre o que tem que mudar e porque é que tem que mudar. O facto do indivíduo ter uma gestão ineficaz do regime terapêutico pode estar relacionado com inúmeros factores, como esquemas terapêuticos complexos, défice de conhecimentos sobre a forma de integrar as indicações terapêuticas no dia a dia, esquemas demasiado exigentes para a pessoa etc., (Paiva e Silva, 2005).

Por este motivo, a educação para a saúde não se pode basear num esquema unidireccional, e aquilo que se pretende mudar nos comportamentos de saúde tem que fazer sentido para os destinatários, (Bass, 1994).

Tal como diz Landsheere (1994:239), é uma actividade que “(...) *actualmente se desenvolve e que se caracteriza pelo seu projecto de conjunto, pela progressiva afinação de uma didáctica específica e por um sistemático recurso à ciência da comunicação*”. Esta actividade, segundo Neves et al (2001), pode ter lugar em qualquer sítio, não é sinónimo de instrução planeada para a saúde e não se pode limitar a esta, está vinculada à acumulação de conhecimentos, atitudes e práticas úteis e convenientes para a saúde.

Ainda segundo Carvalho (1990) citado por Neves et al (2001:47), “(...) *a importância da educação para a saúde é a de informar sobre a capacidade para melhorar a saúde mediante o seu próprio esforço (...)*”. Cada vez mais se preconiza que deve ser a própria pessoa a interessar-se pela promoção da sua saúde, já que não podemos esperar que essa seja uma preocupação apenas dos profissionais de saúde, já que, só com o empenho de cada um é possível a adopção e manutenção de estilos de vida saudáveis.

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

Na diabetes, a educação para a saúde é um elemento chave no processo terapêutico, constitui, de acordo com Neves et al (2001), uma das principais armas terapêuticas e é considerada na Declaração de S. Vicent, à qual Portugal aderiu em 1989, uma forma de eleição para a co-responsabilização do doente pelo controlo da sua doença estabelecendo objectivos cuja finalidade é a melhoria dos cuidados e a inserção social das pessoas de todas as idades.

A educação do diabético tem já um longo percurso, e podemos referir que teve o seu início em meados do século XIX, altura em que dois nomes importantes dominavam a história da diabetes, Claude Bernard (1813-1878) e Apollinaire Bouchardat (1806-1886), que preconizavam uma dieta cientificamente baseada na restrição hidrocarbonada. Bouchardat descobriu a importância e o valor do exercício físico afirmando que *o diabético tem que ganhar o pão que come com o suor do seu rosto*. Educava os seus diabéticos responsabilizando-os pelo auto-controlo de uma dieta de restrição de hidratos de carbono individualizados, comendo o menos possível e fazendo

exercício físico. Foi também Bouchardat que utiliza pela primeira vez os testes colorimétricos para pesquisa de glicosúria, responsabilizando mais uma vez o diabético no seu auto-controlo.

Elliot P. Joslin foi, já no séc. XX, talvez o maior diabetologista de todos os tempos e aquele que examinou pessoalmente o maior número de diabéticos. Com a sua clínica e o seu livro *O Tratamento da Diabetes Mellitus*, que durante muito tempo foi considerado a *Bíblia da Diabetes*, responsabilizou o diabético pela auto-vigilância de glicosúrias, pelas oscilações do peso corporal e pelo seu tratamento com uma dieta rigorosa. Desenvolveu sessões de ensino em grupo e individualizadas procurando integrar todos os novos conhecimentos respeitantes ao tratamento, (Lisboa, 2002; Caldeira, 2002).

As ideias e os conceitos referidos, ainda hoje não estão completamente desactualizados, no entanto, preconiza-se que a intervenção do profissional deixe de ser apenas centrada no conceito do *mestre* e do *aprendiz*, para passar a ser baseada numa parceria entre os dois actores intervenientes no processo de educação terapêutica.

A educação do diabético deve ser entendida à luz do que se pretende que seja o processo de educação terapêutica, que segundo a Direcção Geral de Saúde (2000:2) é um, “(...) *processo educativo preparado, desencadeado e efectuado por profissionais de saúde devidamente capacitados, com vista a habilitar o doente e a sua família a lidar com uma situação de doença crónica, como a diabetes, e com a prevenção das suas complicações.*”.

A educação terapêutica, de acordo com Raposo (2006), está concebida para treinar os doentes nas capacidades de aceitação, adaptação e autogestão da doença crónica e do tratamento que lhe está subjacente. Deve ter como principal objectivo, manter a qualidade de vida do doente diabético, ao mais alto nível possível, e proporcionar um efeito terapêutico adicional às outras intervenções terapêuticas, sejam elas farmacológicas ou não.

Segundo Figueirola (1990) citado por Oliveira (2000), educar os diabéticos sobre a sua doença constitui um recurso terapêutico tão importante como a dieta, a insulina, ou o exercício físico. Ao planear a educação é essencial considerar o que os diabéticos conhecem e acreditam acerca da doença, as suas capacidades, os recursos disponíveis, tendo em conta também o contexto familiar e social em que estão inseridos.

O processo de educação do diabético pressupõe então o envolvimento de uma equipa multidisciplinar que deve ser constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos,

dietistas/nutricionistas, farmacêuticos, podólogos, etc. Esta é uma equipa que se quer capacitada e treinada, de modo a que tenha habilidade para desenvolver programas de educação que assegurem o cumprimento dos objectivos da educação terapêutica. Por este motivo é fundamental que os profissionais de saúde envolvidos neste processo sejam competentes na realização desta actividade ajudando o diabético e a sua família a habilitar-se progressivamente para a tomada diária de decisões em relação à sua doença, tornando-os o mais independentes possível dos serviços e dos profissionais de saúde (DGS, 2000; ADA, 2002b).

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

Ganito (2002:35), acrescenta que,

“(...) a educação do diabético implica a utilização e aplicação das ciências humanas, nomeadamente na área da comunicação, da pedagogia e da psicologia. Educar implica cuidar, implica parceria e empatia (...) implica a aprendizagem da gestão da dependência entre o doente e o educador (...) não há educação se não houver aprendizagem.”

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

O *empowerment* não pretende ser uma nova técnica ou uma estratégia, mas sim uma nova visão da relação estabelecida entre o profissional e o diabético. O papel do diabético será estar bem informado e ser um parceiro activo da equipa de saúde, na elaboração e aplicação do seu plano terapêutico. O papel dos profissionais, é ajudar os

doentes a tomarem decisões informadas a estabelecerem os seus próprios objectivos, conseguindo ultrapassar as barreiras que vão surgindo no percurso de vida. Tudo isto será conseguido através de um programa de educação terapêutica adequado, prestando cuidados de qualidade e sendo uma fonte de suporte, sempre que o diabético dela necessite.

Heisler et al (2003), revelam que os diabéticos com mais educação, com crenças mais positivas sobre a eficácia do tratamento proposto, que participam juntamente com os profissionais de saúde nas decisões sobre o seu tratamento, apresentam melhores resultados no auto-cuidado com a diabetes.

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

Deci et al (2004), referem que a nível dos cuidados de saúde, e para a diabetes em particular, os profissionais de saúde que conseguem estabelecer um relacionamento sustentador da autonomia com os utentes, estabelecem com estes uma parceria na definição de metas relacionadas com a prevenção e o tratamento da doença, gestão da doença e prevenção de complicações. Para isso é necessário envolver o utente activamente nas decisões, dando-lhes os conhecimentos necessários e reconhecendo a sua individualidade. Por outro lado, profissionais que têm um tipo de relacionamento controlador da autonomia, tendem a pressionar os utentes para atingir determinado objectivo, sem se importar com a pessoa como um todo.

Relativamente à diabetes, só nos anos 70 a educação do diabético começa a ter impacto generalizado, especialmente após o trabalho de Miller e Goldstein, publicado em 1972, onde a eficácia da educação sobre 6000 diabéticos é demonstrada pela primeira vez, pela redução do número de complicações agudas e de hospitalizações, como se pode observar no Quadro nº 2.

Quadro nº 2 – Impacto da Educação no diabético

Educação	Hospitalizações dias/ano	Comas nº/ano	Problemas com os pés nº/semana	Chamadas telefónicas nº/dia
Não	5.6	300	320	1
Sim	1.7	100	40	20

Fonte: (Caldeira, 2002:410)

Bastos (2004), no seu estudo, em que desenvolveu um plano educacional para diabéticos, verificou que este mostrou ser eficiente nos diabéticos em indicadores de resultado, como os níveis de adesão ao regime terapêutico, os conhecimentos, e repercutiu-se positivamente nos indicadores biológicos como o IMC, o perímetro abdominal, a TA diastólica e no controlo metabólico da glicose avaliado através da HbA1c.

Há evidências substanciais em mais de 400 estudos que promoveram a educação para auto-gestão das doenças crónicas, em que os resultados de saúde são francamente melhores (*Center for the Advancement of Health*, 1996 citado por WHO, 2002). Glasgow (1995), refere também a importância que a educação tem na prevenção de complicações e sugere que se divulguem programas que promovam a interacção entre o doente e o profissional de saúde e que enquanto equipa, tenham a capacidade de aderir às guidelines para os cuidados com a diabetes.

6.6 A utilização de estratégias educacionais e comportamentais pelos enfermeiros na promoção da adesão e gestão do regime terapêutico

Em relação à promoção da adesão terapêutica junto dos indivíduos com patologia crónica, podemos definir de acordo com a literatura consultada dois tipos de estratégias/intervenções: as educacionais e as comportamentais (Ogden, 1999; Bennett, 2002; WHO, 2003; Bugalho e Carneiro, 2004).

As intervenções educacionais têm como objectivo promover o conhecimento do doente/família acerca da doença e/ou medicação. As intervenções comportamentais consistem em incorporar na rotina diária mecanismos de adaptação e facilitação para os tratamentos propostos (promover o auto-cuidado).

As estratégias utilizadas nas **intervenções educacionais** podem incluir o fornecimento de informação escrita, oral, através de meios audiovisuais, com intervenções individuais ou em grupo. Este tipo de abordagem reflecte-se na melhoria de conhecimentos relativamente à doença e ao tratamento, permitindo a compreensão da necessidade de cumprimento do esquema proposto (Bugalho e Carneiro, 2004).

Em relação à transmissão de informação oral Ley (1989) citado por Ogden (1999), sugeriu que uma das formas de melhorar a adesão está ligada à qualidade do conteúdo da comunicação oral. Para este autor deve ter-se em consideração os seguintes aspectos que aqui destacamos: o efeito da primazia (os doentes têm tendência a recordar aquilo que lhes é dito em primeiro lugar); explicitar a importância da adesão; simplificar

as informações; usar a repetição; ser claro; seguir a primeira abordagem com entrevistas adicionais.

Esposito (1995), revelou no seu estudo que os indivíduos a quem tinha sido fornecido por escrito todos os dados relativamente à toma dos medicamentos, comparativamente a outros a quem foi dada informação apenas oralmente, tiveram menos erros na toma dos medicamentos. Também outros investigadores analisaram o efeito da informação escrita sobre a medicação e descobriram que em 90% dos estudos, esta aumentava o conhecimento dos doentes, aumentava o grau de adesão em 60% e em 57% dos estudos melhorava os resultados.

Bugalho e Carneiro (2004), referem que muitos estudos que utilizam a educação como meio para aumentar a adesão terapêutica traduzem não só a facilidade com que a medida é implementada, mas também reconhecem a sua importância. Grande parte dos programas inclui informações individualizadas (onde se inclui a participação da família), sobre a doença, a necessidade de monitorização (feita pelo próprio doente ou por profissionais de saúde de forma programada e continuada) e o tratamento de manutenção ou de eventuais intercorrências (número de tomas, horário, efeitos adversos e secundários, interferência com a alimentação ou com outros fármacos etc.)

A informação por escrito pode ser uma das estratégias a utilizar, mas não a única quando se pretende aumentar a adesão.

Relativamente às **estratégias/intervenções comportamentais**, os mesmos autores referem que estas têm sido estudadas em vários trabalhos de investigação que procuram averiguar o grau de adesão à terapêutica e a presença de barreiras à mesma, reforçando a necessidade de manutenção do tratamento e o fornecimento de instrumentos para o cumprimento do plano terapêutico.

As intervenções comportamentais podem ser divididas em cinco grupos:

1) Aumento da comunicação e aconselhamento – de forma directa na consulta de enfermagem ou através de contacto telefónico; mensagens telefónicas automáticas; mensagens geradas automaticamente por computador; intervenção familiar.

As medidas relativas à comunicação e aconselhamento, têm como finalidade a aquisição de mecanismos facilitadores, quer para o doente e família como para os profissionais de saúde, encontrando uma via de dialogo e de partilha que permita ajustar o plano terapêutico às necessidades do doente

Uma das estratégias que já foi estudada com sucesso, prende-se com a disponibilidade de contacto telefónico entre os utentes e o enfermeiro, em que se

verificou que os diabéticos que participaram no programa de cuidados pelo telefone reduziram entre 1 e 2% o valor de HbA1c que era resultado de um cumprimento mais eficaz da terapêutica, do plano alimentar e da auto-vigilância e de poderem esclarecer dúvidas sempre que necessário, (Kim e Oh, 2003).

2) Simplificação do regime terapêutico – através da diminuição do número de tomas dos medicamentos; diminuição do número total de fármacos; fornecimento da medicação no local de trabalho (saúde ocupacional, medicina do trabalho).

Esta medida deve ser utilizada sempre que possível, já que é uma medida de implementação simples e tem sido demonstrado que o seu impacto é positivo, permitindo minimizar ou mesmo abolir, os problemas gerados pela não adesão ao plano proposto. É também importante que as alterações ao esquema terapêutico sejam feitas o mínimo de vezes possível, porque vai interferir com a correcta memorização e consequente adesão, (Bugalho e Carneiro, 2004).

Simplificar o regime terapêutico a nível das tomas diárias não compete ao enfermeiro, uma vez que as prescrições de terapêutica são da competência do médico. No entanto se o utente vem à consulta de enfermagem e se o enfermeiro identifica que o facto de o esquema terapêutico ser complexo está a ser um factor dificultador no processo de adesão deve partilhar este conhecimento com o médico do utente para que em conjunto se encontre uma solução.

3) Utilização de memorandos – através de embalagens especiais (por exemplo empacotamento da medicação em embalagens individuais com o dia e o horário da toma); informação visual sobre a toma dos medicamentos; caixas de contagem e distribuição da medicação; alertas para a adesão a consultas médicas e à terapêutica; alertas para a aquisição de receituário para manutenção do plano terapêutico proposto (carta, oral, telefone, computador...).

Esta é uma medida que pode assumir uma grande importância, especialmente em doentes já com idade avançada, uma vez que é uma ajuda ao cumprimento do esquema terapêutico, bem como à adesão às consultas médicas ou de enfermagem.

A utilização de novas tecnologias como os telemóveis, os computadores etc podem desempenhar um papel importante neste contexto, quer para os doentes, quer para os profissionais de saúde, (Bugalho e Carneiro, 2004).

4) Reforço ou recompensa pela melhoria da adesão ao plano e resultados terapêuticos – redução do número de consultas; incentivos monetários; facilitação da

aquisição de bens como por exemplo medidor de glicemia capilar, esfignomanómetro etc., são algumas das medidas preconizadas, (Bugalho e Carneiro, 2004)

Verifica-se que a implementação de incentivos financeiros melhoraram a adesão, verificando-se uma melhor relação custo-eficácia (Bugalho e Carneiro, 2004; Groves e Wagner, 2005). Estes incentivos podem ser aplicados tanto aos profissionais de saúde, de modo a que desenvolvam junto dos doentes estratégias que contribuam para a aumentar o grau de adesão à terapêutica, como aos doentes, especialmente naqueles que apresentem escassos recursos económicos e naqueles em que a informação sobre a necessidade de cumprimento da terapêutica e os respectivos benefícios não surtiu efeito. Este tipo de intervenção para além de melhorar a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes, facilita a adesão à terapêutica em termos permanentes.

5) Envolvimento do indivíduo no seu tratamento – através da auto-monitorização da doença (medição da glicemia, tensão arterial, peso, etc.); auto-administração do tratamento.

Bugalho e Carneiro (2004), referem que a participação do doente no tratamento é actualmente fundamental, especialmente nas patologias crónicas. Estas doenças exigem auto-controlo e auto-administração de terapêutica para toda a vida. É importante que o doente se consciencialize da sua condição de doente crónico aceitando a doença e desenvolvendo capacidades para gerir a sua doença. Muitas vezes a complexidade dos tratamentos, aliada às alterações da memória e compreensão, verificadas especialmente nos idosos pode comprometer a capacidade de gerir a doença, sendo fundamental nestes casos identificar o apoio familiar e social que o individuo dispõe envolvendo-os no processo de adesão.

A forma como os profissionais envolvem o doente no tratamento é fundamental neste processo, daí que o modelo tradicional e paternalista de abordagem ao doente por parte dos profissionais de saúde, pode levar a que este não tenha um papel activo na sua saúde, não assumindo a responsabilidade pelo seu tratamento.

Os cuidados de saúde têm sido tradicionalmente centrados no médico, mas cada vez mais os sistemas de saúde tendem a incorporar e a valorizar a perspectiva do doente. Preconiza-se actualmente a prática de cuidados centrados no doente, que sejam congruentes, e que respondam às necessidades, preferências e vontade dos doentes. Esta mudança de atitude pressupõe aumentar a participação do doente no tratamento e aumentar o sucesso do sistema de cuidados de saúde. Actualmente é aceite que a acção

do indivíduo é decisiva para a promoção ou para a protecção da sua saúde, para a prevenção ou tratamento das suas doenças, (Ogden, 1999; Ribeiro, 2005; Pawar, 2005).

No entanto, não podemos esquecer que nem sempre os utentes estão preparados para seguir um modelo em que é o próprio doente que deve decidir sobre os seus cuidados. Alguns estudos relacionados com a satisfação dos doentes em relação à abordagem dos profissionais de saúde revelam que muitos utentes continuam a preferir o modelo tradicional ao modelo de abordagem partilhada, (Ogden, 1999). Esta é também uma dificuldade a considerar, se aos profissionais de saúde é difícil aceitar que o doente deve participar nas decisões sobre a sua saúde, aos doentes também é difícil a mudança de mentalidade, que implica por parte deste que seja um actor que interage em todo o processo em vez de um mero espectador que espera que os outros decidam por si aquilo que tem que fazer. É por isso importante, que se avalie que tipo de doente é que temos e utilizar a estratégia mais adequada.

Tendo em conta os muitos estudos efectuados, existe uma evidência sobre a eficácia da utilização das várias intervenções, educacionais, comportamentais ou mistas (Bugalho e Carneiro, 2004). De acordo com Joyce-Moniz e Barros (2005), o modelo ideal tem que transformar-se muitas vezes no modelo possível, e as ideias e as acções exemplares nas que são mais apropriadas a determinado doente. “*À uniformidade normativa das acções preventivas para o doente ideal sucede a multiplicidade de acções curativas ou paliativas para o caso concreto*” (p.20)

Cabe aos profissionais de saúde, investir nesta área que tem tanto de complexa como de apaixonante, efectuando escolhas e adaptando as suas intervenções às necessidades daqueles que são o seu alvo de atenção - os clientes do sistema de saúde.

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

7. DA PROBLEMÁTICA AOS PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

“Do trabalho e da experiência aprendeu o homem a ciência”

De acordo com Fortin (1999), a etapa inicial de um trabalho de investigação deve ter como base, encontrar um problema que interesse e preocupe o investigador e que ao mesmo tempo tenha importância para a disciplina que se pretende estudar. Assim, o tema escolhido para a realização do estudo, prende-se em primeiro lugar com as inquietações que surgem da prática diária na prestação de cuidados aos diabéticos no Centro de Saúde da Lourinhã, e também, pela actualidade e pertinência que caracteriza as questões que se relacionam com as doenças crónicas e com a adesão e a gestão dos regimes terapêuticos propostos.

A WHO em 2002 e 2003 elaborou dois relatórios que expressavam as suas preocupações com a fraca adesão ao regime terapêutico nas patologias crónicas. Esta preocupação faz sentido tendo em conta as consequências que daí advêm para a saúde das populações, e a necessidade de se desenvolverem estudos que promovam a compreensão do fenómeno e também que permitam encontrar estratégias que melhorem este indicador e que se traduzam em ganhos em saúde.

A gestão eficaz do regime terapêutico implica muitas vezes a mudança de comportamentos e a adopção de estilos de vida saudáveis o que torna difícil a sua concretização. O Ministério da Saúde em 2003, através do Plano Nacional de Saúde reconhecia esta problemática e referia a importância de se estudar e combater as causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida, onde se inclui a Diabetes.

Como já referimos anteriormente, a promoção da gestão eficaz do regime terapêutico, deve ser entendida sobre uma perspectiva holística, pelo facto de envolver numerosos factores, (WHO, 2003).

Vários autores apontam a importância que a relação estabelecida entre o profissional de saúde e o diabético tem no sucesso da adesão ao regime terapêutico. Esta relação deve basear-se numa aliança que conduza à promoção do auto-controlo e do auto-cuidado imprescindíveis na gestão eficaz da diabetes. Esta aliança só é possível se existir um clima de relação terapêutica que proporcione ao utente satisfação com os cuidados prestados.

Uma das preocupações da Ordem dos Enfermeiros (2003), é garantir a qualidade na prestação de cuidados e que essa qualidade se reflecta num aumento dos ganhos em saúde e na conseqüente satisfação dos utentes que é um excelente indicador da qualidade. Por este motivo, a O. E. incentiva o desenvolvimento da construção de instrumentos e de estudos que avaliem esta dimensão, (Ribeiro, 2005b).

Ajudar o diabético a gerir de forma adequada o regime terapêutico, é um grande desafio que se coloca actualmente às equipas que fazem desta área o seu foco de atenção, para tal, é necessário conhecer o diabético em todas as dimensões incluindo o suporte social que tem disponível e que pode ser fundamental no controlo da diabetes.

Da prática diária na consulta de enfermagem ao utente com diabetes, temos verificado que a família pode ter um papel contraditório na colaboração no controlo da diabetes, ou seja, se em certos momentos e actividades é fundamental a sua ajuda, noutros constitui uma barreira que se traduz no insucesso do cumprimento do plano terapêutico. Para além deste aspecto, não são raras as vezes em que a família se demite do seu papel de cuidador, o que dificulta muitas vezes a articulação entre a equipa de saúde, o utente e o meio que o envolve.

Reflectindo em todos estes pontos, surgiu nossa questão de investigação, que de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), deve partir de um problema que o investigador gostaria de resolver, ou com uma questão que gostaria de responder:

De que modo o suporte social e a satisfação com os cuidados prestados na consulta de enfermagem condicionam a adesão às actividades de auto-cuidado e a eficácia da gestão terapêutica em diabéticos tipo 2?

É a partir desta questão que iremos desenvolver a nossa investigação tentando encontrar respostas que nos ajudem a compreender melhor a problemática em estudo.

7.1 Objectivos do estudo

Com a elaboração deste trabalho pretendemos contribuir para um melhor atendimento aos utentes com diabetes do Centro de Saúde da Lourinhã. Para isso, é necessário conhecer a perspectiva do utente com diabetes sobre a forma como lhe têm sido prestados os cuidados de enfermagem, bem como, conhecer melhor os diabéticos que recorrem à consulta, as suas representações, a sua capacidade para gerir o regime terapêutico e também o papel que o apoio social tem nesta dinâmica.

Assim, estabelecemos como objectivos de estudo:

- Conhecer as representações que o diabético tipo 2 tem em relação à diabetes e de que forma estas influenciam a vivência da doença no dia a dia;
- Identificar o nível de adesão às actividades de auto-cuidado do diabético tipo 2;
- Analisar de que forma os diabéticos integram a gestão do regime terapêutico na sua vida diária;
- Identificar as dificuldades sentidas pelo diabético na gestão do regime terapêutico;
- Analisar de que forma o suporte social contribui para a gestão eficaz do regime terapêutico;
- Identificar o grau de satisfação do diabético relativamente aos cuidados prestados na consulta de enfermagem, nomeadamente quanto à comunicação/informação.

7.2 Tipo de estudo

A problemática desenhada, a pergunta de partida e os objectivos estabelecidos apontam para realização de um estudo transversal, e de natureza exploratório-descritivo. No contexto em que decorreu o estudo, nunca se efectuou uma investigação que explorasse este fenómeno, e a nossa intenção é “...*estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação*”, (Carmo e Ferreira, 1998:213).

Será utilizada uma metodologia mista, uma vez que o estudo terá duas componentes de análise, uma de carácter quantitativo e outra, qualitativo. Carmo e Ferreira (1998) citam Reichardt e Cook (1986) para referir que o investigador pode ter necessidade de recorrer à combinação dos atributos dos dois paradigmas, qualitativo e quantitativo, para conseguir dar resposta de forma eficaz ao problema em estudo. Polit, Beck e Hungler (2004), também reforçam esta ideia referindo que a utilização dos métodos disponíveis nos dois paradigmas podem tornar mais rico o estudo que se pretende efectuar, uma vez que os métodos são frequentemente complementares nos seus pontos fortes e nas suas limitações, podendo ser usados com sucesso na mesma investigação.

7.3 As técnicas e instrumentos de recolha de dados

Fortin (1999:240), refere que para um estudo de carácter exploratório-descritivo, onde o investigador “*visa acumular a maior quantidade de informações possíveis, afim de abarcar os diversos aspectos do fenómeno*”, devem ser escolhidos instrumentos de recolha de dados como a observação, as entrevistas semi-estruturadas, o material de registo etc.

Assim, para a recolha de dados efectuou-se um inquérito por entrevista que abarcou a aplicação de três instrumentos, de modo a operacionalizar os objectivos estabelecidos para este estudo.

A escolha do método de recolha de dados, teve em conta o facto dos participantes apresentarem um baixo nível de escolaridade e de, na sua maioria pertencerem a uma faixa etária elevada.

A utilização de três instrumentos de recolha de dados teve como objectivo a triangulação de dados, que de acordo com Patton (1990) citado por Ferreira (1998) contribui para tornar mais sólido o plano de investigação.

Sousa e Bastos (2005), referem que os profissionais de saúde que pretendem efectuar trabalhos de investigação, devem ter em atenção que as medidas utilizadas para avaliar a adesão, devem respeitar critérios de fidelidade e validade, e que, no mesmo estudo podem ser utilizadas diferentes metodologias que combinem auto-relatos com medidas objectivas, uma vez que não existe uma estratégia óptima de medida.

Para além da aplicação directa dos instrumentos de recolha de dados aos participantes, recorreremos ainda à análise documental, através da consulta dos processos dos utentes, onde constam os registos de enfermagem, para a identificação dos dados de monitorização.

Entrevista semi-estruturada

Polit, Beck e Hungler (2004:252), referem que a entrevista semi-estruturada, deve ser usada “*(...)quando o pesquisador tem uma lista de tópicos que devem ser cobertos*” e por este motivo deve utilizar um guião de entrevista para garantir que todas as áreas das questões são abrangidas. O papel do entrevistador deve centrar-se no encorajamento dos participantes a falarem livremente sobre todos os aspectos contemplados pelo guião.

Assim, elaboramos um guião de entrevista (Anexo I) especificamente para o estudo em questão após a realização de entrevistas exploratórias aos elementos da equipa da consulta de enfermagem ao utente com diabetes do Centro de Saúde da Lourinhã, de modo a que fossem abordados todos os aspectos pertinentes para a compreensão do fenómeno em estudo. O guião é composto por perguntas abertas e fechadas.

Com a realização da entrevista pretendemos atingir os seguintes objectivos:

- Efectuar a caracterização sócio-demográfica: idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, situação profissional, tipo de família a que pertence, situação financeira;
- Efectuar a caracterização clínica: anos de diabetes, tipo de tratamento, complicações da diabetes, intercorrências, dados de monitorização (peso, altura, IMC, HbA1c, Tensão arterial), doenças concomitantes;
- Estudar as representações sobre a diabetes, ser diabético e gestão do regime terapêutico;
- Identificar as dificuldades sentidas na gestão do regime terapêutico;
- Identificar aspectos relacionados com a autonomia para as actividades de auto-cuidado: auto-vigilância da glicemia; toma de medicamentos; cuidados aos pés, alimentação; e exercício;
- Identificar aspectos relativos ao suporte social disponível para as actividades de auto-cuidado;
- Identificar dados relativos à participação na consulta de enfermagem: tempo de frequência na consulta e se costuma vir sozinho ou acompanhado; importância de estar integrado na consulta, aspectos positivos e negativos da consulta e sugestões para melhorar;
- Estudar a percepção sobre os conhecimentos que tem da diabetes.

O registo das respostas às questões abertas, foi efectuado por escrito directamente pelo investigador aquando da realização das entrevistas, escrevendo exactamente as palavras que eram proferidas pelos participantes.

Questionário de Avaliação das Actividades de Auto-Cuidado com a Diabetes

Para avaliação das actividades de auto-cuidado com a diabetes foi utilizado o “*Questionário de Avaliação das Actividades de Auto-Cuidado com a Diabetes*”, versão

traduzida e adaptada para Portugal por Bastos e Lopes (2004) da escala “*Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure -SDSCA*” de Glasgow, Toobert, Hampson (2000). A escolha deste instrumento deve-se ao facto de ser um dos instrumentos de medida mais utilizados na avaliação das actividades de auto-cuidado com a diabetes, em adultos, em que a adesão é medida indirectamente através dos níveis de auto-cuidado. Vários estudos referem que esta é uma escala de medida multidimensional de autogestão da diabetes, que comporta uma adequada fiabilidade teste-reteste, e evidência de validade e sensibilidade à mudança, (Toobert et al, 2000, referido por Bastos, 2004).

Bastos (2004:88), refere que “*a versão final da escala traduzida e adaptada culturalmente, obtida pela análise dos componentes principais, explica 70% do fenómeno de adesão e apresentou uma consistência interna aceitável com $\alpha = 0,59$* ”.

A versão do SDSCA utilizada no estudo (Anexo II), é composta por 6 dimensões: alimentação, exercício físico, medicação, monitorização da glicemia, cuidados aos pés e hábitos tabágicos. A avaliação é parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7, correspondendo aos comportamentos adoptados nos últimos sete dias, sendo o zero a situação menos desejável e sete a mais favorável. As questões de 2.2 a 2.8 que pontuariam pela negativa foram recodificadas invertendo a pontuação: 0=7; 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1; 7=0.

Os hábitos tabágicos foram considerados separadamente das restantes variáveis por estarem codificados de forma diferente, sendo considerado para efeitos de análise o número de fumadores e o número de cigarros consumidos por dia.

Em relação às questões que dizem respeito à auto-vigilância da glicemia, fizemos neste estudo uma alteração à escala traduzida. A avaliação será efectuada questionando os participantes sobre quantos dias por semana efectuam a auto-vigilância da glicemia e quantos dias/semana lhe tinha sido recomendado que o fizesse. Este pormenor foi discutido directamente com a autora da tradução que referiu também já ter detectado esta dificuldade e estar a proceder ao seu ajuste.

Uma vez que a adesão ao tratamento da diabetes é multidimensional e complexa, abarcando áreas tão distintas como a alimentação e o exercício, faz com que o indivíduo possa aderir totalmente a uma das recomendações e não aderir nada a outra. Por este motivo iremos avaliar cada dimensão separadamente.

Apesar de este instrumento ser normalmente utilizado por auto-preenchimento, neste estudo devido à baixa escolaridade dos participantes e idade foi aplicado no contexto da entrevista.

Escala de Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no Centro de Saúde - SUCECS₂₆

Com o objectivo de avaliar o grau de satisfação dos diabéticos relativamente aos cuidados prestados na consulta de enfermagem no Centro de Saúde da Lourinhã, aplicamos a “*Escala de Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde – SUCECS₂₆*” de Ribeiro (2003), que foi construída e validada para a população portuguesa. (Anexo III)

De acordo com Ribeiro (2003), esta escala é um instrumento de medida que avalia seis dimensões:

Qualidade na assistência – Estes itens parecem expressar o modo como os enfermeiros se relacionam com os utentes, quando estes ocorrem ao centro de saúde. Expressam a atitude do enfermeiro em situação de prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente, a paciência, o envolvimento na relação, que determinam a satisfação com os cuidados prestados. Esta dimensão encontra-se presente nas questões 11, 21, 24, 25, 26, 27, 30, 31 e 32.

Individualização da informação – Reflecte o modo como os indivíduos perceberam o processo de comunicação que o enfermeiro estabeleceu com eles. Na generalidade, o conteúdo dos itens refere-se ao comportamento adoptado pelo enfermeiro na transmissão de informação, sobre o modo como os enfermeiros tornam a comunicação eficaz. A informação proporcionada aos utentes tem sempre como pressuposto uma necessidade do individuo e, por outro lado, a informação, neste caso, não é um fim em si mesmo, mas antes um meio para que o individuo aprenda a lidar com a situação saúde/doença. Esta dimensão encontra-se presente nas questões 1, 2, 6, 7, 8 e 10.

Envolvimento do utente – Reflecte a ideia geral de que o utente se encontra satisfeito pelo facto de sentir que o enfermeiro desenvolve todo um trabalho centrado na pessoa, demonstrando disponibilidade para com ela, considerando a sua opinião na concepção dos cuidados e mostrando ao utente que conhece bem a sua situação clínica e, portanto, os cuidados que lhe propõe encontram aí (nesse conhecimento) a sua justificação. Esta dimensão encontra-se presente nas questões 22, 28 e 29.

Informação dos recursos – Expressa a importância da transmissão de informação sobre os recursos disponíveis. Um conhecimento mais amplo dos serviços que tem à sua disposição, e como pode utilizá-los, facilitará um melhor acesso aos cuidados de saúde. Esta dimensão encontra-se presente nas questões 4, 5 e 12.

Formalização da informação – Reflete a ideia de que na actividade do enfermeiro existe, também, um papel ligado aos aspectos mais formais da sua actividade, nomeadamente nas questões relacionadas com o proporcionar informação escrita, assim como da explicação dos direitos e deveres dos utentes no contexto dos cuidados, de forma a que a participação dos utentes seja informada. Esta dimensão encontra-se presente nas questões 9 e 13.

Promoção do elo de ligação – Expressa a preocupação de envolvimento da família, ou pessoas mais próximas, no processo de cuidados. A ideia geral é a de que, a ajuda e o apoio ao indivíduo não se esgotam no interior dos serviços de saúde. Por outro lado, o facto do utente ter a possibilidade de contactar sempre, ou quase sempre, o mesmo enfermeiro, constitui um factor promotor de segurança e facilitador da utilização dos serviços de saúde. Esta dimensão encontra-se presente nas questões 3, 14 e 18.

O formulário SUCECS26 é composto por vinte e seis questões de resposta tipo likert (1-3).

Relativamente às características métricas do instrumento, a escala apresenta uma consistência interna com um valor $\alpha = 0,892$. A validade do constructo foi realizada pelo recurso à análise factorial, em que foram identificadas as seis dimensões referidas acima, que explicam 62% da variância total.

O instrumento foi criado para ser aplicado através de entrevista telefónica e para avaliar os cuidados de enfermagem prestados em geral no centro de saúde, no entanto para o nosso estudo, o formulário foi aplicado directamente em contexto de entrevista e foi pedido aos participantes que centrassem as suas respostas apenas nos cuidados prestados na consulta de enfermagem ao utente com diabetes. Para além deste aspecto, há também a referir, que não aplicamos a parte inicial do formulário que pretende efectuar a caracterização sócio-demográfica da amostra, uma vez que, o nosso guião já incluía estes dados. As alterações que acabamos de enumerar, foram referidas à autora da escala aquando do pedido de autorização para utilização do instrumento, tendo esta concordado.

Durante a realização das entrevistas, houve por parte da investigadora a preocupação de proporcionar um ambiente que conduzisse ao diálogo franco, permitindo a expressão de opiniões dos participantes de acordo com aquilo em que acreditam, bem como, esclarecer dúvidas, sem no entanto influenciar as respostas.

Análise documental/Registos de enfermagem

Para além dos instrumentos de recolha de dados que especificamos, contámos ainda com o recurso à análise documental como técnica complementar às entrevistas. Tivemos necessidade de consultar os registos de enfermagem contidos nos processos da consulta, com o objectivo de identificar dados de monitorização: peso, altura, IMC, perímetro abdominal, tensão arterial e HbA1c. Consideramos para o estudo os valores observados na última consulta, uma vez que algumas entrevistas foram realizadas no domicílio dos participantes e não seria possível avaliar estes dados de forma igual a todos os participantes.

Na consulta de enfermagem os dados de monitorização são obtidos através das seguintes técnicas:

Peso – é utilizada uma balança digital, com escala em kg, em que a pessoa se coloca no centro da plataforma, vestido mas sem sapatos e sem casaco ou objectos que possam alterar o peso.

Altura – é avaliada com o estadiómetro, com os participantes em pé, descalços e com os calcanhares unidos e encostados à parede, sendo a avaliação efectuada em centímetros.

IMC – é calculado tendo em conta o valor peso e altura através da formula $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura (m)}^2$. De acordo com a ADA (2005) considera-se que o individuo tem excesso de peso quando o IMC está entre 25 e 29,9 Kg/m² e que é obeso quando o IMC é superior a 30,0 Kg/ m².

Perímetro abdominal – a avaliação deste parâmetro é obtida através da medida do perímetro ao nível da cicatriz do coto umbilical, num plano horizontal à volta do abdómen e paralelo ao chão. É pedido ao indivíduo que respire normalmente e no final da expiração, sem comprimir e junto à pele, é feita a avaliação. De acordo com a ADA (2005) e adoptado pela APMCG nas suas recomendações para 2006, considera-se que existe risco elevado de diabetes tipo 2, doença cardiovascular e hipertensão, quando o perímetro abdominal nos homens é superior a 102 cm e nas mulheres superior a 88 cm

Tensão arterial – é avaliada, com o indivíduo sentado e após um período de repouso de pelo menos 10 minutos, com o braço colocado em cima da secretária ao nível do coração. Para os diabéticos é considerado como ideal valores < 130/80 mmHg, (DGS, 2004).

Hemoglobina glicada A1c – foram considerados os valores que os indivíduos apresentaram nas análises laboratoriais requisitadas pelos médicos de família e que tivessem sido feitas até 3 meses antes, ou 3 meses após a colheita de dados. Para os indivíduos que não tinham estes dados no processo de enfermagem foi solicitada a colaboração dos respectivos médicos de família para o fornecimento destes dados. Considerou-se como objectivo óptimo para o controlo da diabetes valores de HbA1c <6,5-7, razoável entre 7-7,5 e como mau controlo >7,5, (Caldeira, 2003).

A HbA1c é considerada actualmente o principal meio de avaliação do controlo da diabetes e por este motivo, qualquer trabalho de investigação que aborde o tratamento da diabetes tem que incluir este parâmetro, (Duarte, 2002).

A consulta dos processos de enfermagem foi ainda útil para confirmar as recomendações relativas à auto-vigilância e outros dados que se revelassem pertinentes no momento da recolha de dados.

Pré-teste

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004) os instrumentos elaborados e escolhidos para a realização do estudo devem ser discutidos com alguns colaboradores ou colegas e pré-testados numa pequena amostra de participantes. Deste modo é possível determinar se o instrumento foi construído com “*clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas*”(p.255).

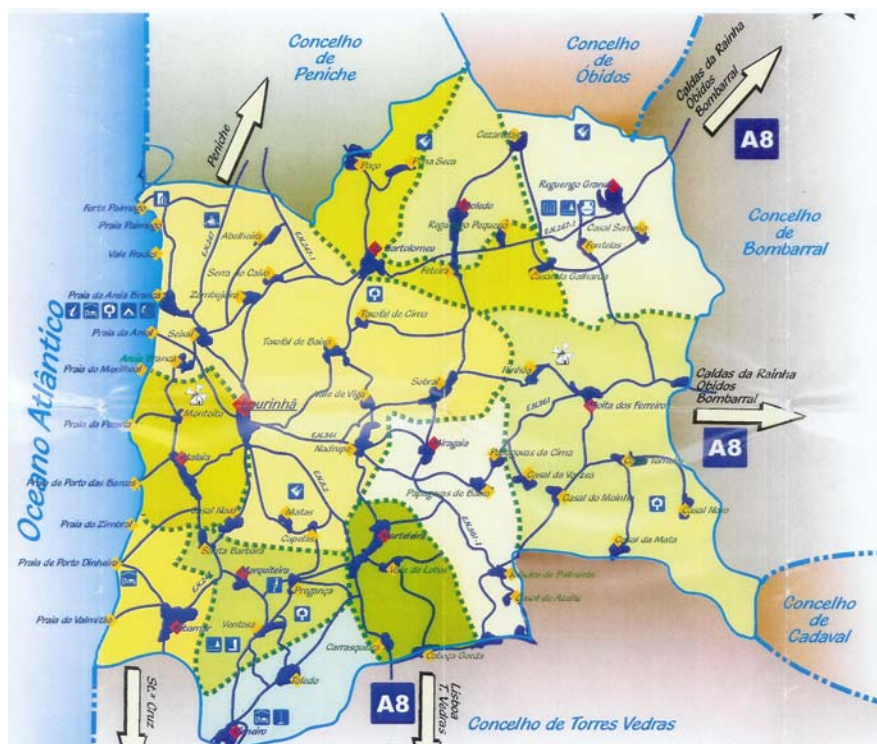
Foi nesta perspectiva, para que pudéssemos identificar as dificuldades que poderiam surgir na aplicação dos instrumentos, quer na compreensão das questões colocadas, quer no encadeamento das várias questões, que se realizou um pré-teste no final do mês de Fevereiro, a três diabéticos pertencentes à consulta de enfermagem com as mesmas características dos participantes do nosso estudo. Houve necessidade de efectuar pequenos ajustes, nomeadamente nalgumas perguntas com várias possibilidades de resposta.

7.4 Contextualização e caracterização do local do estudo

Uma vez que o estudo decorreu no **Centro de Saúde da Lourinhã** julgamos ser importante caracterizar o meio envolvente já que este tem extrema importância na compreensão de alguns aspectos relacionados com a gestão do regime terapêutico.

O **concelho da Lourinhã** fica situado no extremo sul da Costa de Prata e dista a setenta e cinco km da capital de distrito – Lisboa. É constituído por 11 freguesias das quais apenas uma é considerada urbana (Lourinhã), todas as outras são essencialmente rurais. De acordo a Segurança Social, o concelho é considerado “eminentemente rural”, (Câmara Municipal da Lourinhã - CML, 2005:9).

Figura nº 2 – Mapa do Concelho da Lourinhã



Fonte: Câmara Municipal da Lourinhã (s.d.)

A sua localização junto à costa, a proximidade com a Área Metropolitana de Lisboa, as características ambientais e paisagísticas e as boas acessibilidades rodoviárias têm revestido o concelho da Lourinhã de algum dinamismo demográfico e económico, que se tornou mais evidente na última década.

De acordo com dados dos Censos de 2001, referidos pela CML (2005), o concelho tem 23.265 habitantes, dos quais 50,67% são mulheres e 49,33% são homens. Relativamente à estrutura etária da população verifica-se que o concelho tem

apresentado um decréscimo significativo no grupo etário mais jovem (entre 0 e 14 anos) e que o aumento mais significativo é na faixa etária da população com mais de 65 anos, o que está de acordo com o envelhecimento demográfico verificado a nível nacional.

Quanto à caracterização sócio-económica do concelho verifica-se um forte contraste entre o interior e o litoral. O interior apresenta uma área agrícola que ocupa 80% do território do concelho, sendo que a principal actividade económica é a agricultura. O litoral apresenta em evidência as actividades ligadas ao mar como a pesca e, sazonalmente o turismo. Existe assim, um contraste entre o interior marcadamente rural e o litoral com as actividades turísticas relacionadas com as praias.

A agricultura é praticada em pequenas explorações e tem evoluído de um regime de quase subsistência, para uma produção excedentária vocacionada para o mercado. As principais culturas são a vinha e os pomares de pêra e maçã. A criação de animais, suinicultura e avicultura, tem vindo a crescer e a assumir um papel importante. Tal como se verifica noutras regiões do país, o sector terciário está também com maior expressividade.

Assim, relativamente à população residente empregada, e segundo os grupos profissionais, prevalecem os “operários, artificies e trabalhadores similares” com 23,2%, os “trabalhadores não qualificados” com 15,7% e os “agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca” com 15,3%. Verifica-se assim, um cenário de qualificações profissionais muito carenciado.

A situação apontada anteriormente, não é de estranhar se tivermos em conta que o concelho da Lourinhã, em 2001, apresentava uma taxa de analfabetismo de 11,7%, e que, apenas 18,4% da população, possui a escolaridade mínima obrigatória.

O concelho da Lourinhã dispõe de um Centro de Saúde (Figura nº 3), que pertence à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e que abrange a totalidade do concelho. O Centro de Saúde conta com três extensões distribuídas pelo concelho estando situadas nas freguesias de Reguengo Grande, Moita dos Ferreiros e Ribamar.

Figura nº 3 - Centro de Saúde da Lourinhã



Segundo dados fornecidos pelo Centro de Saúde em Outubro de 2006, o número de utentes inscritos é de 26.155, sendo que, destes, 1091 não têm médico de família.

Actualmente desempenham funções no Centro de Saúde dezoito médicos e dezasseis enfermeiros, dos quais, treze desempenham funções a tempo inteiro e três, a tempo parcial em regime de acumulação de funções.

Pelos dados constantes no programa SINUS no Centro de Saúde, o número de diabéticos inscritos é de 562. No entanto, este número fica aquém da realidade, uma vez que, só na consulta de enfermagem estão inscritos 516 utentes, e sabe-se que muitos dos utentes diabéticos não são seguidos nesta consulta. Este facto, resulta de, anteriormente o registo dos diabéticos não ser efectuado a nível informático, o que faz com que actualmente não se consiga quantificar o número de diabéticos inscritos no Centro de Saúde.

Por este motivo, a equipa multiprofissional de prevenção e controlo das doenças cardio-cerebro-vasculares da instituição, teve este ano como objectivo, efectuar, em colaboração com os médicos de família, um levantamento do numero de diabéticos e hipertensos diagnosticados no Centro de Saúde da Lourinhã. Esta equipa, conta com quatro enfermeiras, uma médica, uma psicóloga e uma técnica superior de serviço social. Para além deste aspecto, a equipa desenvolveu ao longo do ano várias reuniões com os médicos de família para discussão de casos problemáticos de utentes diabéticos e hipertensos seguidos pela equipa e que necessitavam de uma abordagem bio-psico-social, com o objectivo de em conjunto se encontrarem estratégias que promovessem um melhor controlo e uma melhor qualidade de vida.

Foram ainda organizadas pela equipa, várias sessões clínicas para os profissionais de saúde bem como a publicação de artigos no jornal local e folhetos distribuídos no centro de saúde, sempre com a perspectiva de prevenir e ajudar a controlar as doenças cardio-cerebro-vasculares.

A **Consulta de Enfermagem ao Utente com Diabetes** no Centro de Saúde da Lourinhã está em funcionamento desde Março de 1997.

A consulta é uma actividade de enfermagem, da qual fazem parte as quatro enfermeiras que pertencem à equipa multiprofissional referida anteriormente, e que pretende efectuar um atendimento personalizado ao utente diabético e família contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida dos utentes do concelho da Lourinhã.

A consulta tem como objectivos:

- Transmitir conhecimentos ao utente/família com diabetes, que o ajudem a ter uma atitude positiva face à doença;
- Promover o desenvolvimento de competências e habilidades que ajudem o diabético a ter um controlo eficaz da sua doença;
- Envolver o utente diabético/família num clima de responsabilidade pelo controlo da sua doença;
- Prevenir o aparecimento de complicações tardias.

À consulta podem recorrer todos os diabéticos do Centro de Saúde quer sejam encaminhados pelo médico de família, por outro profissional de saúde ou por iniciativa própria.

Actualmente fazem parte da Consulta de Enfermagem ao Utente com Diabetes, 516 utentes dos quais 293 (56.8%) são mulheres e 223 (43.2%) são homens, conforme é salientado no Quadro nº 3.

Quadro nº 3 - Distribuição por sexo dos utentes da consulta de enfermagem ao utente com diabetes.

Sexo	Nº	%
Masculino	223	43.2
Feminino	293	56.8
Total	516	100,00

Fonte: Centro de Saúde da Lourinhã (2005)

Os utentes inscritos na Consulta de Enfermagem são maioritariamente idosos, sendo as faixas etárias entre os 61-70 anos e entre os 71-80 anos com 35.5% e 29.3% respectivamente as que apresentam um maior número de utentes como se pode observar no Quadro nº 4.

Quadro nº 4 - Distribuição dos utentes da consulta por faixa etária

Faixa etária	Nº	%
31 - 40	5	1.0
41 - 50	44	8.5
51 - 60	110	21.3
61 - 70	183	35.5
71 - 80	151	29.2
>81	23	4.5
Total	516	100,0

Fonte: Centro de Saúde da Lourinhã (2005)

Podemos ainda referir que a média de idades da consulta é de 65 anos sendo a idade mínima observada de 32 anos e a máxima de 90.

A Consulta de Enfermagem decorre três vezes por semana, à segunda, quarta e quinta-feira das 8.30 às 16.30, e no ano de 2005 foram efectuadas 2292 consultas.

No primeiro atendimento é efectuada a colheita de dados, através do preenchimento do processo individual, onde para além da identificação do utente, é feito o diagnóstico de enfermagem em que se preenche um pequeno formulário que permite identificar o que o doente já sabe em relação à sua patologia e as áreas em que vai ser necessário intervir, de modo a que se inicie o processo de educação terapêutica. Este diagnóstico permite colher informações para estabelecer um plano de intervenção em conjunto com o utente. Os conteúdos a mobilizar no ensino efectuado em cada consulta vai depender das prioridades estabelecidas.

Inicialmente a periodicidade das consultas depende das necessidades do indivíduo e numa fase em que já existe a capacidade para efectuar a auto-vigilância e o auto-controlo são efectuadas uma vez por trimestre. Na consulta, para além da avaliação dos dados de monitorização glicémia capilar, tensão arterial, o peso, índice de massa corporal, perímetro abdominal é feita a observação do estado geral dos pés, a palpação dos pulsos pediosos e testada a sensibilidade protectora. É lembrado aos utentes a

importância de fazer uma vigilância periódica da saúde, recorrendo ao seu médico de família e ainda aconselhada a ida ao oftalmologista uma vez no ano, para despiste de retinopatia diabética. Para além destes aspectos, é também feito ensino sobre alimentação, exercício físico, promovendo o auto-cuidado e o auto-controlo fazendo avaliação dos registos efectuados pelo utente, de modo a que se possam estabelecer objectivos terapêuticos que incentivem o utente a melhorar o seu controlo metabólico, (CSL, 2003).

A realização destas actividades, desenvolve-se num clima em que a relação terapêutica tem um papel de destaque.

Desde Março de 2003 que os diabéticos têm disponível um dia por semana (quarta-feira), para a Consulta de Cuidados Podológicos. Este atendimento permite dar resposta aos diabéticos que necessitam de cuidados podológicos, como por exemplo, efectuarem corte de unhas, remoção de calosidades e desbaste de hiperqueratoses, e que pela falta de visão, de mobilidade, pela idade ou por não terem a quem recorrer para um tratamento e observação adequada dos pés, não o possam fazer em casa. Pretende-se que esta consulta seja um espaço privilegiado para que os diabéticos adquiram competências sobre os comportamentos e atitudes a ter, com vista à prevenção do pé diabético.

Para além das consultas, são efectuadas pela equipa, sessões de grupo para diabéticos/família, e em várias instituições da comunidade sobre diversos temas que tenham importância no contexto da diabetes. No ano de 2006, o tema escolhido foi a prevenção do pé diabético.

Paralelamente, decorreu um curso de promoção de competências pessoais e sociais para um grupo de 8 diabéticos da consulta, com 12 sessões distribuídas ao longo do ano. Este curso, teve como principal objectivo: aquisição de competências comportamentais, cognitivas, emocionais, motivacionais e de expectativas, contribuindo para a optimização da comunicação interpessoal verbal e não-verbal, para o desenvolvimento de comportamentos assertivos, para a identificação e resolução de problemas e para a gestão de emoções. Este curso teve como formadoras uma psicóloga e uma enfermeira.

De acordo com a avaliação dos indicadores da consulta do ano passado, podemos verificar que dos utentes com diabetes seguidos na consulta de enfermagem: 44.8% referem praticar actividade física regular; 17.8% apresentam $IMC \leq 25$; 8.3% conseguiram reduzir IMC; 58.7% apresentam $HbA1c \leq 7\%$; 22% apresentaram

melhoria do valor da HbA1c; 77.6% têm actualizada a vacinação anti-tetânica; 89.5% fazem auto-vigilância da glicemia; 98.4% foram encaminhados para a consulta de oftalmologia; 62.7% fizeram rastreio oftalmológico; 91.3% foram observados os pés; 1.9% apresentaram lesões a nível do pé que se resolveram com tratamento adequado e não se verificou nenhum caso de amputação.

Ao longo dos anos a consulta tem vindo a sofrer alterações sempre que se torna premente ajustar a intervenção de enfermagem, no sentido de ir ao encontro das necessidades dos utentes.

7.5 Selecção da amostra

A amostra foi seleccionada da população de diabéticos que constitui a **Consulta de Enfermagem ao Utente com Diabetes do Centro de Saúde da Lourinhã**. É uma amostra não probabilística seleccionada por conveniência. De acordo com Carmo e Ferreira (1998:197), nas amostras de conveniência utiliza-se um grupo de participantes que se mostre disponível e voluntário, no entanto os resultados “(...)não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência, mas do qual se poderão obter informações preciosas, embora não as utilizando sem as devidas cautelas e reservas”. Fortin (1999:156), refere que nos estudos qualitativos é mais prudente “(...)ter uma amostra não probabilística mas apropriada, do que ter uma amostra probabilística que não o seja”. Os métodos qualitativos dão grande importância ao saber e à experiência das pessoas seleccionadas para o estudo. É fundamental que os participantes sejam capazes de testemunhar sobre a sua experiência ou descrever o que interessa ao investigador, o que supõe capacidade para se exprimir e motivação para participar. Assim, neste tipo de estudo é mais importante averiguar se a amostra é susceptível de fornecer dados válidos e completos do que questionarmos se os dados são ou não representativos da população de onde provém a amostra.

Foram definidos como critérios de inclusão na amostra:

- Ser diabético tipo 2, orientado auto-psiquicamente;
- Pertencer à consulta há mais de um ano;
- Que faça auto-vigilância da glicemia;
- Que tenha instituída terapêutica farmacológica;
- Mostrar-se disponível para participar no estudo.

Terminámos a recolha de dados quando atingimos os 50 participantes e verificamos que os dados obtidos tinham atingido a saturação.

7.6 Procedimentos

Após termos definido o estudo que pretendíamos realizar, em Janeiro, enviamos por escrito (Anexo IV), ao director do Centro de Saúde da Lourinhã, o pedido para a realização da investigação na instituição, onde nos dispusemos a reunir com a direcção, afim de esclarecer algum pormenor se assim entendessem. Foi-nos solicitada uma reunião para que fossem esclarecidas algumas questões de ordem ética, onde aproveitamos para explicar os objectivos do nosso estudo e os instrumentos que iríamos aplicar na recolha de dados. Após a reunião foi-nos concedida a autorização para iniciarmos o trabalho de campo.

Assim, o trabalho de campo teve início a 1 de Março e terminou a 11 de Maio de 2006. O recrutamento dos participantes do estudo foi efectuado através de contacto directo na consulta de enfermagem pela investigadora que faz parte da equipa, ou através de contacto telefónico, marcando-se o dia, a hora e o local de acordo com a disponibilidade de ambas as partes.

Algumas entrevistas foram efectuadas no centro de saúde, utilizando um gabinete de consulta disponível, de modo a proporcionar um ambiente calmo e com privacidade, outras, foram realizadas no domicílio dos participantes, onde fomos acolhidos sempre com agrado e disponibilidade por parte dos intervenientes. A opção de nos deslocarmos a casa deveu-se à dificuldade que alguns participantes apresentavam em deslocar-se ao serviço e implicar custos no transporte.

A aplicação dos instrumentos de recolha de dados demorou entre 30 a 60 minutos, tendo a maioria demorado em média 45 minutos. A realização das entrevistas proporcionou momentos únicos de aprendizagem: para a investigadora que naquele momento deixava o papel de enfermeira e as rotinas da consulta, ficando com uma perspectiva diferente dos utentes; para os participantes que encontraram nalgumas das questões colocadas a oportunidade de esclarecer dúvidas sobre a diabetes, sobre a adopção de comportamentos ou simplesmente um momento de desabafo sobre as dificuldades que se colocam na gestão de uma patologia crónica.

Muitos dos dados recolhidos tornaram-se imediatamente importantes para a solução de alguns problemas referidos pelos participantes.

7.7 Questões éticas

Quando era marcada a entrevista ou antes de dar-mos início à colheita de dados, era dado ao participante um folheto que este lia ou que era lido pelo entrevistador no caso de ser analfabeto, onde constava a descrição sumária do estudo que pretendíamos efectuar, os objectivos, quem o ia desenvolver e em que contexto. Era também pedido ao indivíduo o seu consentimento para participar no estudo estando livre para recusar se assim o entendesse. Foi garantida aos participantes a confidencialidade dos dados e o anonimato. (Anexo V)

Como forma de garantir a confidencialidade dos dados procedeu-se à codificação das entrevistas, que não continham identificação pelo nome, mas através da atribuição de um número, e registamos separadamente o número e o nome correspondente. Esta correspondência apenas foi conhecida pela investigadora.

Com a realização do estudo, os ganhos para os participantes traduzem-se na tentativa de conhecer melhor a realidade da consulta de enfermagem e dos diabéticos que a constituem e a partir daí melhorar as práticas e as estratégias de intervenção, com vista à obtenção de mais ganhos em saúde.

7.8 Tratamento e análise dos dados

Uma vez que os dados obtidos não chegam para dar resposta aos objectivos que nos propusemos atingir com este estudo, a organização e análise dos dados é fundamental para o sucesso da pesquisa. Fortin (1999:135), refere que “*o método de análise deve ser congruente em relação aos objectivos e ao desenho do estudo*”.

Após a recolha dos dados da amostra, procedeu-se a uma investigação detalhada da informação recolhida, para os instrumentos estruturados recorreu-se à estatística descritiva, através do *Programa Statistical Package for Social Sciences 13,0 for Windows* (SPSS for Windows).

Para sistematizar e salientar a informação fornecida pelos dados recolhidos utilizar-se-á a estatística descritiva, nomeadamente: Frequências – absolutas (n°) e relativas (%); Medidas de tendência central – média (\bar{x}); Medidas de dispersão ou variabilidade – desvio padrão (σ); Mínimos (X_{\min}) e máximos (X_{\max}), dependendo dos dados em questão.

As respostas às questões abertas do guião da entrevista, foram submetidas à análise qualitativa temática do conteúdo através da técnica de Bardin (2004).

Bardin (2004:37) refere-a como um “(...)conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”.

De acordo com o mesmo autor, o tratamento dessas questões será efectuado da seguinte forma:

- Far-se-á uma leitura inicial flutuante para estabelecer um primeiro contacto com o conteúdo de informação recolhido, seguindo-se uma pré-análise que visa sistematizar as primeiras ideias para posterior consecução de um plano de análise;
- Numa fase ulterior organizar-se-á um *corpus* composto por todo o material, resultante da comunicação e da definição das unidades de contexto. Estas resultam de uma palavra chave ou de expressões que agrupam um conjunto de asserções expressas nas respostas, com características comuns e que são adequadas ao sentido da questão formulada. As unidades de contexto correspondem à categorização do discurso emitido.

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

8. APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Da discussão nasce a luz”

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

Este capítulo irá abarcar a caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra com o objectivo de enquadrar os participantes no fenómeno em estudo. Serão ainda apresentados e discutidos os resultados obtidos em relação às representações que os participantes têm em relação à diabetes, de que forma essas representações interferem com a vivência da doença no dia a dia e como é que interferem com a adesão ao regime terapêutico. Avaliaremos também o nível de adesão às actividades de auto-cuidado e as dificuldades sentidas no cumprimento do plano terapêutico. Serão ainda apresentados os dados relativamente ao papel que o suporte social pode ter na realização das actividades de auto-cuidado e à satisfação com os cuidados prestados na consulta de enfermagem.

Na base da discussão, entrará o discurso produzido pelos participantes sobre o que representa diabetes na sua vida, como gerem no dia-a-dia as actividades de auto-cuidado, as dificuldades sentidas e como percebem as relações interpessoais estabelecidas, quer com os enfermeiros quer com a família e outras pessoas significativas. Utilizámos uma triangulação dos métodos de recolha de dados com o objectivo de melhor compreender o fenómeno em estudo.

8.1. Caracterização sócio-demográfica da amostra

No total de 50 diabéticos que participaram no estudo, verifica-se que em relação à idade, como se pode observar no Quadro nº 5, a faixa etária predominante situa-se entre os 60 e os 79 anos (31), sendo a idade mínima observada de 44 anos e máxima de 84, fixando-se a média em 63,86 anos.

Estes dados evidenciam uma amostra de idade avançada, o que está de acordo com Duarte (2002), que nos diz que a prevalência da diabetes é elevada nos grupos etários acima dos trinta e cinco anos e que a incidência e a prevalência da diabetes tipo 2 vão sempre aumentando com a idade e com a etiopatogenia, onde estão implicados factores genéticos, hábitos de vida e alimentares errados, os quais conduzem ao

sedentarismo, à obesidade e ao stress que são comuns às chamadas doenças crónicas não transmissíveis.

Como se pode ainda observar, prevalece o sexo feminino, com 27 participantes, em detrimento do masculino, 23. A idade e o sexo dos participantes estão de acordo com as características da população que compõe a consulta de enfermagem ao utente com diabetes onde decorreu o estudo.

Ao analisarmos ainda o mesmo quadro, podemos constatar que relativamente ao estado civil, a amostra é constituída por 40 participantes casados, 7 viúvos e os restantes distribuem-se por solteiros e divorciado.

Em relação ao nível de escolaridade, verifica-se que a amostra situa-se maioritariamente igual ou abaixo do ensino básico, com 37 participantes que possuem o ensino primário, 6 que não sabem ler nem escrever, sendo o nível de escolaridade mais elevado o ensino secundário, referido apenas por 5 dos inquiridos. Este resultado denota um baixo nível de escolaridade, o que está de acordo com os dados encontrados na caracterização da população do concelho da Lourinhã, onde a taxa de analfabetismo é de 11,7%, e apenas 18,4% da população possui a escolaridade mínima obrigatória. De acordo com Bugalho e Carneiro (2004), o baixo nível de escolaridade constitui um dos factores que pode condicionar a gestão do regime terapêutico.

Para analisar a amostra segundo os grupos profissionais a que pertencem, recorremos ao Instituto Nacional de Estatística (2003) e à Classificação Nacional de Profissões 1994 e verificamos que prevalece o Grupo 9 “trabalhadores não qualificados” onde incluímos as domésticas que fazem também pequenas tarefas na agricultura com 17 elementos, seguido do Grupo 6 “agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca” com 11 elementos, o Grupo 5 “pessoal dos serviços e vendedores” com 9, o Grupo 7 “operários, artificies e trabalhadores similares” com 6, seguido do Grupo 8 “operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem” com 4, o Grupo 4 “pessoal administrativo e similares” com 2, e por último o Grupo 3 “técnicos e profissionais de nível intermédio” com 1 elemento. O resultado encontrado parece estar de acordo com as características da região onde se desenvolveu o estudo, com a idade, o sexo e o nível de escolaridade da amostra.

Pela leitura do Quadro nº 5 constatamos ainda, que, relativamente à situação profissional, 24 dos participantes ainda se encontram profissionalmente activos, 23 estão reformados, 2 estão de baixa e 1 está desempregado.

Pela análise do mesmo quadro, verificamos que relativamente ao tipo de família a que pertencem os participantes da amostra, emerge como grupo principal a família nuclear referido por 35 dos participantes, seguido de família alargada com 7, unitária com 6, e reconstruída com 2.

Relativamente à percepção dos indivíduos sobre a sua situação financeira, a maioria dos participantes 26 refere ter o suficiente para as necessidades, 15 reconhecem ter algumas dificuldades, 8 vivem confortavelmente e 1 diz ter muitos problemas a nível económico.

Quadro nº 5 - Distribuição da amostra segundo as variáveis de caracterização sócio-demográfica

Caractrização sócio-demográfica da amostra		nº
Faixa etária	40 – 59	18
	60 – 79	31
	≥ 80	1
	Total	50
Sexo	Masculino	23
	Feminino	27
	Total	50
Estado civil	Solteiro	2
	Casado	40
	Divorciado	1
	Viúvo	7
	Total	50
Escolaridade	Não sabe ler/escrever	6
	Nunca frequentou a escola mas sabe ler e escrever	2
	Ensino primário	37
	Ensino secundário	5
	Total	50
Profissão	Grupo 3	1
	Grupo 4	2
	Grupo 5	9
	Grupo 6	11
	Grupo 7	6
	Grupo 8	4
	Grupo 9	17
	Total	50
Sit. profissional	Activo	24
	Reformado	23
	Desempregado	1
	Baixa	2
	Total	50
Tipo de família	Nuclear	35
	Unitária	6
	Alargada	7
	Reconstruída	2
	Total	50
Situação financeira	Confortável	8
	Tem o suficiente para as necessidades	26
	Tem algumas dificuldades	15
	Tem muitos problemas	1
	Total	50

Relativamente aos dados encontrados na caracterização sócio-demográfica da amostra, parece-nos ser importante tecer alguns comentários, uma vez que as características encontradas podem relacionar-se com a adesão e a gestão do regime terapêutico.

A este propósito a WHO em 2002, referia que as doenças crónicas e a pobreza são interdependentes, ou seja, a pobreza favorece as doenças crónicas e neste caso temos que ter em conta inúmeros factores sócio-ambientais que influenciam e são determinantes na saúde, como por exemplo, o envelhecimento, as condições sócio-económicas, a educação e o desemprego, o ambiente e o acesso aos serviços de saúde.

Se a pobreza favorece as doenças crónicas também é verdade que as doenças crónicas favorecem a pobreza, se tivermos em conta a perda de rendimentos, a perda de escolaridade, os custos decorrentes do tratamento e a marginalização em virtude das doenças crónicas que afectam negativamente a situação financeira dos doentes crónicos. De acordo com estes factos, estão também Ramos (2004), Bugalho e Carneiro (2004) e Murray et al (2004).

8.2 Caracterização clínica da amostra

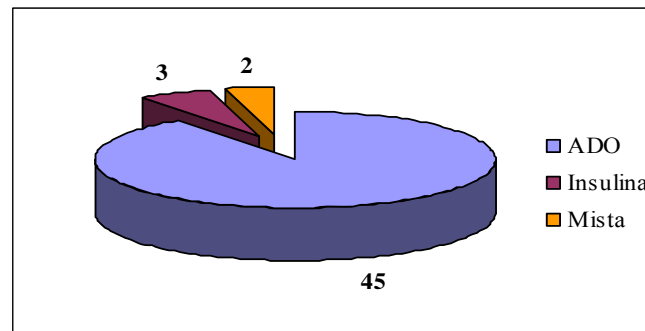
Em relação à caracterização clínica da amostra, podemos verificar pelo Quadro nº 6, no que se refere ao tempo de evolução da diabetes, que o período de tempo mínimo de doença encontrado nos 50 participantes do estudo, é de 1 ano, sendo o período máximo de 29 anos. A média é de 9,16 anos.

Quadro nº 6 – Caracterização da amostra segundo o tempo de evolução da diabetes

Anos diabetes	N	Xmin	Xmáx	\bar{x}
	50	1	29	9,16

Como se pode depreender pelo Gráfico nº 1, o tipo de tratamento mais frequente é com antidiabéticos orais que são utilizados por 45 dos inquiridos, apenas 3 fazem administração de insulina e 2 fazem terapêutica mista (insulina+ADO).

Gráfico nº 1 – Distribuição da amostra segundo o tipo de tratamento efectuado



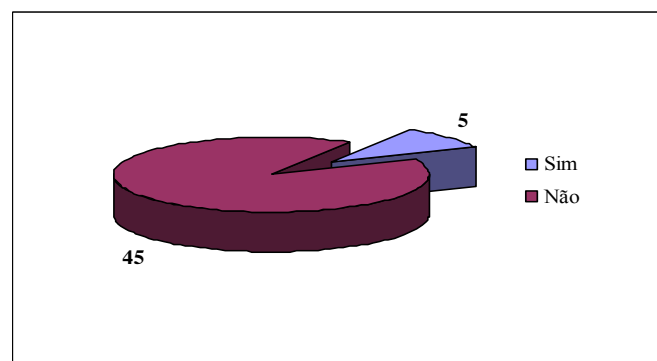
N=50

A terapêutica oral usada na diabetes tipo 2, se for utilizada correctamente e optimizada com a dieta e o exercício físico, permite que grande parte dos diabéticos permaneça controlado por um largo período de tempo, (Raposo, 1999; Gallego, 2005b).

No entanto, não pode ser descurado que, com a evolução própria da patologia e apesar dos cuidados conjuntos dos profissionais de saúde e dos doentes, vai havendo uma diminuição progressiva das reservas pancreáticas o que torna difícil a partir de certa altura a eficácia da terapêutica oral, ficando assim o organismo com uma carência considerável de insulina, (Nunes-Corrêa, 1999). Não é portanto de estranhar, que alguns dos diabéticos participantes no estudo estejam actualmente medicados com insulina, uma vez que existem participantes com 29 anos de evolução da diabetes.

Quando inquiridos sobre se tinham, ou já tinham tido, alguma complicação devido à diabetes, 45 respondeu positivamente contra 5 que referiram que não, conforme se constata pelo Gráfico nº 2.

Gráfico nº 2 – Distribuição da amostra segundo a presença de complicações da diabetes



N=50

Relativamente às complicações apontadas, podemos constatar pelo Quadro nº 7, que das complicações agudas possíveis, 25 dos participantes referiram a ocorrência de hipoglicémia. Couto e Camarneiro (2002) referem que a hipoglicémia é uma das complicações agudas que surge com frequência, quer nos indivíduos com terapêutica insulínica, quer nos diabéticos tratados com ADO. Apesar de ser uma situação frequente é fundamental que os diabéticos e as suas famílias estejam familiarizados com os sinais e sintomas desta complicação, que saibam intervir precoce e eficazmente, mas que acima de tudo tenham os conhecimentos de como a prevenir. A transmissão destes conhecimentos deve constituir uma prioridade na educação do diabético, proporcionada pelos profissionais de saúde, (Couto e Camarneiro, 2002; André e Gonçalves, 2002).

No que diz respeito às complicações crónicas, verificamos que em relação às complicações microvasculares, 4 dos inquiridos referem ter nefropatia e 3 RD. Relativamente às complicações macrovasculares (ateroscleróticas), a doença coronária é referida por 12 dos participantes, seguida da doença vascular periférica com 7 e doença cérebro vascular por 1 dos indivíduos.

Podemos ainda verificar que, com alguma expressividade aparece a disfunção sexual, referida por 16 indivíduos, 15 do sexo masculino e por 1 do sexo feminino. Não podemos deixar passar este expressivo resultado sem tecer alguns comentários. A maioria dos participantes que referiu ter disfunção sexual, ainda não tinha esta complicação referenciada no processo de enfermagem e referiram nunca ter abordado este assunto com nenhum profissional de saúde. De facto, este é um assunto que continua ainda a ser pouco abordado pelos profissionais de saúde, que tal como os doentes, se sentem pouco à vontade para trabalhar estas questões. No entanto, de acordo com Carvalho e Duarte (2002), a disfunção sexual atinge 40 a 50% dos indivíduos diabéticos com 10 anos de evolução, mas pode também manifestar-se logo após o diagnóstico. Este é um problema que afecta a qualidade de vida e as relações estabelecidas, mas que pode usufruir de intervenções eficazes na sua resolução, quer sejam ao nível psicológico, quer a nível farmacológico. Para isso, é fundamental que se crie um ambiente terapêutico que proporcione um diálogo franco, isento de juízos de valor, que permita ao diabético e ao profissional de saúde abordar este assunto com naturalidade e encontrar as soluções mais indicadas para cada caso.

A situação de pé diabético foi referida por 3 dos participantes, mas à altura do estudo já apresentavam cicatrizadas as lesões que tinham tido. De toda a população que compõe a consulta de enfermagem, não se verificou ainda nenhum caso de amputação,

sendo uma preocupação da equipa a vigilância e o ensino para as actividades de auto-cuidado a prestar aos pés, (CSL, 2005).

Constatamos ainda, que 6 dos participantes referiram apresentar neuropatia e 3 cataratas.

Julgamos ser importante referir, que as complicações identificadas foram as conhecidas e referidas pelos próprios diabéticos, e algumas identificadas pelos registos no processo de enfermagem. A realidade pode não ser exactamente aquela que aqui foi apresentada, já que, os diabéticos desconhecem muitas vezes as complicações que têm.

Quadro nº 7 – Caracterização da amostra segundo a presença de complicações da diabetes

Complicações da diabetes		nº
Agudas	Hipoglicemia	25
	Total	25
Microvasculares	Nefropatia	4
	Retinopatia	3
	Total	7
Macrovasculares	Doença coronária	12
	Doença cérebro vascular	1
	Doença vascular periférica	7
	Total	20
Outras	Disfunção sexual	16
	Pé diabético	3
	Neuropatia	6
	Cataratas	3
	Total	28

No que respeita a doenças coexistentes com a diabetes, baseamo-nos no auto-relato dos participantes e a totalidade dos indivíduos, refere ser portador de outra doença. Como se pode verificar no Quadro nº 8, destacam-se a hipertensão arterial e a dislipidémia referidas por 33 dos participantes.

A hipertensão arterial é duas vezes mais comum em diabéticos e aumenta com a idade, (Correia e Boavida, 2001; Matos, 2002). Matos (2002), refere ainda, que o estudo *Framingham* revelou que 50% dos diabéticos eram hipertensos, enquanto que o *San Antonio Heart Study* apontava uma prevalência de 85% nos diabéticos com mais de 50 anos. Estes dados parecem estar de acordo com os dados encontrados na amostra em estudo.

As outras doenças referidas, dividem-se pelo sistema cardiovascular, respiratório, sensorial, endócrino, reprodutor, digestivo e renal. Destaca-se no sistema

musculo-esquelético as artroses e as patologias da coluna referidas por 16 e 14 indivíduos respectivamente.

Quadro nº 8 – Caracterização da amostra segundo a prevalência de doenças coexistentes com a diabetes

Sistema/patologia		nº
Cardio-cerebro-vascular	HTA	33
	Varizes	8
	Não sabe especificar	7
	Angina de peito	1
	Patologia coronária Bypass	1
	Insuficiência cardíaca	1
	AVC	1
	Epilepsia	1
Total	53	
Musculo-esquelético	Artroses	16
	Patologia da coluna	14
	Doença reumática	4
	Osteoporose	1
Total	35	
Hepático	Dislipidemia	33
	Total	33
Respiratório	Insuficiência respiratória	2
	Sinusite	2
	Rinite alérgica	2
	Asma	2
	Bronquite	1
	Fibrose pulmonar	1
	Apneia do sono	1
Total	11	
Reprodutor	Mioma	3
	HBP	3
	Histerectomia	2
	Neoplasia da mama	1
Total	9	
Digestivo	Colite	3
	Neoplasia do intestino	1
	Doença inf. do intestino	1
	Hérnia do hiato	1
	Gastrite	1
	Litíase da vesícula	1
Total	8	
Endócrino	Patologia da tiroide	6
	Total	6
Sensorial	Cataratas	3
	Alteração campos visuais	1
	Patologia saco lacrima	1
Total	5	
Renal	Litíase renal	2
	Quisto no rim	1
	Total	3

A presença de doenças concomitantes com a diabetes, pode ser um importante factor condicionante da adesão terapêutica, (Bugalho e Carneiro, 2004; WHO, 2002).

Murray et al (2004), referem que é frequente os adultos com mais de 50 anos terem mais do que uma doença crónica. O facto de o diabético ter outras doenças, faz com que o número de medicamentos que toma seja mais elevado, o esquema terapêutico seja mais complexo e por vezes, as próprias patologias concomitantes, são impeditivas da adesão a algumas actividades de auto-cuidado como por exemplo a alimentação ou exercício.

Importa também neste contexto, avaliar os dados de monitorização e que traduzem o controlo da doença. Ao observarmos o Quadro nº 9, verificamos que relativamente aos dados da HbA1c e de acordo com a proposta da APMCG (2005), 24 dos participantes apresenta um controlo “ótimo” da sua diabetes, no entanto, há também a valorizar que 18 demonstra um controlo “mau”. De acordo com Duarte (2002c), a HbA1c é um importante indicador do controlo diabetes, e Caldeira (2003) refere que valores de HbA1c <6,5-7% traduzem um controlo óptimo da diabetes. No entanto, Sagreira (2002), salienta que no diabético idoso pode considerar-se satisfatório um controlo metabólico até 9%.

Relativamente ao IMC, podemos constatar que, a maioria dos diabéticos participantes, 32, apresentam excesso de peso, 12 são obesos e 1 está no grau de obesidade mórbida. Os dados encontrados estão de acordo com Duarte (2002c) que diz que mais de 70% dos diabéticos são obesos ou têm excesso de peso.

O perímetro abdominal representa, de acordo com a ADA (2005), um importante indicador de risco de diabetes tipo 2, doença cardiovascular e hipertensão. Está recomendado que os homens não ultrapassem os 102 cm e as mulheres os 88cm, (APMCG, 2005). Verificamos de acordo com os dados encontrados, um número elevado de participantes que apresentam este valor superior ao recomendado, sendo mais expressivo o resultado nas mulheres com 19, do que, nos homens em que se observaram 9.

No que diz respeito à tensão arterial, de acordo com a classificação da DGS (2004), 23 dos participantes apresentam valores tensionais “normais”, seguido de 15 com um controlo “normal alto”. No entanto, verificamos com alguma preocupação que 12 encontravam-se em estádios de hipertensão.

Quadro nº 9 - Distribuição da amostra segundo os dados de monitorização

Dados de monitorização			nº
HbA1c	Ótimo (≤ 7)		24
	Bom ($> 7-7,5$)		8
	Mau ($\geq 7,5$)		18
	Total		50
Tensão Arterial	Normal (120-129 e 80-84)		23
	Normal alta (130-139 ou 85-89)		15
	HTA estágio 1 (140-159 ou 90-99)		5
	HTA estágio 2 (≥ 160 ou ≥ 100)		7
	Total		50
IMC	Magreza ($< 19,9$)		1
	Peso normal (20 – 24,9)		4
	Excesso de peso (25 – 29,9)		32
	Obesidade (30 – 39,9)		12
	Obesidade mórbida (> 40)		1
	Total		50
Perímetro abdominal	Homens	< 102 cm	14
		≥ 102 cm	9
	Mulheres	< 88 cm	8
		≥ 88 cm	19
	Total		50

Ao cruzarmos os dados referentes ao controlo da tensão arterial com a toma de medicação, verificamos que, de acordo com o Quadro nº 10, que dos 12 participantes que se encontram nos estádios de HTA 1 e 2, 7 apesar de tomarem terapêutica não têm a tensão controlada, 4 ainda não estão medicados e 1 desconhece se toma ou não anti-hipertensores.

A nível da consulta de enfermagem sempre que é detectado um diabético com descontrolo dos valores tensionais é referenciado ao médico de família através de ofício interno ou através da discussão de casos nas reuniões de equipa, ficando depois a avaliação diagnóstica e a prescrição de acordo com os critérios clínicos, (CSL, 2005).

Quadro nº 10 - Distribuição da amostra segundo valor de tensão arterial e toma de terapêutica anti-hipertensora

		Tensão arterial				Total
		Normal	Normal alta	HTA 1	HTA 2	
Terapêutica TA	Sim	15	11	2	5	33
	Não	8	4	3	1	16
	Não sabe	0	0	0	1	1
Total		23	15	5	7	50

Relativamente à dislipidemia, também considerado um importante factor de risco para as doenças cardio-cerebro-vasculares com agravamento nos indivíduos com diabetes, apurámos que dos 33 participantes que referiram ter excesso de colesterol, apenas 26 estão actualmente medicados. Há ainda a referir que, 2 dos indivíduos que fazem terapêutica não apresentam actualmente o colesterol elevado e que, 5 dos participantes que desconhecem se tem ou não problemas de dislipidemia, conforme se pode verificar pelo Quadro nº 11.

Quadro nº 11 - Distribuição da amostra segundo a presença de dislipidemia e toma de terapêutica

		Colesterol elevado			Total
		Sim	Não	Não sabe	
Terapêutica dislipidemia	Sim	26	2	0	28
	Não	7	10	4	21
	Não sabe	0	0	1	1
Total		33	12	5	50

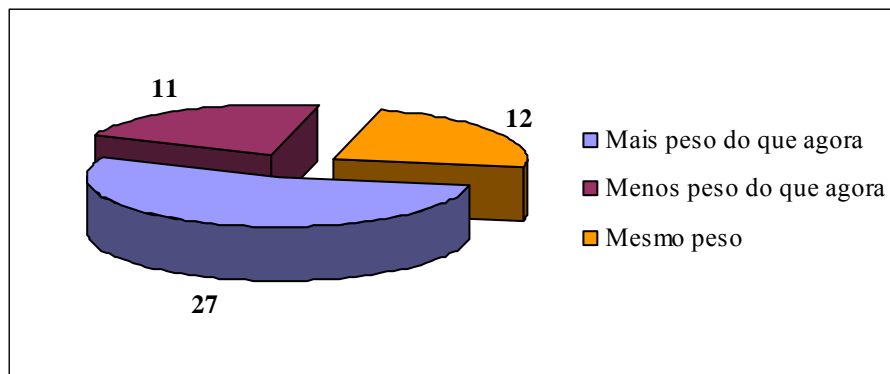
Os dados encontrados são de extrema importância, uma vez que a hipertensão e a dislipidemia associadas à diabetes potenciam o risco de ocorrência de doença cardio-cerebro-vascular, com todas as implicações que estas patologias acarretam quer a nível de custos pessoais, sociais ou mesmo económicos.

De acordo com Duarte (2006), actualmente a prevalência da co-morbilidade (hipertensão e dislipidemia), em diabéticos tipo 2 é de 80%, o que representa um valor preocupante, se tivermos em conta, que “75% a 80% dos diabéticos adultos morrem por doença cardio-vascular, sendo o enfarte do miocárdio responsável por 50 a 60%, e os acidentes cérebro-vasculares por 15 a 20%”, (Sagreira, 2002:332).

O excesso de peso é também um dos factores agravantes quer da insulinoresistência, característica da diabetes tipo 2, quer da HTA.

Questionados os participantes sobre se tinham conseguido perder peso desde que sabem que são diabéticos, verificamos de acordo com os dados apresentados no Gráfico nº 3, que 27 dos participantes apresentavam mais peso há altura do diagnóstico do que têm agora. Estes dados podem fazer transparecer que houve alguma preocupação em modificar hábitos alimentares e de exercício, que conduziu à perda de peso, após o diagnóstico. No entanto, constatamos também que 11 dos participantes apesar de lhes ter sido diagnosticado diabetes continuaram a aumentar de peso.

Gráfico nº 3- Distribuição da amostra segundo a relação entre o peso na altura do diagnóstico e o peso actual



N=50

Ao cruzarmos os dados relativos às alterações do peso após o diagnóstico e o IMC, parece confirmar-se o esforço dos participantes para perder peso. De acordo com o Quadro nº 12, dos 45 indivíduos que apresentam mais peso do que o recomendado para a sua estatura, 22 conseguiram perder peso.

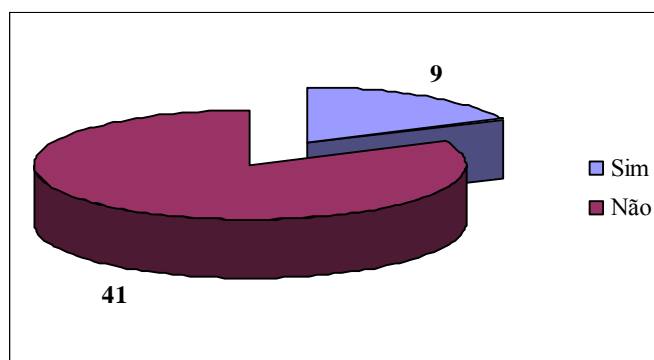
Quadro nº 12- Distribuição da amostra segundo a relação entre o peso na altura do diagnóstico, peso actual e IMC

		Peso anterior/actual			Total
		Mais	Menos	Igual	
IMC	<19,9	1	0	0	1
	20-24,9	4	0	0	4
	25-29,9	14	7	11	32
	30-39,9	7	4	1	12
	>40	1	0	0	1
Total		27	11	12	50

Se tivermos em conta os dados relativos à avaliação dos indicadores de resultado da consulta de enfermagem constatamos que no ano de 2005, 8.3% dos utentes da consulta conseguiram reduzir o IMC, (CSL, 2005). A perda de peso e a sua manutenção, é uma das grandes dificuldades apresentadas pelos diabéticos, uma vez que, esta alteração pressupõe a adopção de mudanças no estilo de vida que nem sempre são fáceis de aderir e concretizar, conforme poderemos constatar mais adiante.

Questionados sobre se tinham necessitado de recorrer a um serviço de urgência, ou se tinham estado internados no último ano devido à diabetes, verificamos que, dos 50 participantes, 9 responderam positivamente, conforme podemos constatar no Gráfico nº 4.

Gráfico n° 4 – Distribuição da amostra segundo a necessidade de recorrer a serviço de urgência/internamento devido à diabetes



N=50

As razões identificadas para a necessidade de terem recorrido a um serviço de urgência foram como se pode observar pelo Quadro n° 13, o descontrolo metabólico por hiperglicemia com necessidade de tratamento intensivo com insulina, referido por 4 dos participantes. A hiperglicemia associada a HTA foi referida 3 vezes, enquanto que a hipoglicémia com necessidade de intervenção médica foi referida por 2 dos indivíduos.

A necessidade de internamento não foi referida por nenhum dos participantes.

Quadro n° 13 - Motivos que levaram à necessidade de recorrer ao serviço de urgência

Categoria	Unidades de enumeração
Hiperglicemia	4
Hiperglicemia + HTA	3
Hipoglicemia	2
Total	9

8.3 As representações da diabetes e a sua influência na vivência da doença no dia a dia

Um facto actualmente aceite de forma incondicional, é que a cultura influencia os indivíduos nalguns aspectos da sua vida diária. Reflete-se nas crenças, nos seus comportamentos, nas suas emoções e percepções, na estrutura familiar, na alimentação, na imagem corporal, nas atitudes face à doença etc. Aliados à cultura, emergem outros factores como os individuais, educacionais, sócio-económicos e ambientais, que em

conjunto concorrem para os comportamentos que os indivíduos adoptam em relação à saúde e à doença, (Helman, 2003).

De acordo com Figueiras (2006), as representações surgem a partir da exposição a um conjunto de fontes de carácter social e cultural, como por exemplo: divulgação de notícias nos media; experiências pessoais com a doença; experiências indirectas com familiares e amigos; informação de relatos publicados em livros; filmes; documentários; ou outro tipo de experiências.

Ley (1997), refere que quando se pretende promover a adesão terapêutica é fundamental que se investiguem as crenças e representações que os doentes têm em relação à doença, ao tratamento e como é que perspectivam a sua capacidade para intervir.

Compreender as representações individuais de doença é assim essencial, uma vez que, o comportamento e as respostas dos indivíduos relativamente à procura de cuidados de saúde, à relação que é estabelecida com os profissionais, à adesão aos tratamentos propostos e à execução de tarefas de auto-cuidado, são determinadas pelas representações sociais.

Talvez por isso, Leite (2000) citada por Leite e Vasconcellos (2003), refere que as indicações populares de tratamento dadas por vizinhos, amigos etc. são mais facilmente aceites do que as fornecidas pelos profissionais de saúde, provavelmente porque o quadro de representações está mais próximo, tornando mais perceptível o tratamento a seguir.

Pela análise das representações que os participantes têm da diabetes, iremos constatar que a diabetes é uma doença exigente, com um tratamento complexo e multifacetado. O discurso produzido pelos participantes foi rico em termos de conteúdo e deparamo-nos com alguma dificuldade em categorizar as suas afirmações, já que muitas vezes estas são ambivalentes, podendo a mesma afirmação adaptar-se a diferentes categorias.

Para nos ajudar a categorizar e a compreender as representações que os diabéticos participantes no estudo, têm em relação à diabetes e de que forma essas representações interferem com a sua rotina diária, utilizamos como referência, o Modelo de auto-regulação das significações ou representações leigas da doença de Leventhal, et al (1984). Este modelo sugere que, quando se estuda as representações sobre a doença, seja através da operacionalização de cinco atributos: a **identidade** da doença em questão e dos sintomas consequentes (de acordo com o discurso produzido para descrever a

doença); as **causas** da doença e formas de contrair (avalia as ideias pessoais sobre o(s) factor(es) etiológico(s) da diabetes); a **duração** e evolução no tempo do processo de doença, (categorizados em agudo/crónico e cíclico); as **consequências**, relacionam-se com as crenças sobre os efeitos esperados, sequelas ou severidade da doença na vida das pessoas (ao nível físico, psicológico e social); e a **controlabilidade/cura** da doença, envolvendo o seu confronto, tratamento, recuperação ou adaptação ao seu processo (crença de que a doença pode ser tratada ou não, e se as consequências da doença podem ser controladas pelo próprio ou por outros), (Pereira e Silva, 2002; Joyce-Moniz e Barros, 2005; Figueiras, 2006).

Identidade

A dimensão identidade, é constituída em termos abstractos, pelo diagnóstico da diabetes, como é caracterizada, e a nível mais concreto através dos sinais e sintomas que o diabético associa à doença.

A percepção da doença incide sobre a forma como as pessoas dão sentido aos sintomas, e de como estes, orientam a maneira de lidar com as situações de ameaça ao estado de saúde e especialmente como é que interferem com a procura dos cuidados de saúde e com a adesão ao regime terapêutico, (Figueiras, 2006).

Ao analisarmos os dados obtidos relativamente a questão “*O que é para si a diabetes?*”, identificamos 3 categorias: sinais e sintomas percebidos e associados à diabetes; caracterização geral da doença; e tipos de diabetes. Verificamos de acordo com os dados apresentados no Quadro nº 14 que relativamente aos **sinais e sintomas**, o *açúcar alto no sangue* foi o sintoma mais referido, com 29 unidades de enumeração, podendo ser ilustrado com o exemplo dos seguintes auto-relatos:

“...fica-se com o açúcar alto no sangue” (E01)

“...excesso de glicose no sangue” (E02)

Também Pereira (1997), no estudo sobre representações da doença e comportamentos de adesão em diabéticos insulino-dependentes, encontrou o açúcar alto no sangue, como o sintoma que os diabéticos mais associam à diabetes.

Outros sinais e sintomas foram referidos por alguns dos participantes, alguns directamente relacionados com a diabetes, ou seja, sintomas típicos, como por exemplo a sede, o urinar muitas vezes, outros que estarão mais relacionados com as significações que o diabético constrói do *sentir* o seu corpo e da diabetes. Helman (2003), salienta

que as crenças sobre como o corpo funciona são muito significativas no comportamento das pessoas.

Do seu discurso destacamos:

“...manifesta-se por urinar muitas vezes” (E39)

“...faz ter sede quando estão altos” (E04)

“...os diabetes podem fazer picadas no corpo” (E07)

“...dá-me calores que até saem pelos braços (...) sinto muitas dores nas pernas” (E16)

“...é uma doença que pode baixar a tensão de repente” (E32)

“...por vezes sinto o corpo agitado e não deixa fazer a vida normal, passados dois ou três dias passa (...) conheço bem o meu corpo quando a diabetes está alta ou baixa, pela cabeça dos dedos” (E10)

A experiência humana do sangue, enquanto *“...líquido vital que circula dentro do corpo...”*, é importante para a compreensão da vivência da doença pelos indivíduos, (Helman, 2003:45). O mesmo autor refere que os profissionais de saúde devem estar atentos ao discurso dos doentes, uma vez que é através desse discurso que se compreendem as representações e os comportamentos de saúde. A forma como os doentes verbalizam as características do sangue, são importantes indicadores. As características podem ser em relação ao seu volume, à sua consistência (sangue grosso, fino...), à temperatura (sangue frio) e à qualidade (sangue fraco). Estes conceitos relacionados com as características do sangue, traduzem muitas vezes a preocupação que está base, como por exemplo: ter que fazer uma alimentação “fraca”; ou cometer excessos alimentares.

“...é o sangue que não está bem, tenho o sangue grosso” (E22)

“...fica-se com gordura no sangue” (E48)

“...o sangue fica mais fraco” (E33)

“...tenho o sangue mais frio e mais fraco...” (E09)

O discurso produzido pelos participantes sobre o que é a diabetes, começava geralmente com uma opinião pessoal e espontânea, em que a **caracterização da doença** era efectuada através dos sentimentos que a questão suscitava:

“...é uma doença muito má (...) se a pessoa não tiver cuidado” (E04)

“...é uma doença que não devia existir é a pior doença que se pode ter” (E05)

“...é uma doença muito chata porque não se pode comer tudo, não se pode comer gorduras, porque descontrolam com facilidade” (E09)

“...é uma doença chata (...) é um travão para tudo na vida” (E14)

“...é uma chatice, mas levo isto na desportiva apesar de saber que um dia me vai dar problemas...” (E50)

“...é uma doença complicada porque altera muitas vezes sem sabermos porquê” (E27)

“...é uma doença complicada (...) tem efeitos que não são bons” (E40)

“...é uma doença perigosa” (E25)

Silva (2004), refere que existem doenças, como por exemplo a diabetes, que pelas suas características, exigem por parte do doente alguma atenção e alguns cuidados especiais no tratamento diário mas não provocam nenhuma sensação física desagradável ou incapacitante, especialmente numa fase inicial em que não existem complicações da doença já instaladas. Esta falta de sinais e sintomas pode comprometer o processo de adesão ao regime terapêutico.

Alguns participantes revelaram o facto de a diabetes por vezes ser uma doença imperceptível:

“...é uma doença fingida, impostora...” (E13)

“...por vezes nem sabemos porque é que estamos doentes” (E16)

“...parece que não é grande doença, mas é muito mau porque não posso comer tudo o que quero e gosto” (E23)

“...às vezes pensamos que não é grande coisa e quando vamos a ver é uma doença muito má” (E30)

“...é uma doença que não se nota nada no organismo e não mete medo” (E42)

“...não sentimos nada mas depois começamos a ver as complicações que vão aparecendo nos outros” (E47)

Relativamente á categoria **tipo de diabetes**, destacam-se os seguintes auto-relatos:

“...há mais do que uma qualidade de diabetes, alguns são piores que outros, os meus estão sempre controlados, 90-120” (E36)

“...depende da força da qualidade dos diabetes” (E42)

“...há vários tipos de diabetes e uns são piores que outros” (E48)

Relativamente ao discurso sobre o tipo de diabetes, este parece não estar associado à classificação da diabetes em tipo 1 e 2, mas sim com o estágio em que se encontra e com um maior ou menor controlo metabólico.

Joyce-Moniz e Barros (2005), chamam a atenção para o facto, de que o indivíduo, terá mais facilidade em identificar a doença e assim compreender o diagnóstico feito pelo médico, quanto melhor conseguir agrupar os sintomas percebidos

nessa representação. Referem ainda, que se a doença tem “(...)uma *sintomatologia fluida ou incerta (...) como na diabetes, os protótipos pessoais são mais fáceis de construir e, virtualmente, demasiado idiossincráticos para ajudarem a pessoa a confrontar a doença ou a adaptar-se ao seu processo*” (p.84).

Quadro nº 14 - Percepção dos participantes sobre a identidade da diabetes

Categorias	Sub-categorias	Unidades de enumeração
Sinais e sintomas	Açúcar alto no sangue	29
	Urinar muitas vezes	1
	Sede	1
	Calores	1
	Tonturas	1
	Dores musculares	1
	Má circulação	1
	Picadas no corpo	1
	Comichão	1
	Gordura no sangue	1
	Sangue grosso	1
	Sangue fraco	1
	Corpo agitado	1
	Corpo mais frio	1
	Corpo mais fraco	1
	Tensão baixa de repente	1
	Total	44
Características gerais da doença	Doença chata	11
	Doença imperceptível	7
	Doença má	7
	Doença perigosa	6
	Doença complicada	6
	Doença fingida	1
Total	38	
Tipo de diabetes	Estádio da doença	4
	Total	4

Causas

Neste item pretendemos avaliar as ideias que os participantes têm sobre os factores etiológicos da diabetes.

De acordo com o Quadro nº 15, constatamos que no discurso dos participantes sobre as causas da diabetes emerge o **estilo de vida** como a categoria com mais

unidades de enumeração 10, seguida da **hereditariedade** com 9, **causas fisiológicas** com 9 e o **destino** é apontado por 2 dos participantes.

Sabe-se que um dos factores etiológicos da diabetes tipo 2 é o **estilo de vida** das sociedades dos dias de hoje. Os erros alimentares juntamente com a falta de exercício, contribuem para o excesso de peso e para a insulino-resistência, (Lisboa e Duarte, 2002; Couto e Camarneiro, 2002).

Estes aspectos foram identificados por alguns dos participantes e passamos a referir alguns dos seus auto-relatos:

“...pode aparecer devido à má alimentação que se faz” (E35)

“...pode ser provocada por coisas que a gente come” (E36)

“...pode aparecer por comer muitos doces...” (E44)

“...aparece devido ao stress da vida actual” (E46)

A **hereditariedade** tem um forte peso no aparecimento da diabetes tipo 2 e por este motivo os participantes que têm familiares com diabetes, identificaram esta causa com naturalidade. No entanto, estudos efectuados por Petrie, Weinman, Sharpe e Buckley em 1996, revelaram que os doentes que atribuem a doença à hereditariedade ou história familiar, tendem a aderir menos à mudança de estilo de vida, (Figueiras, 2006).

“...é uma doença que muita gente da família tem” (E19)

“...é uma doença hereditária...” (E02)

“...na minha família são todos diabéticos...” (E04)

“...foi uma herança da minha mãe” (E16)

Lisboa e Duarte (2002), referem que a evolução lenta e silenciosa da diabetes com um quadro de hiperglicémia, leva a que na altura do diagnóstico seja frequente o achado de lesão nos órgãos alvo. Ao desenvolver-se a hiperglicémia, ela vai produzir um efeito tóxico tanto no pâncreas como nos tecidos insulino sensíveis, levando a um ciclo vicioso, fenómeno conhecido como *toxicidade da glucose*.

O **mau funcionamento do pâncreas** foi assim, identificado como uma causa fisiológica para o aparecimento da diabetes:

“...o pâncreas deixa de funcionar, não produz insulina...” (E10)

“...é por mau funcionamento do pâncreas” (E15)

Destino

“...era o destino” (E45)

De acordo Helman (2003), e tendo como referência a antropologia médica, as teorias leigas sobre as causas das doenças referem que a etiologia dos problemas de

saúde podem estar associados a causas que derivam de dentro do indivíduo, do mundo natural, do mundo social e do mundo sobrenatural. Da análise que efectuamos no nosso estudo, parece-nos que os participantes identificam as causas da diabetes com aspectos que se relacionam com o próprio indivíduo, como os erros alimentares e o stress. A hereditariedade é também considerada como um factor etiológico localizado dentro do corpo, mas fora do seu controlo consciente. Destaca-se ainda, a atribuição a causas do mundo sobrenatural, quando o destino é invocado como factor etiológico da diabetes. Refere ainda, que nas sociedades industrializadas é comum atribuir-se a culpa das doenças, ao azar, ao destino ou à vontade de Deus.

O mesmo autor salienta ainda que um estudo efectuado por Greenhalgh e colaboradores (1998) que estudaram as crenças sobre a diabetes, inclusive a dieta, em imigrantes bengaleses em Londres, todo o grupo reconheceu a importância que a alimentação tem como causa da diabetes. Os participantes nesse estudo reconheciam também o stress, consequência do estilo de vida actual, a hereditariedade e os germes como as causas da diabetes.

Num estudo efectuado por Pereira (1997), os participantes consideraram a hereditariedade como a principal causa da diabetes e só depois aparece a alimentação desequilibrada.

Quadro nº 15 - Percepção dos participantes sobre as causas da diabetes

Categorias	Unidades de enumeração
Estilo de vida	10
Hereditariedade	9
Fisiológico	9
Destino	2
Total	30

Duração

Na entrevista efectuada aos participantes, não questionamos directamente se consideravam a diabetes como uma doença crónica ou se tinha cura. A análise efectuada em relação à percepção dos participantes sobre a duração da diabetes enquanto doença, foi baseada no seu discurso, sobre o que é a diabetes, e como se sentem enquanto diabéticos. Do seu discurso emergiu com 12 unidades de enumeração, que a diabetes é uma doença com características crónicas como se pode verificar pelo Quadro nº 16. No

entanto, 1 dos participantes deixa transparecer no seu discurso que a diabetes tem características cíclicas.

Sousa (2003), referia no seu estudo sobre as representações de doença associadas à diabetes que, quando os diabéticos têm uma percepção mais crónica da diabetes a adesão à dieta parece ser maior.

Assim, o facto de os participantes percepcionarem a diabetes como uma doença crónica pode ser determinante, na forma como integram a doença na vida diária.

“... é uma doença para o resto da vida” (E32)

“...é uma doença crónica” (E08)

“...é uma doença que nunca cura” (E27)

Relativamente à percepção cíclica da doença, Sousa (2003), também referia que os diabéticos que tinham esta percepção pareciam aderir mais à realização do teste de glicose.

Do discurso dos participantes, destaca-se o seguinte auto-relato:

“...ligo e não ligo à doença, não me sinto doente por isso, às vezes quando estou pior lembro-me e tenho mais cuidado, outras vezes, tenho que ir em frente e não pensar porque tenho que cuidar do meu marido não posso estar doente” (E16)

Quadro nº 16 - Percepção dos participantes sobre a duração da diabetes

Categorias	Unidades de enumeração
Crónica	12
Cíclica	1
Aguda	0
Total	13

Consequências

De acordo com Silva (2004), muitas das doenças crónicas, entre elas a diabetes, não são passíveis de esquecimento por parte de quem as tem. Este facto, prende-se com a necessidade de integrar o controlo da doença nas actividades de vida diária, e das expectativas do que pode acontecer se esse controlo não for feito de forma adequada.

De acordo com os dados encontrados no Quadro nº 17, verificamos que a maioria dos participantes (36), refere estar muito de acordo que a *diabetes é uma doença séria e grave*. Quando questionados sobre se concordavam que *a diabetes interfere com o estado de saúde no dia a dia*, 27 responderam que concordavam muito,

12 referiram que concordavam, e 10, revelaram que discordam que a diabetes tenha alguma interferência no dia a dia. Quase unânimes foram os participantes (44), ao concordarem muito, que, *se a diabetes estiver controlada o estado de saúde melhora*.

Quadro nº 17 - Percepção dos participantes sobre as consequências da diabetes

	Discordo muito	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito	Total
A diabetes é uma doença séria e grave	0	5	0	9	36	50
A diabetes interfere com o estado de saúde no dia a dia	0	10	1	12	27	50
Se a diabetes estiver controlada o estado de saúde melhora	0	0	2	4	44	50

Relativamente às consequências da diabetes perspectivadas pelos diabéticos, estas, relacionam-se com os efeitos esperados, sequelas ou severidade da doença na vida das pessoas ao nível físico, psicológico e social, (Leventhal et al, 1984 citado por Figueiras, 2006).

Assim, a nível das **consequências físicas**, o *cansaço* e a *falta de força* foram referidos expressivamente por 13 dos participantes. Do seu discurso, destacam-se os seguintes auto-relatos:

“...porque me sinto mais cansado o que limita as minhas actividades diárias” (E04)

“...tenho alturas em que o corpo não dá para fazer nada, não tenho forças para trabalhar” (E19)

“...os diabetes tiram as forças, sinto-me sempre cansado, come-se pouco e fica-se fraco” (E31)

Alguns estudos, têm revelado que a visão que os indivíduos têm da saúde varia de acordo com a classe social a que pertencem. As classes trabalhadoras parecem ter uma perspectiva mais funcional da saúde, ou seja, estar apto para trabalhar. As classes médias parecem valorizar mais o bem-estar e dar mais importância aos aspectos emocionais como por exemplo a satisfação, a felicidade e a capacidade para lidar com o quotidiano, (D’Houtaud, 1989; Blaxter, 1982; Pill, 1982; Blaxter, 1983 citados por Silva, 2004).

Apesar de termos considerado o cansaço e a falta de força, como uma consequência física percebida pelos participantes em relação à diabetes, Lustaman et al (1996) citados por Joyce-Moniz e Barros (2005) referem que a perda de energia e o

cansaço referidos por diabéticos, fazem parte da sintomatologia somática predominante atribuída aos doentes depressivos.

A *cegueira* e as *amputações*, são duas das complicações crónicas que trazem graves consequências a nível físico, psicológico e social, (Duarte e Zeller, 2002; Caldeira e Pape, 2002). Estas complicações foram referidas como consequências físicas da diabetes e conforme se verifica pelo Quadro nº 18, a cegueira foi referida por 5 dos participantes e a amputação por 4. Do seu discurso emergem afirmações como:

“...é uma doença que pode atacar a vista e provocar cegueira...” (E01)

“...pode levar a complicações ficar cego e amputado” (E39)

“...vejo uns sem pernas, outros cegos é muito difícil” (E49)

As alterações a nível da *vivência da sexualidade* foram referidas por 2 dos participantes:

“...interfere com a vida sexual” (E49)

“...a nível sexual tenho agora algumas limitações que não tinha” (E40)

Há ainda a referir que existem opiniões contrárias quanto às consequências extremas da diabetes, como por exemplo em relação à *morte*, e 1 dos participantes refere que “...é uma doença que leva à morte num instante se não tivermos cuidado” (E04), enquanto que outro refere que “...não é das piores não se morre por isso” (E35).

Quadro nº 18 – Percepção dos participantes sobre as consequências físicas da diabetes

Categorias	Unidades de enumeração
Cansaço/falta de força	13
Cegueira	5
Amputação	4
Alteração sexualidade	2
Morte	1
Não leva à morte	1
Total	26

De acordo com o discurso dos participantes, a **nível psicológico** a diabetes trás consequências como a *preocupação* constante com o controlo da diabetes, referido por 7 dos participantes. A *ansiedade* foi manifestada com 6 unidades de enumeração, a

tristeza foi referida 2 vezes e destacam-se ainda sentimentos como a *desmoralização*, o *medo* e a sensação de *dependência*. (Quadro nº 19)

Das categorias apontadas destacamos os seguintes auto-relatos:

“...sou uma pessoa nervosa, fico preocupado com tudo” (E41)

“...quando nos sentimos mal já começa a preocupação” (E07)

“...ando sempre preocupado se estão altos” (E37)

“...chateia-me muito e deixa-me ansiosa” (E05)

“...sinto bastante nervosismo, fico irritado e deixo de ter paciência para os trabalhos domésticos” (E17)

“...é uma doença que desnorteia, quando os vejo altos. Quando estão a menos de 200 parece que estou no céu, se estão a mais fico logo nervoso” (E37)

“...às vezes até tenho que me deitar um pouco, fico desmoralizada” (E24)

“...quando me enervo a diabetes altera logo” (E28)

“... muitas vezes sinto-me mais em baixo” (E38)

“...já nem consigo dizer a palavra diabetes (...) tenho pavor desta doença (...) interfere muito com o meu estado psicológico, sinto-me infeliz e nem sei porquê, estou sempre a pensar quando é que vai acontecer qualquer coisa” (E49)

“...é uma dependência e temos que nos privar de muitas coisas na vida” (E43)

No estudo efectuado por Pereira (1997), em que foi avaliada a percepção dos participantes sobre as consequências da diabetes, verificou-se que as consequências psicológicas, foram as que obtiveram uma maior concordância por parte dos participantes, sendo que, os sentimentos de tristeza e revolta foram os que tiveram um maior destaque.

Joyce-Moniz e Barros (2005:64) referem que quando a pessoa pensa na doença, tende a “(...)emocionar-se em termos de stresse, ansiedade, disforia, ou cólera e a fechar-se em sentimentos de apreensão, medo, tristeza, desespero ou hostilidade”.

De acordo com Amaral (1997), os diabéticos sofrem frequentemente de perturbações emocionais, e, estas iniciam-se normalmente no momento do diagnóstico e muitas vezes este estado prolonga-se, podendo conduzir a estados depressivos. Nem sempre é fácil lidar com a doença, levando a estados emocionais particulares, no entanto depende muito da vivência da própria “doença” e do “ser doente” (Couto e Camarneiro, 2002).

Quadro nº 19 - Percepção dos participantes sobre as consequências psicológicas da diabetes

Categorias	Unidades de enumeração
Preocupação	7
Ansiedade	6
Tristeza	2
Desmoralização	1
Medo	1
Dependência	1
Total	18

Como se pode verificar pelo Quadro nº 20, as **consequências a nível social**, traduzem-se de acordo com 5 dos participantes, nas alterações dos hábitos de convivência social a que a diabetes parece obrigar. Estas alterações são reveladas através dos seguintes auto-relatos:

“...privo-me de ir a festas, casamentos (...) porque não posso comer igual aos outros (...) vou lá pecar e prefiro não ir” (E37)

“...tive que cortar muitos dos convívios sociais que tinha com amigos todas as semanas para os petiscos” (E43)

“...queria juntar-me mais com os amigos e não posso porque os petiscos não fazem bem” (E25)

Quadro nº 20 - Percepção dos participantes sobre as consequências sociais da diabetes

Categoria	Unidades de enumeração
Convivência Social	5
Total	5

Como podemos constatar, as consequências da diabetes manifestam-se em alterações a nível físico, psicológico e social, trazendo modificações na vida de quem tem que viver com uma doença crónica e acima de tudo, que tem que ter a capacidade de a gerir no dia a dia. Por este motivo, Silva (2004), refere que as mudanças a nível de hábitos e comportamentos vão ter repercussões a nível individual, familiar e social. Muitas vezes, as perturbações na organização do quotidiano, nas relações interpessoais

com a família com outras pessoas que lhes estão próximas assumem um papel mais importante do que os aspectos que se relacionam com a parte médica.

De forma a compreendermos melhor as consequências que a diabetes tem na vida dos participantes, questionámos se a *diabetes interfere com a vida diária*. Como pode ser constatado pelo Quadro nº 21, os cuidados com a **alimentação** são os que mais interferem com a vida dos participantes, tendo esta actividade sido 14 vezes enumerada. A **auto-vigilância** da glicemia foi referida por 3 dos participantes, seguido do **exercício** e da **toma de medicamentos** com 2 unidade de enumeração cada.

Em relação aos **cuidados com a alimentação**, é notório através dos seguintes exemplos do discurso dos participantes, que a sua integração na rotina do dia a dia não é feita de ânimo leve:

“...passei a ter que organizar a minha vida para poder comer mais vezes” (E03)

“...tenho que estar sempre a pensar que não me posso esquecer de comer” (E09)

“...tem que se comer a horas certas e não me posso esquecer que sou diabético, porque se passo muito tempo sem comer sinto-me mal” (E14)

“...quando vou para qualquer lado tenho que ter sempre a preocupação de levar coisas para comer” (E41)

A **auto-vigilância** da glicemia foi referida através dos seguintes auto-relatos:

“...estou sempre a pensar que tenho que picar o dedo” (E05)

“...quando nos sentimos bem não estorva nada, quando nos sentimos mal (...) temos que picar mais vezes o dedo” (E07)

O **exercício**, apesar de ser uma das actividades que os diabéticos menos cumprem, apenas foi referido 2 vezes:

“...o facto de ter que fazer exercício também transtorna o tempo que tenho” (E09)

“...tenho que fazer as caminhadas todos os dias e fico sem tempo para fazer outras coisas” (E32)

A **toma de medicamentos** foi referida por 2 dos participantes através do seguinte discurso:

“...interfere com o facto de ter que administrar insulina várias vezes ao dia” (E08)

“...ter que tomar os medicamentos sempre a horas” (E10)

Quadro nº 21 – Percepção dos participantes sobre as actividades de auto-cuidado que mais interferem com a rotina diária

Categorias	Unidades de enumeração
Alimentação	14
Auto-vigilância da glicemia	3
Exercício	2
Toma de medicação	2
Total	21

Controlabilidade/Cura

Joyce Moniz e Barros (2005), referem que o confronto com o diagnóstico é muito importante e que a decisão de aderir ou não aos tratamentos começa nessa fase. Necessariamente, as representações da doença levam às representações sobre de confronto com a doença, e são estas que vão regular a vivência da doença e a adesão ao regime terapêutico proposto.

A controlabilidade/cura refere-se à capacidade para o confronto com a doença, tratamento, recuperação ou adaptação ao seu processo (crença de que a doença pode ser tratada ou não, e se as consequências da doença podem ser controladas pelo próprio ou por outros). Encontrar estratégias de coping adequadas é assim fundamental no desenrolar de todo este processo, (Leventhal et al, 1984 citados por Pereira e Silva, 2002; Bennett, 2002; Joyce-Moniz e Barros, 2005; Figueiras, 2006).

Assim, considerou-se importante questionar os participantes como é que tinham reagido quando se confrontaram com o diagnóstico da diabetes.

Pelo Quadro nº 22, pode constatar-se que 27 dos participantes reagiram com **sentimentos negativos**, como a tristeza, o choque, o medo e a preocupação. Com um valor também expressivo encontramos a categoria **indiferença** com 19 unidades de enumeração. Há ainda a referir, que 4 dos participantes reagiram com **surpresa** uma vez que não estavam à espera do diagnóstico.

Da categoria **sentimentos negativos**, emergem os seguintes auto-relatos:

“...foi um choque porque todos os anos fazia análises e houve um ano em que foi diagnosticado” (E02)

“...fiquei muito triste, ansiosa, pensei que fosse só na gravidez mas fiquei sempre diabética” (E05)

“...fiquei nervosa porque não sabia o que era” (E21)

“...fiquei muito triste, desiludida e preocupada, fiquei com complexo de ser diabética” (E15)

“...fiquei um bocado traumatizado porque ainda era jovem...” (E40)

Relativamente ao facto de o diagnóstico da diabetes ser encarado com **indiferença** destacamos alguns exemplos que ilustram esta categoria:

“...não fiquei preocupado, não sentia nada” (E47)

“...na altura não liguei, porque não sabia o que era a doença” (E48)

“...não fiquei muito admirada, encarei com naturalidade” (E10)

“...não liguei, entrou a cem e saiu a duzentos” (E18)

A **surpresa** foi manifestada através dos seguintes auto-relatos:

“...fiquei surpreso quando soube...” (E03)

“...fiquei muito admirada...” (E23)

“...fiquei espantado porque tinha ideia que só eram diabéticas as pessoas que faziam insulina...” (E46)

Quadro nº 22 – Reacção dos participantes face ao diagnóstico da diabetes

Categoria	Unidades de enumeração
Sentimentos negativos	27
Indiferença	19
Surpresa	4
Total	50

Figueiras (2006), salienta que,

“...os indivíduos actuam como cientistas «leigos» na construção das suas representações de doença que podem constituir uma ameaça e por outro lado, estas representações geram objectivos para a autogestão da situação e orientam os procedimentos para a acção e para a avaliação dessa mesma acção.” (p.102)

Da análise à questão *o que é para si ser diabético actualmente*, verificou-se que emergiam do discurso, a vivência de três atitudes diferentes perante a doença.

De acordo com o Quadro nº 23, dos 50 participantes, 31 demonstra ter uma **atitude positiva** de confronto com a doença, reconhecendo que o controlo da diabetes, depende do esforço que fazem no dia a dia para a controlar. Como exemplo, destacamos os seguintes auto-relatos:

“...tem que se aprender a viver com a doença, tenho que ter os cuidados para evitar as complicações da diabetes (...) adoptei medidas saudáveis que me fazem andar mais controlada” (E02)

“...tive que reagir levando as coisas da melhor maneira, agora levo uma vida mais regrada, tenho mais cuidados...” (E39)

“...vivo com mais normalidade, tive que alterar a alimentação, sei que não posso e não faço, tenho adequado o estilo de vida àquilo que posso fazer” (E43)

“...tento evitar certas coisas para não engordar e para manter a diabetes controlada” (E47)

Deci et al (2004) salientam que a motivação pessoal, é fundamental quando se pretende uma mudança de comportamentos e a sua manutenção. O facto de o diabético não se sentir motivado para aderir ao regime terapêutico é uma das causas citadas para a desistência, para o insucesso e recaídas, (Nascimento do Ó e Loureiro, 2006).

Uma **atitude de conformação** e passividade perante a doença foi manifestada por 10 dos participantes e do seu discurso destacam-se os seguintes auto-relatos:

“...sinto-me conformado que tenho a doença o que é que hei-de fazer” (E38)

“...estou conformado, não sou o único, há tanta gente com diabetes” (E36)

“...atendendo à minha idade vivo conformado com a doença...” (E40)

“...não me vou chatear, sei que os diabetes não vão desaparecer, eles estão cá e eu vou comendo para os alimentar, estou mentalizado para o que pode acontecer” (E50)

A **atitude de negação** e a dificuldade de enfrentar a doença é normal no início do diagnóstico, mas depois é necessário reagir e passar à fase de adaptação e aceitação. Couto e Camarneiro (2002), referem que o confronto com a doença crónica é difícil, especialmente se tivermos em conta os vários estados emocionais que podem ocorrer, como o choque, a negação, a depressão, a adaptação e a reorganização. Actualmente considera-se que a fase de adaptação é a mais difícil, pelos seus efeitos prolongados. Silva (2004:164) reforça ainda esta ideia dizendo que “(...)gerir a doença é uma aprendizagem que se faz ao longo do tempo e que envolve adaptação ao nível da organização do quotidiano e em todas as esferas da vida social”.

A dificuldade de adaptação e aceitação da diabetes foi referida por 9 dos participantes e traduz-se pelo seguinte discurso:

“...desde que sou diabética que não me sinto tão bem, ficamos pior e custa-me enfrentar a doença” (E09)

“...é muito aborrecido, porque é sempre uma preocupação” (E10)

“...ando sempre nervosa, chateada, triste, ainda não encarei este problema a fundo” (E19)

“...agora é que me preocupa muito, tenho dificuldade em lidar com isto...” (E37)

“...é muito difícil de lidar, especialmente quando estou descontrolada como agora ...” (E49)

Podemos salientar, de acordo com a opinião de Joyce-Moniz e Barros (2005), que, se as representações que o indivíduo tem da doença e do seu confronto e tratamento são adequadas, consegue controlar melhor as emoções e atitudes, respondendo correctamente às situações. No entanto, se a leitura que faz da realidade é adversa, tudo o resto, reacções emocionais e comportamentos instrumentais, podem ser maus.

O conceito de resiliência muito valorizado actualmente, é importante neste contexto, e é referido por Ramos (2004:115), como “(...)um conjunto de características protectoras, nomeadamente, uma implicação activa nas situações, a crença no controlo dos acontecimentos, a capacidade de projectar-se na vida, de procura de sentido, coerência e significado na vida”.

Quadro nº 23– Atitude dos participantes em relação à controlabilidade/cura da diabetes

Categorias	Unidades de enumeração
Atitude positiva	31
Atitude conformação	10
Atitude negação	9
Total	50

No Quadro nº 24 podemos observar o cruzamento dos dados referentes à reacção na altura do diagnóstico e a vivência actual do *ser diabético*. Da análise do quadro podemos referir que dos 27 participantes que reagiram negativamente ao diagnóstico da diabetes, actualmente, 14 adoptaram uma atitude positiva face à doença, 9 estão conformados e 4 continuam a ter uma atitude negativa, o que parece fazer transparecer a possibilidade de ainda não terem ultrapassado a fase de negação.

Dos 19 participantes que referiram ter ficado indiferentes ao diagnóstico da diabetes, actualmente, 13 manifestam uma atitude positiva, 5 parecem estar numa atitude negativa e 1 está conformado.

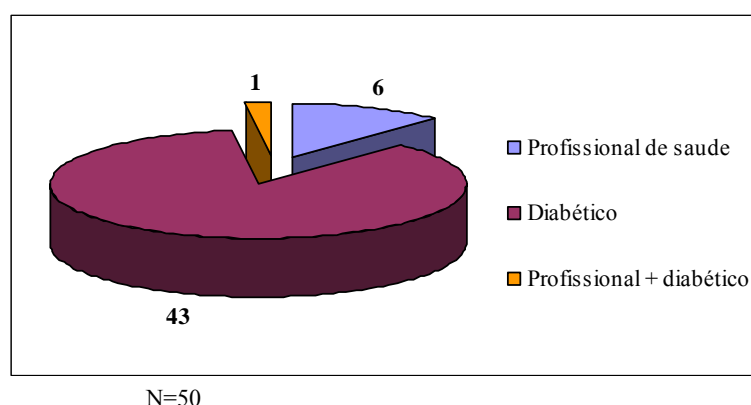
Relativamente aos 4 participantes que reagiram com surpresa ao diagnóstico, parece que todos encaram a diabetes actualmente de uma forma positiva.

Quadro nº 24 – Relação entre o confronto com o diagnóstico da diabetes e a vivência actual da doença

	Aitude positiva	Aitude conformação	Aitude negação	Total
Sentimentos negativos	14	9	4	27
Indiferença	13	1	5	19
Surpresa	4	0	0	4
Total	31	10	9	50

Os dados encontrados com a análise do discurso dos participantes, sobre quem recai a função de controlar a diabetes, é reforçado pelos resultados apresentados no Gráfico nº 5. Ao serem questionados sobre quem consideram ser o principal responsável pelo tratamento e controlo da diabetes, 43 dos participantes responderam que é o próprio diabético, 6 consideram ser o profissional de saúde e 1 referiu que a responsabilidade deve ser partilhada entre o profissional de saúde e o diabético. Argumentou esta posição, referindo que *“ao profissional cabe a responsabilidade de prescrever os medicamentos adequados e dar a informação ao diabético para que aprenda a lidar com a doença e ao diabético compete cumprir o melhor possível o que lhe dizem para não ter complicações”* (E45).

Gráfico nº 5 – Distribuição da amostra segundo a percepção dos participantes sobre quem é o responsável pelo tratamento e controlo da diabetes



Bennett (2002), refere que a teoria sobre o *Locus de Controlo da Saúde* desenvolvida por Rotter em 1966, refere-se ao grau em que o indivíduo percepciona que

tem controlo sobre a sua saúde. Deste modo, os indivíduos que atribuem mais valor à sua saúde e que acreditam ter sobre ela um maior controlo (locus de controlo interno), tendem a aderir mais a comportamentos de saúde do que aqueles que percebem um baixo controlo. Por outro lado, os indivíduos que atribuem maior importância às figuras de autoridade (ex: profissionais de saúde), podem com mais facilidade aderir a comportamentos de promoção da saúde. Há ainda a salientar que quando a crença é que só os serviços de saúde, é que têm a capacidade de curar ou tratar a doença, pode ocorrer um distanciamento daquilo que seria desejável em termos de comportamentos saudáveis. O mesmo autor revela ainda estudos efectuados por Wallston, que revelam que o locus de controlo por si só, não pode prever os comportamentos de saúde, já que a auto-eficácia assume um papel preditor muito forte. Schoeller (2006), revela ainda alguns estudos que revelam a importância da motivação na adesão a actividades que envolvem mudanças de comportamentos.

Uma vez que a maioria dos participantes tem uma atitude positiva no confronto com a doença e concorda que o diabético é o principal responsável pelo controlo da diabetes, considerou-se importante analisar de seguida os dados correspondentes à percepção dos participantes sobre a importância da adesão às actividades de autocuidado no controlo da diabetes.

Pelos dados encontrados no Quadro nº 25, verificamos que os participantes são quase unânimes em concordar muito, que a adesão às actividades de auto-cuidado, como a alimentação (49), auto-vigilância da glicemia (48), exercício (48), toma da medicação (48) e cuidados aos pés (49) são fundamentais para que se consiga um bom controlo da diabetes. Há ainda a destacar, que 2 dos participantes discordam que o exercício contribua para controlar a diabetes e 1 também discorda da importância que os cuidados aos pés podem ter na prevenção de complicações.

Os resultados que emergem desta análise parecem revelar que os diabéticos participantes têm bons conhecimentos sobre a importância que a adesão às actividades de auto-cuidado têm no controlo da diabetes.

Quadro nº 25 - Percepção dos participantes sobre a importância da alimentação, auto-vigilância da glicemia, exercício, medicação e cuidados aos pés no controlo da diabetes

	Discordo muito	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito	Total
Cumprir a dieta recomendada pelos profissionais de saúde é muito importante para controlar a diabetes	0	0	0	1	49	50
Fazer a auto-vigilância da glicemia diariamente é muito importante para controlar a diabetes	0	0	0	2	48	50
A prática de exercício físico regular é muito importante para melhorar o controlo da diabetes	0	2	0	1	47	50
Cumprir as tomas da medicação de acordo com o recomendado pelo médico é fundamental para o controlo da diabetes	0	0	0	2	48	50
Prestar cuidados diários aos pés é muito importante para evitar o aparecimento de lesões/complicações	0	1	0	0	49	50

Compreender as representações que os diabéticos têm da doença e a forma como essas representações influenciam a sua vida é fundamental para os profissionais de saúde. Este aspecto, assume grande importância se tivermos em conta que os profissionais de saúde tendem a falar da doença em termos biomédicos, enquanto que as representações do indivíduo sobre a doença são resultado da sua experiência pessoal. Se houver uma discrepância entre as representações dos dois intervenientes, profissional de saúde e doente, este terá grande dificuldade em decidir se adere ao não ao regime terapêutico que lhe é proposto, (Joyce-Monis e Barros, 2005).

Num estudo levado a cabo por McCord e Brandenburg em 1995, é revelado que, quando existe um bom entendimento das crenças, representações e atitudes dos doentes, por parte dos profissionais de saúde, torna-se mais fácil melhorar os conhecimentos dos doentes, motiva-los e conseqüentemente melhorar o nível de adesão terapêutica.

8.4 A adesão às actividades de auto-cuidado e a gestão do regime terapêutico

Depois de se conhecer algumas das representações que os participantes têm relativamente à diabetes e ao modo como a vivenciam enquanto doença crónica, será dado a conhecer os dados relativos à adesão dos participantes às actividades de auto-cuidado e às dificuldades sentidas na concretização dessas actividades.

De acordo com vários autores, a adesão é uma variável difícil de avaliar, uma vez que, os participantes dos estudos nem sempre são sinceros nas suas respostas e os

profissionais de saúde também têm dificuldade em ver a realidade que envolve as questões que concorrem para este processo, (Joyce-Moniz e Barros, 2005; Bugalho e Carneiro, 2004).

Para avaliarmos a adesão às actividades de auto-cuidado por parte dos participantes do estudo, utilizamos a versão traduzida e adaptada para português de “*Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure - SDSCA*” de Glasgow, Toobert, Hampson (2000), por Bastos e Lopes (2004).

A análise efectuada teve como base 5 dimensões do auto-cuidado, cuidados com a alimentação, prática de exercício físico, cuidados com os pés, toma de medicação e auto-vigilância da glicemia. Serão ainda considerados separadamente os hábitos tabágicos.

Alimentação

A relação que existe entre a alimentação e a saúde remonta a tempos imemoráveis e Nunes (1997), aponta que já Hipócrates nos seus tratados de medicina fazia referência a uma dietética destinada a equilibrar os fluidos do corpo e a prevenir a doença. É do senso comum, que comer é fundamental para manter a vida e comer correctamente é imprescindível para manter a saúde. Aquilo que se entende por comer bem ou correctamente é que nem sempre tem o mesmo significado, uma vez que depende do contexto cultural em que estamos inseridos.

Existe actualmente um conceito sobre alimentação racional ou saudável, mais ou menos aceite, mas nem sempre é consensual, uma vez que vai ser obrigatoriamente influenciado pela cultura vigente.

Ao serem questionados sobre em quantos dias da semana consideravam praticar uma alimentação saudável, verificamos de acordo com o Quadro nº 26 que a média de dias observada é de 5,44 dias/semana, sendo que a adesão na totalidade é de 36% e 2% refere nunca o fazer. No entanto, quando averiguamos a adesão ao plano alimentar que lhe foi recomendado pelos profissionais de saúde, verificamos que a média desce para 3,70 dias/semana, verificando-se uma adesão total ao recomendado de apenas 8% e 12% referem que não aderiram dia nenhum.

Questionamos ainda, alguns aspectos específicos da alimentação e verificamos que a média de adesão ao consumo de cinco ou mais porções de fruta/vegetais por dia é de 5,70 dias/semana, que se traduz numa adesão total de 54%. Neste item, a não adesão na totalidade foi de 0%. Relativamente a este aspecto, julgamos ser pertinente destacar

que 38 dos participantes referem consumir alimentos da sua própria produção, ou então partilham alimentos com vizinhos e amigos, como veremos mais adiante, o que pode ser um factor facilitador de adesão ao consumo de fruta e vegetais.

As questões relativas ao consumo de carnes vermelhas, ao consumo de pão às refeições, à mistura de hidratos de carbono na mesma refeição, ao consumo de álcool dentro e fora das refeições, o consumo de doces e o uso de açúcar, encontravam-se invertidas pelo que, os resultados apresentados referem-se aos dias em que os participantes aderiram ao que estava recomendado e não aos dias em que adoptaram práticas desaconselhadas. Assim, relativamente ao consumo de carnes vermelhas, que deve ser condicionado, uma vez que contribui para elevar os níveis de colesterol e para o excesso de peso, verificamos pelo mesmo quadro, que a média de adesão a esta recomendação é de 4,26 dias/semana, constata-se ainda que, apenas 8% dos participantes não comeram carne vermelha em nenhum dia da semana, e que, 2% referem comer este alimento todos os dias.

Segundo dados da WHO (*The European Health Report, 2003*) referido por Rodrigues et al (2005), a população portuguesa tem vindo a mudar os seus hábitos alimentares ao mesmo tempo que apresenta um baixo nível de prática de exercício físico. Verifica-se no entanto, que, o consumo de vegetais e fruta parece ser o mais alto da Europa e o consumo de gorduras o mais baixo.

O consumo de pão às refeições é uma tradição enraizada na cultura portuguesa, especialmente nas comunidades mais rurais, pelo que, o seu abandono é extremamente difícil de concretizar. Verificamos que a adesão ao comportamento de não comer pão às refeições principais é em média de 3,66 dias/semana. Verificamos ainda, que a adesão a esta recomendação é cumprida na íntegra por 42% dos participantes e que 40% refere consumir pão à refeição todos os dias.

Já em relação ao facto de não ser aconselhada a mistura de diferentes hidratos de carbono à mesma refeição (ex: arroz e batatas, massa e feijão etc.) verificamos que a adesão é mais elevada com 5,76 dias/semana, ou seja uma adesão total de 48%.

O álcool é também uma substância culturalmente bem aceite, no entanto, em excesso, e especialmente fora das refeições tem efeitos nocivos para todos os indivíduos e em especial para os diabéticos. Constatamos que a adesão ao não consumo de álcool à refeição é de 6,16 dias/semana e fora da refeição ligeiramente superior com 6,50 dias/semana, que se traduz numa adesão total de 78 e 88% respectivamente, enquanto 6% consumiu álcool todos os dias. O consumo de álcool pode ser aceite de acordo com

Caldeira e Osório (2002), até 2 dl de vinho tinto por refeição. Contudo, se houver neuropatia, hepatopatia crónica, ou cardiomiopatia, deve ser desaconselhado o seu consumo.

De acordo com Caldeira e Osório (2002), uma das recomendações chaves para um bom controlo da diabetes é retirar o consumo de doces da alimentação diária, e verificamos que relativamente a este aspecto a média de adesão referida pelos participantes é de 5,76 dias/semana. A adesão à recomendação de não consumir doces é de 30%, verificando-se ainda que não houve nenhum participante que passe a semana sem consumir um doce. Este valor pode encontrar explicação pelo facto dos participantes referirem consumir geralmente ao fim de semana em que se junta a família (almoço de Domingo), uma sobremesa. As refeições, podem de acordo com Helman (2003), assumir um aspecto ritual que acresce ao seu papel apenas de fornecer alimentos para várias pessoas ao mesmo tempo. Para além deste aspecto, refere ainda o mesmo autor que as refeições têm um papel central na definição e recriação da identidade e de coesão no grupo que neste caso é a família. O almoço de Domingo, altura em que toda a família se reúne à mesa, parece associado a este aspecto ritual, sendo permitido o consumo de alimentos que no dia a dia não são *permitidos*.

Quando questionados sobre o consumo de açúcar para adoçar chá, café etc., verificamos que a média de dias/semana em que os participantes não têm este comportamento é de 6,52, ou seja uma adesão total de 90% enquanto 4% nunca aderem a esta recomendação.

Ao compararmos os resultados encontrados com outros estudos que utilizaram a mesma metodologia de avaliação de adesão às actividades de auto-cuidado, verificamos que relativamente à adesão ao plano alimentar recomendado é inferior ao encontrado por Bastos (2004), que encontrou um valor de 28%, enquanto que para Pereira (1997) o valor encontrado foi de 14%.

Os resultados encontrados estão abaixo dos verificados noutros estudos que revelaram uma adesão à alimentação em média de 65%, variando os estudos entre os 20 e 70%, (Boavida, 2006). A WHO em 2003 referia um estudo na Índia sobre a adesão plano alimentar em que se verificou que apenas 37% dos diabéticos seguiam o que estava recomendado.

Exercício

O exercício físico deve constituir parte integrante do tratamento e controlo da diabetes, uma vez que melhora o controlo da glicemia, a tensão arterial, o colesterol e promove a perda de peso, (Caldeira e Duarte, 2002; ADA, 2005; APDP, 2005). Por todos estes motivos, seria natural que esta actividade fizesse parte da vida diária de todos os diabéticos. No entanto, verificamos que a realidade não é assim tão linear.

Relativamente à prática de exercício físico constatamos que é uma das actividades de auto-cuidado que apresenta uma adesão mais fraca. De acordo com o Quadro nº 26 verificamos que a adesão a actividades de exercício contínuo, durante pelo menos 30 minutos, onde se englobam tarefas domésticas, jardinagem etc., é de 2,86 dias/semana, ou seja uma adesão total de 12%. A mesma percentagem é verificada para a prática de exercício contínuo e específico, como, caminhar, nadar, andar de bicicleta etc., que tem uma adesão de 2,28 dias/semana. Bastos (2004), encontrou valores superiores de adesão ao exercício, 45,6% para a actividade continua e 18,4% para o exercício contínuo. Toobert, Hampson e Glasgow em 2000 apresentaram uma revisão sobre sete estudos que utilizaram a SDSCA e revelaram que a média de adesão ao exercício encontrada foi de 34,3%.

Perante os resultados observados, parece-nos ser pertinente tecer algumas considerações. O facto dos participantes apresentarem uma média de idades de 63,86 anos e a faixa etária predominante situar-se entre os 60 e os 79 anos, pode ser um factor condicionante da prática de exercício físico, uma vez que associado ao aumento da idade surgem problemas físicos. Quando questionados sobre as doenças concomitantes com a diabetes, 35 dos participantes referiram ter problemas a nível do sistema musculo-esquelético, com patologia da coluna, artroses, reumatismo etc. o que pode dificultar a prática de exercício físico. Para além destas questões, há a referir, que Portugal é dos países da união europeia que apresenta índices mais baixos de prática de exercício físico, não é portanto de estranhar que o sedentarismo faça parte dos hábitos dos participantes, (Carvalho, 2003).

Apesar de 48 dos participantes terem reconhecido a importância que o exercício tem no controlo da diabetes, a mudança de comportamento e a adesão à sua prática fica aquém daquilo que seria esperado.

Motivar para a prática de exercício, deve fazer parte da actividade dos profissionais de saúde. Na consulta de enfermagem onde decorreu o estudo, o exercício faz parte dos objectivos terapêuticos negociados com o diabético, sendo por isso

instituído um plano individualizado de acordo com as possibilidades físicas, psicológicas e sociais do indivíduo. Para o estabelecimento de indicadores de resultado e metas, aceita-se como mínimo, a prática de exercício 30 minutos contínuos 3 vezes semana, (ADA, 2005; CSL, 2005).

A adesão à alimentação e ao exercício são as actividades de auto-cuidado que implicam grandes mudanças a nível dos hábitos de vida e que apresentam os níveis mais baixos de adesão no nosso estudo, o que também foi referido por Cameron (1996), Bastos (2003), Raposo et al (2004) e Boavida (2006).

Cuidados aos pés

A actividade de auto-cuidado, cuidados aos pés, assume um papel extremamente importante na prevenção de uma das complicações mais temidas pelos diabéticos, que são as amputações resultantes do pé diabético.

Ao serem questionados sobre se têm o hábito de examinar os pés, verificamos que a adesão a esta prática é de 4,76 dias/semana, ou seja, 44% dos participantes referem observar os pés diariamente.

Quanto ao inspeccionar os sapatos antes de os calçar verificamos que a adesão é de 3,30 dias/semana, verificando-se uma adesão total de apenas 36%, ou seja, apesar do perigo que isso representa 38% dos participantes nunca verificam o interior dos sapatos antes de os calçar. Valores mais preocupantes, encontrou Bastos (2004), que refere que 82,5% dos participantes no seu estudo não tinham este cuidado. Relativamente a lavar os pés diariamente e a ter o cuidado de secar bem os espaços interdigitais, constatamos que a adesão é de 5,94 e 5,36 dias/semana e 62 e 54% de adesão total respectivamente.

Chan e Molassiotis em 1999, encontraram como média total de adesão aos cuidados aos pés 61% e Toobert, Hampson e Glasgow (2000) um valor de 47,1%.

Relativamente à adesão aos cuidados podológicos, vários estudos têm demonstrado que os diabéticos apesar de possuírem bons conhecimentos sobre os cuidados que devem prestar aos pés e quais as medidas preventivas a adoptar, na prática esses conhecimentos são por vezes descurados. Oliveira (2002), salienta ainda que um estudo efectuado na sala de enfermagem da Unidade de Podologia da Associação Protectora de Diabéticos de Portugal, revelou que as pessoas com diabetes sabem quais os cuidados que devem ter para evitarem futuras complicações a nível dos pés.

Também, Correia et al (2003) evidenciam no seu estudo, que o nível de conhecimentos sobre as actividades necessárias à prevenção do pé diabético, era muito

bom, no entanto, na prática esses conhecimentos eram por vezes descurados. Armstrong et al (2003) também chegou à mesma conclusão, ao referir que num grupo de 20 doentes com úlceras neuropáticas do pé, que foram aconselhados a usar uma meia elástica ou palmilha quando estivessem a desempenhar qualquer tarefa em que estivessem que estar de pé, em média só 28% do total das actividades diárias registadas é que foram feitas com a palmilha colocada. Os doentes que revelaram uma melhor adesão também só colocaram a palmilha 60% das vezes.

Toma de medicação

As crenças, as representações, a percepção dos benefícios, a complexidade do regime instituído, os efeitos secundários etc. são algumas das variáveis que condicionam a adesão à toma de medicamentos, (Duarte e Caldeira, 2003; Bugalho e Carneiro, 2004; Brooks, 2005; Gallego, 2005b).

Observando o Quadro nº 26, verificamos que adesão à toma de terapêutica, ADO e/ou insulina é em média de 6,62 dias/semana e 86% dos participantes referem ter tomado os medicamentos todos os dias e 2% não tomou dia nenhum. O nível de adesão encontrado para a toma de terapêutica (insulina e ADO) está de acordo com outros estudos que também avaliaram este parâmetro: Chan e Molassiotis (1999) encontraram um nível de adesão de 96%, Bastos (2004) 91%, Pereira (1997) 90% e Toobert, Hampson e Glasgow (2000) 95%. Pães (1997) citado por WHO em 2004, verificou que em relação às injeções de insulina a adesão variava entre 20 a 80%, e nos antidiabéticos orais a adesão foi de 75%, sendo que a omissão de doses representava a forma mais prevalente da não adesão.

Quadro nº 26 - Nível de adesão às actividades de auto-cuidado com a diabetes

Actividades de Auto-cuidado	\bar{x} (0 a 7 dias semana)	% (adesão 0 dias/semana)	% (adesão 7 dias semana)
Alimentação saudável	5,44	2	36
Alimentação recomendada	3,70	12	8
Vegetais e fruta	5,70	0	54
Carnes vermelhas	4,26	2	8
Pão às refeições	3,66	40	42
Mistura de hidratos carbono	5,76	0	48
Álcool às refeições	6,16	6	78
Álcool fora das refeições	6,50	6	88
Consumo de doces	5,76	0	30
Uso de açúcar	6,52	4	90
Actividade contínua	2,86	28	12
Exercício contínuo	2,28	46	12
Examinar os pés	4,76	4	44
Inspeccionar os sapatos	3,30	38	36
Lavar os pés	5,94	0	62
Secar os pés	5,36	4	54
Insulina e/ou ADO	6,62	2	86

N=50

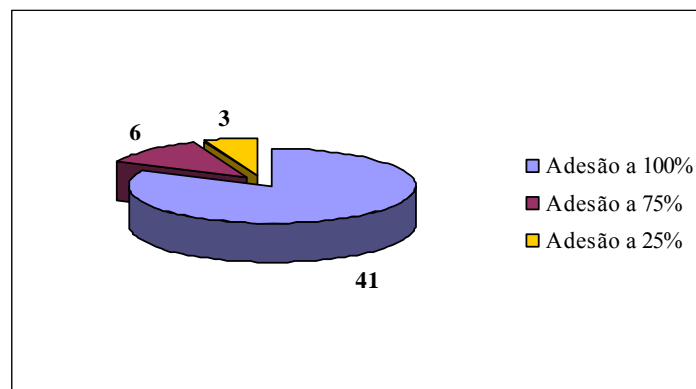
Auto-vigilância da glicemia

A auto-vigilância da glicemia assume um papel importante no controlo da diabetes, uma vez que permite ao diabético ter uma percepção do controlo metabólico e desta forma poder gerir o seu regime terapêutico. De acordo com a ADA (2005), o ideal seria que o diabético tipo 2 avaliasse a sua glicemia diariamente, no entanto, o plano de auto-vigilância pode e deve ser individualizado. Por este motivo, na consulta de enfermagem, as recomendações para vigilância da glicemia são instituídas de acordo com as necessidades e com as características dos utentes (idade, escolaridade, condições económicas, suporte social disponível etc), (CSL, 2005). Tendo em conta este princípio, ao avaliarmos a adesão à auto-vigilância da glicemia tivemos em atenção aquilo que foi proposto ao diabético e aquilo que este refere cumprir e o que está registado no processo de enfermagem. Conforme podemos constatar pelo Gráfico nº 6, 41 dos participantes referem aderir 100% ao que foi recomendado, 6 cumprem 75% e 3 apenas cumprem 25%. Podemos então referir que o nível de adesão da amostra à realização da auto-

-vigilância da glicemia é de 82%. Valores idênticos foram encontrados por Chan e Molassiotis (1999).

Tendo em conta as características da população do nosso estudo, parece-nos que podemos referir que o nível de adesão à auto-vigilância é bastante bom.

Gráfico nº 6 – Distribuição da amostra segundo a adesão à auto-vigilância da glicemia

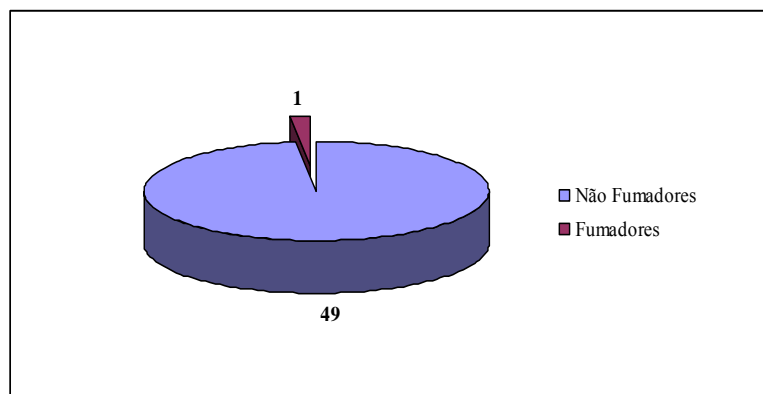


N=50

Apesar de termos avaliado cada actividade de auto-cuidado separadamente, uma vez que o tratamento da diabetes é multidimensional, “medimos” a adesão em termos de *score* total (alimentação saudável e recomendada, consumo de fruta e vegetais, consumo de carnes vermelhas, consumo de pão às refeições, mistura de hidratos de carbono, consumo de álcool dentro e fora das refeições, exercício físico, cuidados aos pés, medicação e auto-vigilância da glicemia) e o nível de adesão encontrado foi de 64,2%. Valores idênticos foram encontrados por Chan e Molassiotis em 1999, num estudo efectuado em Hong Kong em diabéticos tipo 2, em que a adesão a todas as actividades de auto-cuidado foi de 67,7%. Bastos (2004), encontrou como nível de adesão total ao regime terapêutico 58,6% o que está ligeiramente abaixo do *score* total de adesão constatado no nosso estudo.

Hábitos tabágicos

Relativamente aos hábitos tabágicos, parece não haver necessidade de grande preocupação, uma vez que, de acordo com o Gráfico nº 7, dos 50 participantes da amostra, apenas 1 refere ser fumador, consumindo cerca de 6 cigarros por dia. Dos restantes 49 indivíduos, 44 nunca fumaram e 5 já deixaram de fumar há mais de 2 anos.

Gráfico nº 7 – Distribuição da amostra segundo os hábitos tabágicos

N=50

8.5 Dificuldades sentidas na gestão do regime terapêutico

Após ter sido avaliado o nível de adesão às actividades de auto-cuidado, consideramos importante perceber as razões que levam os diabéticos a não aderir mais ao plano terapêutico.

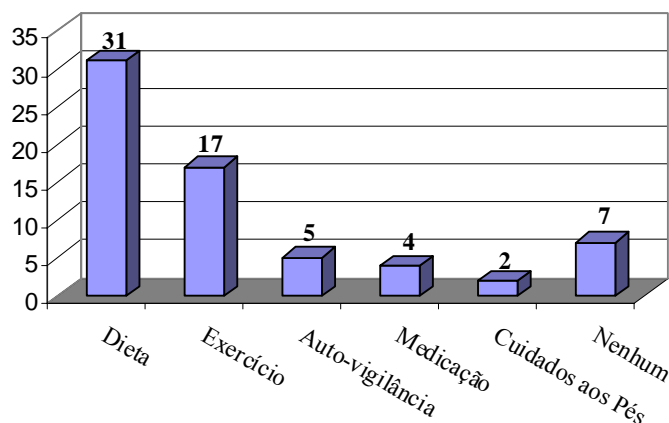
Sendo a diabetes uma doença crónica, que implica grandes mudanças a nível dos hábitos de vida, questionamos os participantes sobre quais as actividades de auto-cuidado que sentem ter mais dificuldade em cumprir. De acordo com o Gráfico nº 8 podemos verificar que sem grande admiração as actividades mais referidas são: o cumprimento do **plano alimentar** referido por 31 dos participantes; e o **exercício** com 17. Há a ainda a salientar a adesão à **auto-vigilância da glicemia**, referido por 5 participantes, a **toma de medicação** e os **cuidados aos pés** foram referidos por 4 e 2 participantes respectivamente. Apenas 7 dos participantes, referiram não ter dificuldade em cumprir qualquer das actividades de auto-cuidado.

Os dados encontrados parecem estar de acordo com outros estudos que também procuraram encontrar as actividades que os diabéticos apresentam mais dificuldade em cumprir. Glasgow et al (1997) referia no seu estudo, que os diabéticos que encaravam a diabetes como uma doença séria e grave e desenvolviam as actividades de auto-cuidado recomendadas, apresentavam um melhor controlo da diabetes e menos complicações. No entanto, identificavam a adesão à dieta, ao exercício e à auto-vigilância da glicose como as maiores barreiras a enfrentar no controlo da diabetes.

De acordo com Ley (1997), o estilo de vida, o trabalho, as ocasiões especiais na vida dos indivíduos, entram muitas vezes em incompatibilidade com a adesão ao

tratamento proposto, daí que muitas vezes, compreender e tolerar um comportamento de não adesão, pode ser necessário para conciliar a vida com o regime terapêutico.

Gráfico nº 8 - Actividades de auto-cuidado que os participantes têm mais dificuldade cumprir



Pedimos aos participantes que justificassem porque é que têm dificuldade em cumprir algumas actividades do plano terapêutico. Fizemos uma análise individual para cada uma das actividades identificadas e assim, pelo Quadro nº 27 e relativamente à alimentação, constatamos que emerge como categoria mais significativa com 20 unidades de enumeração as **restrições alimentares**, seguido da **falta de apoio familiar** com 7. O **fraccionamento alimentar**, é apontado por 3 dos participantes e com 2 unidades de enumeração cada, aparece a **alteração de hábitos alimentares** e as **dificuldades sócio-económicas**.

Os hábitos alimentares parecem estar de facto no centro das preocupações dos participantes relativamente ao cumprimento do plano terapêutico. A mudança de hábitos alimentares adquiridos ao longo de uma vida, constituem a maior dificuldade na adesão ao regime terapêutico. Helman (2003), refere que os alimentos têm um papel central na vida quotidiana, especialmente nas relações sociais e crenças e por este motivo as práticas relacionadas com a dieta são muito difíceis de mudar.

As **restrições alimentares**, na qualidade e especialmente na quantidade dos alimentos ingeridos parece afectar muito os participantes. Do seu discurso destacamos:

“...tive que deixar de comer as quantidades que gostava de batatas, pão” (E07)

“...custa-me porque às vezes apetece-me comer mais e não posso, é um sacrifício” (E11)

“...não se pode comer de tudo, mas compreendo que tenho que fazer restrições” (E13)

“...gosto muito de pão, sinto sempre fome e tenho muita dificuldade em aceitar a dieta (...) antigamente passava dificuldades e não podia comer de tudo, agora vivo melhor mas continuo a não poder comer o que quero devido à diabetes” (E19)

“...quando vou sair não posso comer tudo aquilo que queria” (E39)

“...tenho que comer fora muitas vezes devido ao trabalho e não consigo comer aquilo que devia” (E45)

“...sou um bom garfo e gosto de comer normalmente e agora não posso comer de tudo” (E50)

A avaliar pelo discurso dos participantes, parece evidente que a **falta de apoio familiar** pode condicionar o cumprimento do plano alimentar:

“...o marido às vezes diz «come que é só hoje» e eu sei que não posso, mas custa” (E13)

“...o meu marido nem sempre está em casa, mas quando ele está tenho mais dificuldade em cumprir a dieta” (E18)

“...embirro muito com a minha mulher porque ela faz coisas que acho que não é saudável, faz muitas gorduras e eu não quero comer” (E36)

“...tenho que comer à parte, ver os outros comerem e não poder comer o que os outros comem” (E38)

Tendo em conta os dados encontrados, e sabendo que a alimentação é um pilar importantíssimo no controlo da glicemia e na perda de peso, salientamos o estudo desenvolvido por Stuart e Davis (1972) e referido por Cameron (1996), que verificou relativamente ao controlo do peso, que os indivíduos que recebiam apoio da família na modificação dos hábitos alimentares, conseguiam mais facilmente perder peso e manter essa perda quando comparados com outros indivíduos que não tinham tido suporte familiar para essa actividade.

O facto do diabético ter que fazer uma **alimentação fraccionada**, é também motivo de dificuldade, uma vez que nem sempre é fácil integrar este requisito na rotina do dia a dia.

“...o trabalho que eu tenho dificulta cumprir as horas de comer, às vezes não consigo parar para ir comer” (E45)

“...tenho que comer muitas vezes e não gosto” (E21)

A **alteração dos hábitos alimentares** é referida através dos seguintes auto-relatos:

“...custa comer a dieta, que é muito diferente daquilo a que estava habituado” (E27)

“...tive que mudar muita coisa na alimentação” (E07)

De acordo com a WHO (2003), um dos factores que pode condicionar a adesão ao regime terapêutico e neste caso a adesão ao plano alimentar são as **condições sócio-económicas**. Este factor transparece nos seguintes auto-relatos:

“...às vezes não tenho as coisas a jeito em casa para comer, o dinheiro não é muito (...) tenho que comer daquilo que há e nem sempre posso comer aquilo que devo” (E16)

“...tenho dias que nem sei o que hei-de comer e a aldeia é pobre, nem se vende o que é preciso” (E23)

Afonso et al (2006), refere um estudo efectuado na APDP em que se pretendeu avaliar as dificuldades sentidas relativamente ao cumprimento do plano alimentar. Algumas categorias que foram identificadas estão de acordo com os resultados encontrados no nosso estudo: é difícil comer diferente dos outros; pouco apoio social, especialmente sentido pelas mulheres com diabetes; comer de mais quando surgem problemas, também mais evidente nas mulheres; e a dificuldade em cumprir os horários manifestado mais pelos homens; as dietas prescritas são muito complicadas.

A alimentação parece assumir de facto um papel central na vida das pessoas e Helman (2003), refere que nas sociedades humanas, a alimentação não é encarada apenas como uma fonte de nutrição. Verifica-se que o acto de comer tem muitos outros papéis e está relacionado com aspectos sociais, religiosos e económicos do dia a dia, trazendo uma série de significados simbólicos que expressam e criam as relações entre os seres humanos. A alimentação constitui “(...)uma parte essencial do modo como a sociedade se organiza e vê o mundo que habita.”(p.49).

Quadro nº 27 – Motivos apontados para a dificuldade em cumprir plano alimentar

Categorias	Unidades de enumeração
Restrição alimentar	20
Falta de apoio familiar	7
Fraccionamento alimentar	3
Alteração de hábitos alimentares	2
Dificuldades sócio-económicas	2
Total	34

Relativamente à prática de exercício, as razões encontradas para o seu não cumprimento, prendem-se maioritariamente com a presença de **limitações físicas** por problemas de saúde, referido por 10 dos participantes. A **falta de motivação** é também

apontada com 4 unidades de enumeração a **falta de apoio** e a **falta de tempo** são referidas por 3 participantes cada, conforme se pode verificar pelo Quadro nº 28.

Tal como referimos anteriormente, e de acordo com as características dos participantes, não é de estranhar o facto de 10 dos participantes terem apontado as **limitações físicas** como o principal motivo à não realização da actividade física. Esta razão está bem patente quando os participantes referem:

“...tenho muita dificuldade em andar devido às artroses” (E10)

“...canso-me muito devido ao coração, tenho que parar muitas vezes” (E36)

“...devido a muitas dores nas pernas, costumava andar com amigos e vizinhos, agora eles vão e eu já não posso” (E38)

No entanto, tendo em conta que em Portugal, o hábito da prática de exercício é muito reduzido, também não é de admirar que os participantes apesar de reconhecerem a sua importância não consigam introduzir este hábito facilmente, por **falta de motivação**. Referem no seu discurso que:

“...nem sempre me apetece” (E39)

“...não faço como devia, não apetece fazer as caminhadas (...) antigamente andei muito a pé, agora tenho carro e não me apetece andar” (E42)

Nesta matéria, o **apoio da família e dos amigos**, também parece ter grande importância, tanto na negativa como na positiva, conforme podemos verificar pelos seguintes auto-relatos:

“...não gosto de fazer as caminhadas sozinha, e o marido também não gosta muito” (E31)

“...o meu marido não gosta que eu saia para fazer exercício” (E16)

“...sozinha não me apetece, mas quando tenho a companhia de uma amiga já vou e gosto” (E15)

“...por vezes a minha esposa acompanha nas caminhadas o que ajuda” (E20)

A **falta de tempo**, desculpa corrente para tanta coisa na vida, é identificada também como razão para não praticar exercício:

“...é falta de tempo” (E39)

“...por falta de tempo” (E40)

Quadro nº 28 - Motivos apontados para a dificuldade em cumprir o exercício

Categoria	Unidades de enumeração
Limitações físicas	10
Falta de motivação	4
Falta de apoio social	3
Falta de tempo	3
Total	20

A auto-vigilância da glicemia foi também apontada como uma das actividades que os participantes têm mais dificuldade em cumprir. As justificações encontradas para este facto prendem-se, de acordo com o Quadro nº 29, com o **medo de picar o dedo/contacto com sangue** com 4 unidades de enumeração, a **falta de motivação** foi referida por 1 dos participantes, bem como, o **não saber ler e escrever** também com 1 unidade de enumeração.

Das várias categorias seleccionamos os seguintes auto-relatos que ilustram bem os sentimentos manifestados relativamente à vigilância da glicemia:

“...faz muita impressão o contacto com o sangue” (E46)

“...fico com receio, incomoda ter que picar o dedo, faz-me impressão” (E03)

“...a picada porque custa muito e fico cheia de nervos” (E05)

“...porque me esqueço que tenho que controlar a diabetes, como me sinto bem, desleixo-me” (E22)

“...tenho dificuldade em fazer sozinha, não sei ler nem escrever e custa-me muito ter que picar o dedo” (E09)

Quadro nº 29 - Motivos apontados para a dificuldade em realizar a auto-vigilância da glicemia

Categorias	Unidades de enumeração
Medo de picar o dedo/contacto com sangue	4
Falta de Motivação	1
Não saber ler e escrever	1
Total	6

Relativamente ao cumprimento da toma de medicamentos, verifica-se que 2 dos participantes referem que **não gostam de tomar medicamentos**, o **sentimento de dependência dos medicamentos** foi identificado com 1 unidade de enumeração e os

efeitos secundários foi referido por outro dos participantes, como se pode constatar pelo Quadro nº 30.

São muitas as crenças que os doentes podem ter em relação à toma de medicamentos e que por vezes dificulta o cumprimento do esquema terapêutico. Muitas vezes têm sentimentos adversos, achando que é uma dependência, que os medicamentos fazem mal etc., (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

O discurso dos participantes parece estar de acordo com o que foi referido anteriormente:

“...não gosto de tomar muitos comprimidos” (E15)

“...ter que tomar muitos comprimidos faz-me mal ao estômago” (E37)

“...porque sei que tenho que ficar dependente dos medicamentos e faz-me confusão” (E43)

Quadro nº 30 - Motivos apontados para a dificuldade em tomar os medicamentos

Categorias	Unidades de enumeração
Não gostar de tomar medicamentos	2
Sentimento de dependência dos medicamentos	1
Efeitos secundários	1
Total	4

Por último, nos cuidados aos pés, que apenas 2 dos participantes referiram ter dificuldade em cumprir, aparecem como razões para esta dificuldade, o facto de ter **calosidades e não conseguir tratá-las**, o **adaptar-se ao uso de sapatos adequados** e as **artralgias** que dificulta os cuidados aos pés. As três categorias, apresentam 1 unidade de enumeração cada, conforme se pode constatar pelo Quadro nº 31.

As categorias foram encontradas através dos auto-relatos dos participantes que passamos a referir:

“...sofro muito dos pés, não consigo adaptar-me aos sapatos que deveria usar, dói-me muito os ossos e por isso custa-me tratar deles” (E17)

“...o que mais me custa é ter calosidades e não conseguir livrar-me delas” (E18)

A este propósito Joyce-Moniz e Reis (1991) citados por Joyce-Moniz e Barros (2005:70) referem que *“Quem pensa na doença também pensa em como se ver livre dela!”*.

Quadro nº 31 - Motivos apontados para a dificuldade em cuidar dos pés

Categorias	Unidades de enumeração
Dificuldade em tratar calosidades	1
Adaptação ao uso de sapatos adequados	1
Artralgias	1
Total	3

8.6 Autonomia vs dependência para a realização das actividades de auto-cuidado: o papel do suporte social

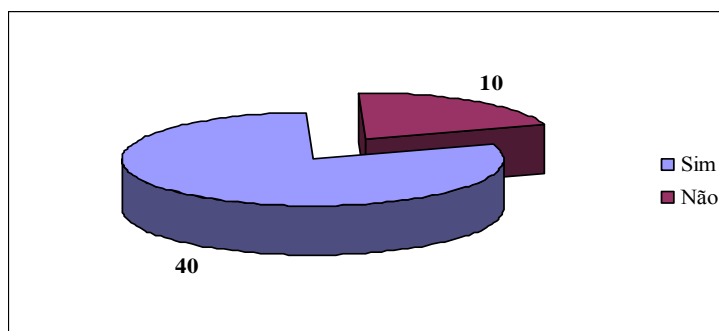
Um dos factores importantes na adesão é a autonomia para a realização das actividades de cuidado. Sempre que o diabético não seja auto-suficiente, é fundamental que exista um bom suporte familiar ou de outras pessoas significativas que contribua para o sucesso da gestão do regime terapêutico.

De acordo com Helman (2003), o sector informal de assistência na saúde e na doença, é um domínio leigo e não profissional e é neste sector que se insere a família. A família constitui por isso o primeiro recurso a nível dos cuidados.

Como iremos constatar pelos dados apresentados seguidamente, é de facto a família que se assume como principal cuidadora, assegurando a colaboração na execução das actividades de auto-cuidado.

Auto-vigilância da glicemia

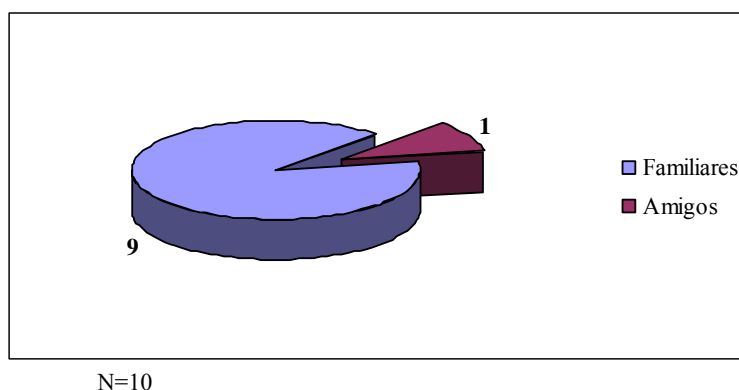
Questionamos os participantes quanto à capacidade para efectuar a auto-vigilância da glicemia sem ajuda, e constatamos de acordo com o Gráfico nº 9, que 40 referem serem autónomos nesta actividade.

Gráfico nº 9 – Distribuição da amostra segundo a autonomia para a realização da auto-vigilância da glicemia

N=50

Dos 10 indivíduos que referiram não conseguirem fazer auto-vigilância da glicemia sem ajuda, quisemos saber quem lhes prestava esse apoio. Conforme podemos verificar pelo Gráfico nº 10, 9 referem que é a família que presta esse apoio, especialmente o cônjuge, e 1 refere que é um amigo que lhe faz a vigilância da glicemia.

Gráfico nº 10 – Caracterização da amostra segundo quem apoia na actividade de auto-vigilância da glicemia



Questionamos ainda, qual o motivo pelo qual não são autónomos na realização da auto-vigilância da glicemia. De acordo com o Quadro nº 32, as razões apontadas pelos participantes dividem-se por **não saber ler e escrever** com 8 unidades de enumeração, **medo de fazer auto-punção capilar** com 2 unidades e **dificuldade em ver** com 1 unidade.

Tendo em conta a idade e o nível de escolaridade dos participantes, não é de admirar que a categoria com mais unidades de enumeração seja o **não saber ler e escrever**, como podemos verificar pelos seus relatos:

“...como não sei ler preciso de ajuda para escrever no livro” (E07)

“...não sei ler e a minha esposa é que gosta de fazer” (E23)

“...não consigo escrever no livro, e como a filha aprendeu ela é que faz” (E42)

“...consigo picar o dedo mas é a mulher que lê e escreve os resultados no livro” (E44)

Outra das razões apontadas é o **medo de fazer a auto-punção capilar** traduzida pelo relato dos participantes em:

“...nunca me pus a isso, custa-me ter que me picar, arrepiá-me” (E23)

“...custa muito picar o dedo, tenho receio” (E48)

A **dificuldade em ver** também foi referida por 1 dos participantes, verbalizando:

“...custa-me a ver os números e a acertar com o sangue na máquina” (E09)

As categorias identificadas, parecem estar de acordo com o que já tinha sido referido em relação à dificuldade em aderir às actividades de auto-cuidado

Pelas várias razões apontadas é fundamental que a família seja envolvida no papel de cuidador, partilhando da responsabilidade de contribuir para que a gestão da diabetes seja concretizada de forma eficaz.

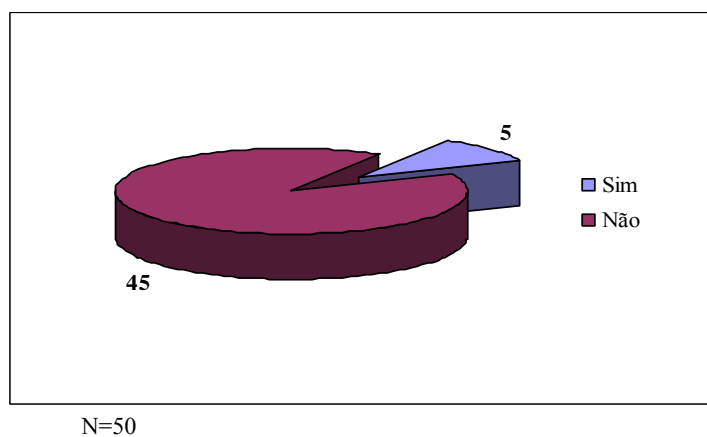
Quadro nº 32 - Razões de não ser auto-suficiente na realização da auto-vigilância da glicemia

Categorias	Unidades de enumeração
Não sabe ler e escrever	8
Medo de fazer a auto-punção capilar	2
Dificuldade em ver	1
Total	11

Preparação e toma da medicação

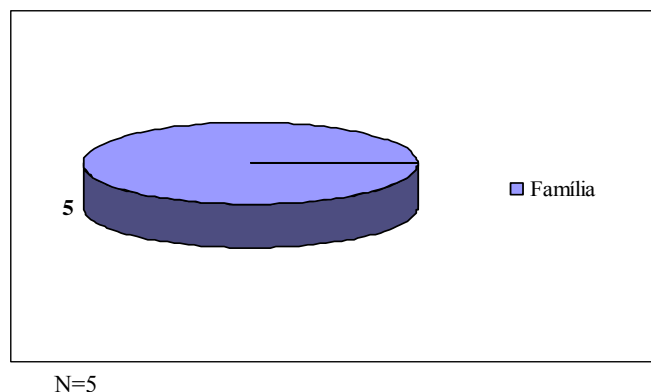
Relativamente à necessidade de ajuda para preparar ou administrar a terapêutica, podemos constatar que dos 50 participantes, apenas 5 referem não ser auto-suficientes nesta actividade (Gráfico nº 11).

Gráfico nº 11 – Distribuição da amostra segundo a necessidade de ajuda para preparar e tomar medicação



Como podemos verificar pelo Gráfico nº 12, os 5 participantes que referiram que necessitavam de ajuda para a preparação e toma de medicação, todos referiram ser a família que prestava apoio para a realização desta actividade.

Gráfico nº 12 – Caracterização da amostra segundo quem apoia na preparação e toma de medicação



Questionamos os participantes sobre os motivos que levavam à necessidade de ajuda para realizar a actividade de auto-cuidado – toma de medicação. Pelo Quadro nº 33, podemos verificar que o **esquecimento** é referido por 3 dos participantes e o facto de **não saber ler** é mencionado por 2 participantes.

Relativamente ao **esquecimento** transcrevemos o relatado dos participantes:

“...esqueço-me de tomar e é a esposa que me lembra” (E03)

“...é a esposa que tem que me lembrar que tenho medicamentos para tomar senão esqueço-me” (E30)

“...não tenho memória, falha muita coisa e é a esposa que toma conta” (E48)

O facto de **não saber ler** é novamente apontado como um constrangimento à realização das actividades de auto-cuidado:

“...é a esposa que toma conta dos medicamentos porque eu não sei ler” (E42)

“...porque não sei ler e é a esposa que põe tudo a jeito” (E44)

Quadro nº 33 – Motivos apontados para a necessidade de ajuda na medicação

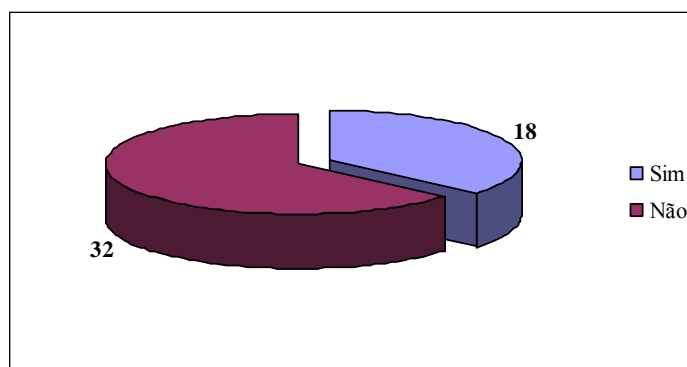
Categorias	Unidades de enumeração
Esquecimento	3
Não saber ler	2
Total	5

Cuidados aos pés

Tal como já referimos anteriormente os cuidados aos pés são uma das actividades de auto-cuidado importantíssimas na prevenção de complicações. Estes

cuidados englobam actividades como a higiene diária, o corte de unhas, desbaste de calosidades, a observação dos pés, cuidados com os sapatos etc. Constatamos anteriormente que apenas 2 dos participantes tinham referido dificuldade em cumprir os cuidados aos pés. Questionados sobre se necessitavam de ajuda para a realização dessa actividade, verificamos de acordo com o Gráfico nº 13, que 32 dos participantes referiram que não e 18 responderam positivamente.

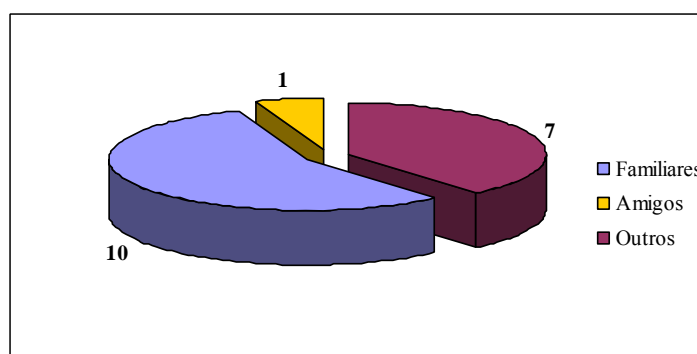
Gráfico nº 13 - Distribuição da amostra segundo a necessidade de ajuda para efectuar cuidados aos pés



N=50

Constatamos pelo Gráfico nº 14, que dos 18 participantes que referiram necessitar de ajuda para cuidar os pés, 10 referiram que é a **família** que presta esse apoio, 1 referiu que é apoiado por um **amigo** e 7 por **outras pessoas**, como por exemplo enfermeiras, calistas e funcionárias do apoio domiciliário.

Gráfico nº 14 - Caracterização da amostra segundo quem apoia na prestação de cuidados aos pés



N=18

Sobre os motivos que levam os participantes a necessitar de ajuda para efectuar cuidados aos pés, podemos constatar pelo Quadro nº 34, que o motivo mais referido

pelos participantes para necessitarem de ajuda, prende-se com facto de apresentarem **dificuldade em alcançar os pés**, com 11 unidades de enumeração. Segue-se a **dificuldade em ver**, referido por 4 dos participantes, 3 referem recorrer a outras pessoas para cuidar dos pés por questões de **bem-estar** e o **medo** de provocar feridas foi referido por 2 participantes. Apenas 1, refere ser **descuidado** nos cuidados que tem que prestar aos pés sendo a esposa a responsável por essa tarefa.

As categorias identificadas podem ser ilustradas pelos seguintes auto-relatos:

“...porque já não vejo bem para cortar as unhas e já cortei um dedo...agora peço sempre ajuda à minha sobrinha” (E09)

“...já não tenho agilidade para chegar aos pés e cortar as unhas” (E41)

“...vou à calista para os pés andarem melhores dos calos e das unhas, sinto-me melhor” (E38)

“...às vezes tenho dificuldade em cortar as unhas dos pés, mas a filha não está muito disponível para ajudar porque tem medo...venho sempre à enfermeira” (E16)

“...porque preciso de ajuda para cortar as unhas, já não vejo bem” (E28)

“...tenho medo de fazer feridas” (E37)

“...sou descuidado, e a esposa é que tem que tem o cuidado de ver se está tudo bem e de tratar dos pés” (E45)

Quadro nº 34 – Motivos referidos pelos participantes para necessitarem de apoio nos cuidados aos pés

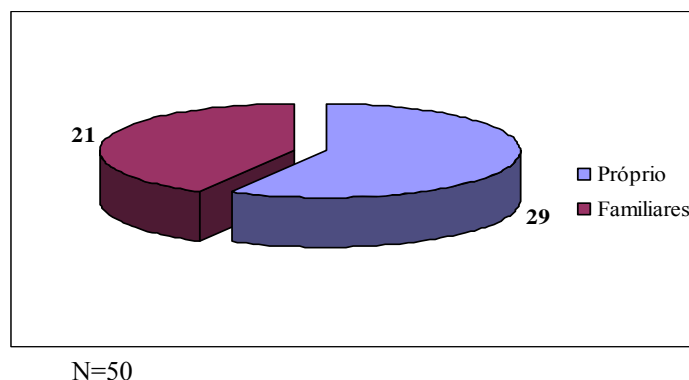
Categorias	Unidades de enumeração
Dificuldade em alcançar os pés	11
Dificuldade em ver	4
Bem-estar	3
Medo	2
Descuido	1
Total	21

Alimentação

Os cuidados com a alimentação, dizem respeito em primeiro lugar àquilo que o diabético come, mas também engloba outras questões importantes e que vão influenciar a forma como o diabético se vai alimentar. Questões como: quem faz as compras; quem confecciona os alimentos; que alimentos tem disponíveis; e também se a alimentação adoptada pelo diabético é partilhada pelas pessoas com quem coabita, assumem um papel fundamental na adesão e na gestão do regime terapêutico, (Cruz, 2005).

Quanto às compras referentes à alimentação, constatamos de acordo com o Gráfico nº 15, que 29 dos participantes referem ser os próprios a cuidar dessa actividade e 21 referem que as compras são efectuadas por familiares, sendo as esposas que assumem maioritariamente esse papel.

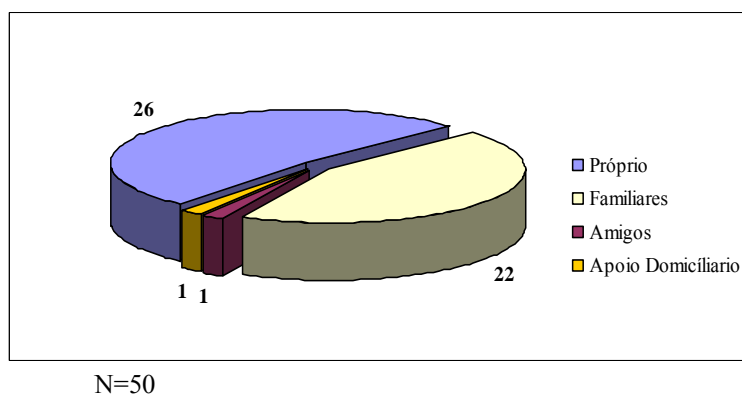
Gráfico nº 15 – Distribuição da amostra segundo quem efectua as compras de produtos alimentares



Relativamente à confecção das refeições, verificamos pelo Gráfico nº 16, que 26 dos participantes referem ser os próprios a confeccionar as suas refeições, o que não é de admirar uma vez que 27 dos participantes do estudo são do sexo feminino. Mais uma vez a família aparece como um elemento importante na vida dos diabéticos e como tal 22 dos participantes referem que as refeições são confeccionadas por familiares, especialmente pelas esposas. Helman (2003), refere que na maior parte do mundo, a preparação das refeições é uma tarefa atribuída às mulheres.

Há ainda a salientar que 1 dos participantes refere que tem o apoio de uma amiga e outro recebe a alimentação através do apoio domiciliário.

Gráfico nº 16 – Distribuição da amostra segundo quem confecciona as refeições



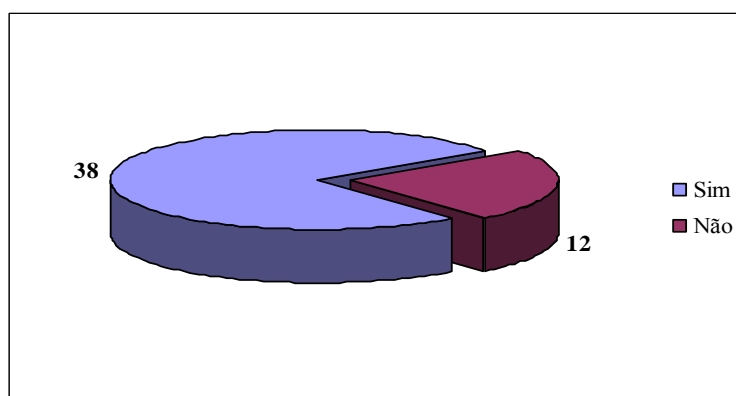
Um dos factores importantes no tipo de alimentação que o diabético adopta no dia a dia, prende-se com o tipo de alimentos que tem à sua disposição. Este factor é especialmente importante se tivermos em conta o contexto em que decorre o estudo. A amostra pertence a uma zona rural, em que a agricultura é uma das principais actividades da região.

Por este motivo, questionamos os participantes se costumavam consumir habitualmente, alimentos da sua própria produção, tais como fruta, produtos hortícolas, animais (galinha, coelho, porco etc.). De acordo com o Gráfico nº 17, podemos referir que 38 dos participantes responderam afirmativamente.

Nunes (1997), refere que nas comunidades rurais a alimentação está muito dependente da produção local. Apesar da evolução das vias de comunicação, do nível económico ter melhorado e da enorme variedade de produtos oferecidos através da publicidade, da televisão e das recomendações, ainda se continuam a manter os gostos pela cozinha tradicional de cada região e limitada à produção local. As práticas alimentares são muito difíceis de mudar, uma vez que a aprendizagem dos hábitos alimentares é feita desde muito cedo no contexto familiar, em casa.

Nas comunidades rurais a alimentação continua muito dependente da produção local e não do mercado. Depende ainda da actividade profissional, da posição social que as pessoas ocupam e da fase do ciclo vital em que se encontram.

Gráfico nº 17 – Distribuição da amostra segundo o consumo de alimentos da própria produção



N=50

De acordo com o referido anteriormente, consideramos importante saber o que fazem os participantes quando não têm alimentos da sua própria produção.

Pelo Quadro nº 35, verifica-se que 33 dos participantes referem **comprar** quando não têm os alimentos da sua própria produção. Há ainda a salientar que 8 dos participantes também referem que **os alimentos são partilhados** entre familiares, amigos ou vizinhos e 2, quando não têm **não comem**.

Do seu discurso salientamos:

“...quando não tenho compro”(E31)

“...compro a vizinhos porque tenho mais confiança, são coisas mais biológicas” (E17)

“...quando não tenho os vizinhos ou amigos dão-me, trocamos aquilo que temos” (E07)

“...quando não tenho dos meus, não como e não compro porque tem tudo muito veneno” (E27)

“...compro quando tenho dinheiro, se não tenho, não posso comer, é tudo muito caro” (E48)

“...quando não tenho não como” (E06)

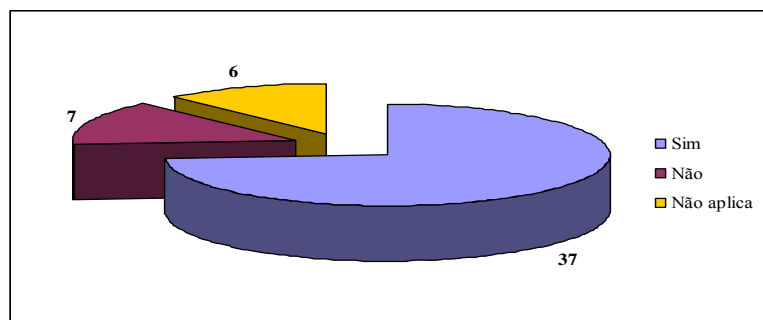
Quadro nº 35 – O que faz quando não tem disponíveis alimentos da própria produção

Categorias	Unidades de enumeração
Compra	33
Dádiva de familiares, vizinhos e amigos	8
Não come	2
Total	43

Um dos aspectos que pode condicionar a adesão ao plano alimentar é o facto do diabético, no seio da família, não comer o mesmo que os restantes membros da família. Este aspecto foi realçado anteriormente quando apresentamos os dados relativos à dificuldade em cumprir o plano alimentar, no entanto, consideramos importante explorar melhor este aspecto, uma vez que a alimentação tem grande relevância neste contexto.

Verificamos pelo Gráfico nº 18, que 37 dos participantes referem que a sua alimentação é em geral igual à das pessoas que vivem consigo, 7 referem que é diferente e 6 como vivem sozinhos, não se aplica esta questão.

Gráfico nº 18 – Distribuição da amostra segundo alimentar-se de forma igual às pessoas com quem coabita



N=50

Relativamente ao facto de os participantes fazerem uma alimentação igual, ou não, à das outras pessoas que vivem consigo, quisemos saber como é que lidam com essa situação.

Pelo Quadro nº 36, podemos verificar que dos participantes que referem que a sua alimentação é diferente do resto da família, 4 referem que é uma situação de **difícil aceitação** e 3 referem que já estão **adaptados**.

Dos participantes que referem ser difícil não comer o mesmo que as outras pessoas destacamos os seguintes auto-relatos:

“...o marido acha que os legumes são alimentação de coelho, tenho que estar a fazer duas comidas diferentes o que me custa muito porque é chato” (E16)

“...custa-me não poder comer o mesmo, é difícil resistir” (E33)

“...quando há coisas que eu sei que não devo comer, peço à mulher para fazer outra coisa, mas custa-me porque a gente gosta é de comer aquilo que não deve” (E36)

Os participantes que referem estar adaptados ao facto de comerem de forma diferente dos restantes familiares, traduzem a sua opinião com o seguinte discurso:

“...já estou habituada a comer assim, não me faz qualquer transtorno” (E24)

“...não me custa porque sabe-me melhor comer o que faço para mim” (E49)

“...ao princípio era muito complicado porque me apetecia comer como eles e não podia, agora já me adaptei, por vezes é difícil quando a família insiste, como mais um bocadinho” (E18)

Quadro nº 36 – Reacções dos participantes face ao facto de não comerem igual às pessoas com quem coabitam

Categoria	Unidades de enumeração
Difícil aceitação	4
Adaptado	3
Total	7

Consideramos ainda importante salientar, que dos participantes que responderam comer igual aos outros familiares emergem alguns auto-relatos que mereceram a nossa atenção:

“...como igual porque custa muito e ao marido também lhe faz confusão eu ter que comer diferente” (E05)

“...a mulher também não se importa de comer dieta, como eu, a sopa é que tira a minha à parte para ficar sem sal” (E37)

“...porque a esposa também tem problemas de saúde e tem que fazer dieta” (E41)

“...como tudo igual, mas se às vezes o que não é tão saudável, como menos quantidade” (E23)

Pelo discurso dos participantes parece-nos muito importante o papel que a família tem neste contexto. Se por um lado a família pode ser colaboradora e adoptar um comportamento alimentar mais saudável, participando do plano terapêutico do diabético, por outro lado, por ser um agente dificultador, obrigando à confecção de dois tipos de refeição, insistindo para que o familiar coma mais, contribuindo para uma fraca adesão ao plano alimentar.

Uma vez que a diabetes tipo 2 tem como grandes factores etiológicos, a hereditariedade e os comportamentos alimentares errados, o que seria importante e de salutar, era que toda a família adoptasse o estilo alimentar que o diabético deve fazer. Se tivermos em atenção o que se considera uma alimentação saudável hoje em dia, verificamos que a alimentação do diabético era aquela que deveria ser adoptada por toda a gente, contribuindo deste modo para a prevenção primária da diabetes, (Duarte, 2002).

Figueiras (2006:106), refere que *“as crenças que constituem o modelo de doença do cuidador (companheiro, marido, ou cuidador informal) influenciam a forma como os doentes lidam com a doença”*. O mesmo autor menciona o estudo de Petrie e Weinman (1997), que revela que no caso do enfarte do miocárdio, verifica-se que a concordância entre as atribuições causais entre as esposas e os doentes, é um preditor da alteração de aspectos de estilo de vida como por exemplo a alimentação, a prática de exercício e outros comportamentos saudáveis.

Tal como parece transparecer pelos resultados apresentados até aqui, o apoio que a família dá na gestão da diabetes parece ser muito importante. Stroeb e Stroeb (1995), referem que os indivíduos que têm um elevado nível de apoio social, são mais encorajados a ter um estilo de vida saudável.

Numa perspectiva positiva, o suporte social, parece ser importante na colaboração nas actividades de auto-cuidado, nomeadamente na auto-vigilância da glicemia, nos cuidados aos pés e na preparação e toma de terapêutica. O tipo de apoio identificado insere-se, de acordo com Ramos (2004), no suporte instrumental, em que o apoio é prestado através da realização de tarefas concretas, neste caso as actividades de auto-cuidado. Numa perspectiva mais negativa refere-se à falta de compreensão relativamente à necessidade de cumprimento do plano alimentar e à prática de exercício o que pode ser gerador de stress perante a necessidade de ter que gerir eficazmente a diabetes. Neste caso, parece estar mais relacionado com um suporte emocional insuficiente.

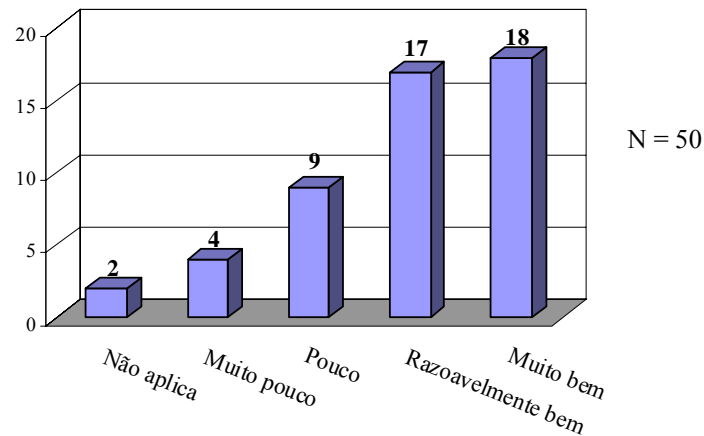
Dados idênticos parece ter encontrado Rossi em 2005, num estudo sobre a influência do suporte social familiar nos cuidados aos adultos com diabetes tipo 2, tendo concluído que o apoio da família nos cuidados diários e na adesão a hábitos saudáveis eram muito importantes no controlo da diabetes. Como aspectos negativos identificou a falta de apoio da família, discussões e preocupação com familiares, depressão, sentimentos de medo e isolamento, etc..

Ramos (2004), refere que a associação entre o stress e as doenças crónicas é uma realidade e Lo (1999), complementa este aspecto, referindo um estudo sobre vários factores que afectavam o sucesso da adesão à terapêutica e verificou que o stress era uma dos factores principais.

Por este motivo, é fundamental que quem cuida e presta apoio a um familiar com diabetes, esteja consciente da importância da diabetes enquanto doença crónica e que tenha os conhecimentos necessários para que o apoio prestado seja promotor de harmonia e não gerador de maiores dificuldades.

Quisemos conhecer a percepção que os participantes têm relativamente aos conhecimentos que os familiares e amigos têm sobre o que é a diabetes. De acordo com o Gráfico nº 19, podemos referir que 35 dos participantes parecem perceber que as pessoas que convivem consigo são bons conhecedores do que é a diabetes, dividindo-se as respostas pelo muito bem e razoavelmente bem. Negativamente entre o pouco e muito pouco responderam 13 dos participantes.

Gráfico nº 19 – Percepção dos participantes sobre os conhecimentos que as pessoas que convivem consigo têm sobre o que é a diabetes

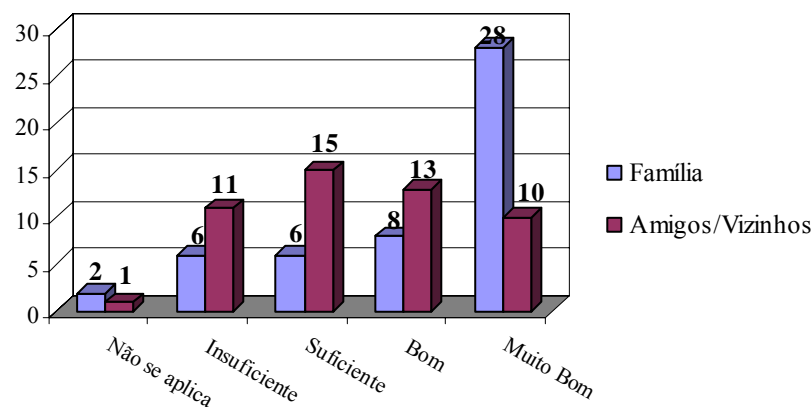


Os conhecimentos são importantes para um bom entendimento da doença e dos cuidados que lhe estão inerentes. Por este motivo Bastos (2004), verificou no seu estudo que quando as esposas participam num plano educacional sobre a diabetes, a adesão ao exercício físico e à toma medicação melhoram.

No entanto, mais importante ainda, é que esses conhecimentos se traduzam num apoio efectivo no controlo da diabetes.

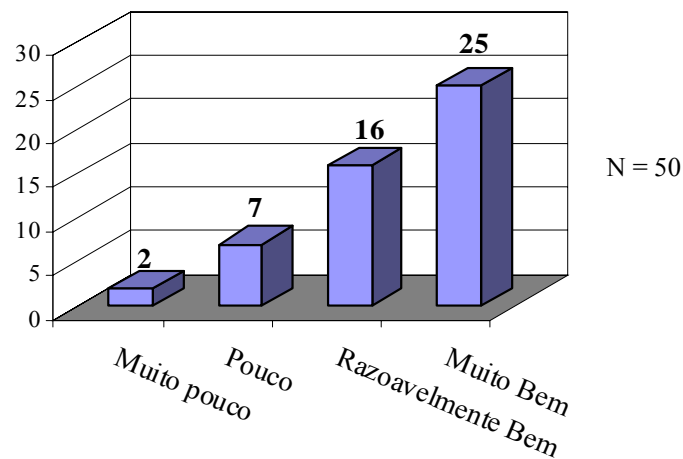
Para avaliar esta questão perguntamos aos participantes como classificavam o apoio que a família e os amigos que lhes dão relativamente aos cuidados que têm que ter com a diabetes. Pelo Gráfico nº 20, podemos constatar que relativamente ao apoio percebido pelos participantes em relação à família é na sua maioria muito bom (28), já em relação aos amigos prevalece um apoio suficiente (15), havendo alguma divisão entre o insuficiente (11), o bom (13) e o muito bom (10).

Gráfico nº 20 – Percepção dos participantes sobre o apoio prestado pela família e amigos em relação aos cuidados que a diabetes requer



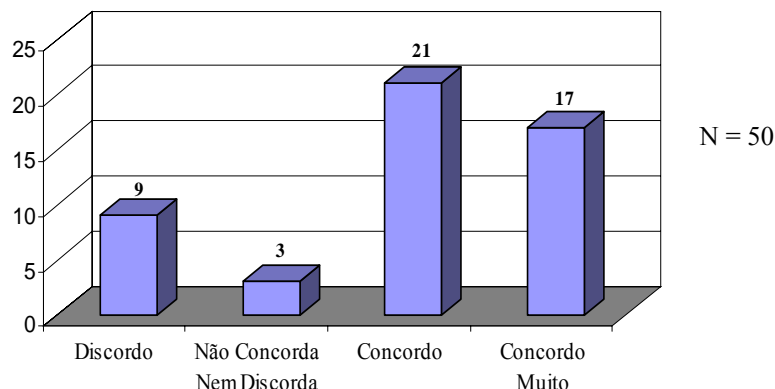
De acordo com Ornelas (1994), Ramos (2004) e Rossi (2005), um dos aspectos importantes no suporte social é o apoio emocional percebido, e por isso questionamos os participantes se se sentiam compreendidos pelas outras pessoas pelo facto de serem diabéticos e pelos cuidados que têm que ter no dia a dia. Conforme podemos verificar pelo Gráfico nº 21, metade dos participantes referiram que se sentiam muito bem compreendidos e 16 referiram razoavelmente bem. Os restantes responderam negativamente, com 7 a responderem pouco e 2 muito pouco.

Gráfico nº 21 - Percepção dos participantes sobre o apoio emocional recebido em relação ao facto de serem diabéticos e aos cuidados que isso implica



Quisemos ainda saber, se os participantes consideravam que o facto de terem oportunidade de falar com familiares e amigos sobre aquilo que sentem em relação à diabetes pode ajudar a controlar a doença. Verificamos de acordo com o Gráfico nº 22, que 21 dos participantes concordam com esta afirmação e 17 concordam muito. Negativamente responderam 9, que afirmam discordar, e 3 nem concordam nem discordam. Este resultado pode estar relacionado com a percepção que cada um tem da importância que o suporte emocional e as relações interpessoais que estabelecem com quem lhes está próximo podem ter na manutenção do estado de saúde.

Gráfico nº 22 - Percepção dos participantes sobre a importância de falar com os familiares e amigos sobre o que sente em relação à diabetes



Os dados encontrados estão de acordo com Silva et al (2003), que referem que o apoio ou suporte social enquanto experiência pessoal, traduz a intensidade com que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido. O apoio social percebido identifica-se com a avaliação que o indivíduo faz em relação a vários aspectos da sua vida, nomeadamente em relação àqueles para quem julga que é querido e que lhe reconhecem valor, bem como, à avaliação da disponibilidade dos outros que lhe estão próximos e da possibilidade que tem de recorrer a eles caso sinta necessidade.

Salientamos neste contexto Becker e Green (1975) referidos por Cameron (1996), que evidenciam uma forte correlação entre a estabilidade proporcionada pelo apoio familiar e o grau de adesão à terapêutica.

8.7 Importância da consulta de enfermagem na adesão e gestão do regime terapêutico e a satisfação com os cuidados prestados

A satisfação com os cuidados de saúde e a relação estabelecida entre o profissional de saúde e o utente, são duas variáveis importantes quando se pretende estudar a adesão e a gestão do regime terapêutico. Por outro lado, há a ainda a considerar que a opinião do utente deve cada vez mais ser tida em conta, no domínio científico e pelos vários parceiros sociais, com o objectivo de avaliar a qualidade dos serviços de saúde, (Pereira et al, 2001).

Tal como já referimos anteriormente, a consulta de enfermagem ao utente com diabetes está em funcionamento no Centro de Saúde da Lourinhã desde Março de 1997.

Já com 9 anos de evolução, torna-se premente avaliar a satisfação dos utentes diabéticos perante os cuidados que lhes são prestados, compreender os aspectos que são mais valorizados pelos diabéticos e o que pode ser melhorado.

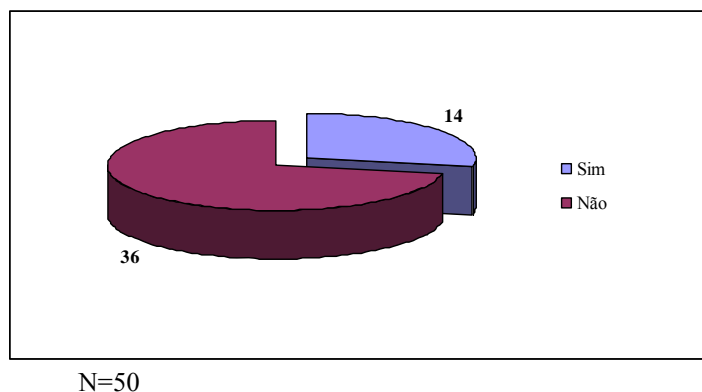
De acordo com o Quadro nº 37, verificamos que o tempo mínimo de permanência na consulta, apresentado pela amostra é de 1 ano (critério de inclusão da amostra) e o máximo de 9 anos, sendo a média observada de 5,20 anos.

Quadro nº 37 – Caracterização da amostra segundo o tempo de frequência na consulta

Anos consulta	N	Xmin	Xmáx	\bar{x}
	50	1	9	5,20

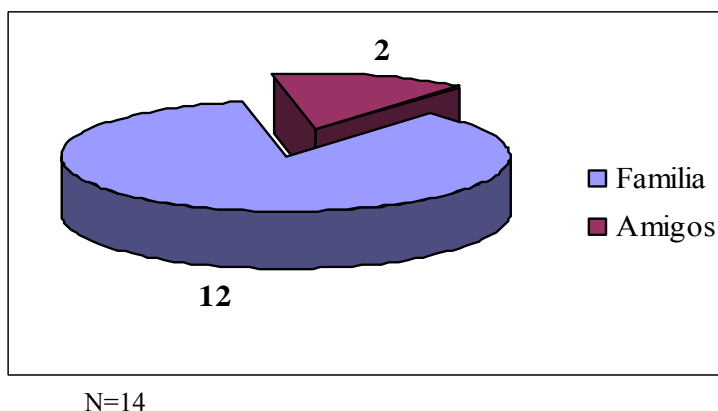
Dos 50 participantes do estudo, 36 referem ir à consulta sózinhos e 14 costumam ir acompanhados (Gráfico nº 23).

Gráfico nº 23 – Distribuição da amostra segundo ir à consulta acompanhado



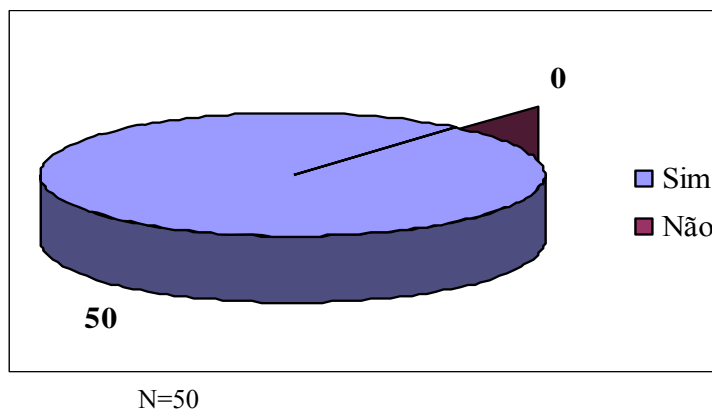
De acordo com o Gráfico nº 24, dos 14 diabéticos que referiram ir a consulta acompanhados, 12 referem ir acompanhados por um familiar e 2 por amigos.

Gráfico nº 24 – Caracterização da amostra segundo quem acompanha à consulta



Ao serem questionados sobre, se consideravam importante estarem integrados na consulta de enfermagem, os 50 participantes do estudo foram unânimes na resposta e responderam afirmativamente, como se pode constatar pelo Gráfico nº 25.

Gráfico nº 25 – Distribuição da amostra segundo a importância de estar integrado na consulta de enfermagem



De acordo com o Quadro nº 38, constatamos que são vários os motivos apontados pelos participantes para justificarem a importância de estar integrado na consulta. Das razões encontradas, emergem como categorias mais significativas a **relação terapêutica** com 34 unidades de enumeração, seguido de **adquirir conhecimentos** com 24 unidades de enumeração. Há ainda a referir, a **vigilância de saúde** com 14 unidades de enumeração, o sentir mais **segurança e controlo** foi referido por 13 dos participantes.

Para Basto (1998), o termo relação terapêutica, que identificamos como categoria para análise do discurso, refere-se à relação que a enfermeira estabelece com o doente, em que se privilegia para além dos contactos físicos e administração de tratamentos, associados à “técnica”, o apoio prestado através da comunicação verbal terapêutica. Este tipo de relação pressupõe uma actuação exigente e profissional por parte das enfermeiras.

Num estudo efectuado por Cosme (2004), em que analisava a percepção que os diabéticos tinham dos cuidados de enfermagem numa consulta de diabéticos, verificou que quando existe uma percepção positiva, esta permite o desenvolvimento de uma relação de confiança. Os cuidados mais valorizados pelos participantes relacionavam-se

com os aspectos relacionais e comunicacionais que promovem a participação na consulta.

Quadro nº 38 – Justificação da importância de estar integrado na consulta

Categoria	Unidades de enumeração
Relação terapêutica	34
Adquirir conhecimentos	24
Vigilância saúde	14
Segurança/controlo	13
Total	85

Das várias opiniões manifestadas pelos participantes destacamos alguns dos auto-relatos que ajudam bem a ilustrar as diferentes categorias.

Relação terapêutica

“...porque sou bem atendida” (E01)

“...conforto de saber que estão sempre presentes se quisermos tirar uma dúvida e para nos apoiar” (E08)

“...sentimo-nos mais apoiados e temos os cuidados que precisamos” (E14)

“...sou bem estimado” (E33)

“...com o apoio que temos, sinto-me mais aberta de espírito e consigo controlar melhor os meus problemas de vida” (E18)

“...sinto-me apoiado por pessoas que sabem do assunto” (E35)

“...é uma ajuda para a saúde, dão-me (...) apoio, às vezes venho com vontade de chorar e vou melhor, nem que sejam 5 minutos de conversa e já me sinto muito melhor” (E49)

“...as enfermeiras são muito atenciosas” (E44)

“...as enfermeiras estão sempre presentes” (E46)

“...gosto de falar com as enfermeiras” (E50)

Adquirir conhecimentos

“...quando vamos à consulta ficamos com a noção da doença e dão-nos bons conselhos sobre o que temos que fazer para a controlar” (E04)

“...a pessoa fica mais actualizada em relação à diabetes” (E12)

“...tenho esclarecimentos sobre a doença (...) ficamos a compreender melhor os cuidados que temos que ter” (E15)

“...tenho que saber tratar de mim, tenho que me interessar e aprendo a fazer isso quando cá venho” (E27)

“...aconselham o melhor para nós (...) aprendemos aquilo que precisamos para andar o melhor possível” (E40)

“...ficamos mais informados e assim respeitamos mais aquilo que temos que fazer” (E41)

“...foi na consulta que aprendi informação sobre o que é a diabetes, os riscos, como prevenir e sobre as normas da alimentação” (E43)

Vigilância de saúde

“...têm muito cuidado com a nossa saúde, vigiam o peso, a tensão, os pés...” (E10)

“...porque são vistos os pés, mede-se a tensão, os diabetes (...) é muito importante para estarmos controlados” (E23)

“...é bom para saber como é que está tudo a funcionar” (E37)

Segurança/controlo

“...gosto de saber como é que ando controlado” (E44)

“...temos alguém que ajuda a controlar e dá mais segurança” (E03)

“...fico mais descansada, ando mais controlada” (E13)

“...fico a saber se estou bem ou mal”(E19)

“...sinto-me mais confiante em relação ao que posso fazer” (E28)

“...ando mais controlado, se não fosse a consulta acho que nos desmazelávamo-nos mais a cumprir as coisas” (E38)

Pelos dados encontrados parece ser reconhecido pelos participantes que o facto de frequentarem a consulta de enfermagem contribui para que se sintam mais apoiados e dessa forma consigam gerir melhor a diabetes.

Consideramos ainda importante, que os diabéticos participantes no estudo se manifestassem sobre o que consideram mais positivo e mais negativo na consulta de enfermagem.

Relativamente aos aspectos positivos, e de acordo com o Quadro nº 39, surge como categoria predominante, com 46 unidades de enumeração, a **relação terapêutica**. O **adquirir conhecimentos** foi referido por 17 dos participantes seguido da **boa acessibilidade** com 14. Valorizados pela positiva são ainda os aspectos que dizem respeito à **vigilância da saúde** com 8 unidades de enumeração e por último as **boas instalações** são referidas por 2 participantes.

Consideramos importante salientar, alguns dos auto-relatos referentes às várias categorias e que mereceram a nossa atenção:

Relação terapêutica

“...da forma cuidada e atenta com que sou atendida” (E08)

“...gosto da maneira como sou atendida, sinto-me muito apoiada, especialmente o apoio em relação a mim e ao meu marido, já me sinto da família, acredita?” (E16)

“...do diálogo entre mim as enfermeiras” (E17)

“...da maneira como sou atendido, são muito atenciosas, demonstram muito carinho pelos doentes” (E44)

“...são simpáticas (...) esforçam-se muito para andarmos bem” (E40)

Adquirir conhecimentos

“...gosto muito de aprender e por isso gosto dos esclarecimentos que tenho na consulta” (E02)

“...gosto daquilo que ensinam” (E16)

“...é útil porque aprendemos e devemos aproveitar sempre” (E20)

“...ensinam-me muitas coisas que preciso” (E36)

Boa acessibilidade

“...ser atendida sempre que necessito” (E01)

“...disponibilidade para escolher o dia e a hora da consulta” (E11)

“...ter facilidade em marcar a consulta de acordo com aquilo que gosto” (E20)

Vigilância de saúde

“...da vigilância dos vários parâmetros” (E14)

“...das enfermeiras pesarem e medirem todas as coisas” (E18)

“...é de ver os pés, o peso, saber como estão os diabetes e do controlo que fazem” (E38)

“...saber se está tudo a correr bem, da vigilância que as enfermeiras fazem e ficar a saber se está tudo bem com a doença” (E42)

Boas instalações

“...comparando com as condições que tínhamos antes, estas novas instalações são muito boas” (E03)

“...actualmente as instalações são muito boas” (E46)

Quadro nº 39 – Aspectos positivos da consulta de enfermagem

Categorias	Unidades de enumeração
Relação terapêutica	46
Adquirir conhecimentos	17
Boa acessibilidade	14
Vigilância saúde	8
Boas instalações	2
Total	87

Das várias categorias identificadas, e de acordo com a CIPE versão Beta 2, as acções de enfermagem que emergem da análise efectuada são as que se relacionam com as acções do âmbito: atender; observar; e informar.

De acordo com a CIPE, *atender* é um tipo de acção de enfermagem que implica estar atento a alguém ou a alguma coisa, ou seja, implica estar com o outro e levá-lo a fazer alguma coisa. Engloba actividades como: facilitar; apoiar; encorajar; promover; e motivar ou incentivar. São este tipo de acções de enfermagem as que foram mais valorizadas pelos participantes.

Observar é um tipo de acção de enfermagem com as características específicas, de ver e observar cuidadosamente alguém ou alguma coisa. Este tipo de acção engloba a monitorização, que foi um dos aspectos valorizados pelos participantes, quando se referem à importância da vigilância de saúde.

As acções de enfermagem do tipo *Informar*, dizem respeito, a falar com alguém sobre alguma coisa. Engloba acções como por exemplo: ensinar; instruir; treinar; educar; orientar; aconselhar; e explicar. Este tipo de acções foi também considerado de grande importância pelos participantes.

Relativamente aos dados encontrados, estes parecem ter semelhanças com os dados encontrados por Basto et al (2000:84), que efectuaram um estudo sobre o contributo da enfermagem para a promoção da saúde da população, tendo por base o *Processo de Cuidar* de Swanson, a CIPE, entre outras referências teóricas, e concluíram que se destacavam acções como o *informar*, *explicar* e *ensinar*, incluídas no *possibilitar*. Tiveram ainda um grande relevo, as acções *procura informação*, *acções e razões para a acção*, incluídas no *conhecer*, aspectos essenciais na eficácia das acções educativas. Há ainda a destacar as acções *mostra disponibilidade*, *mostra preocupação*, *partilha de sentimentos e expectativas*, que se incluem no *estar com*, dado o papel de suporte que os enfermeiros desempenham.

Há ainda a referir que a boa acessibilidade à consulta pode constituir também um bom indicador da qualidade da consulta, uma vez que de acordo com Hesbeen (2001:46), “*a acessibilidade a um produto ou a um serviço faz igualmente parte da sua qualidade*”.

Os aspectos negativos da consulta mais referidos foram o **incumprimento do horário** previamente marcado referido por 11 dos participantes, seguido da **dificuldade em enfrentar** os resultados de um **mau controlo da diabetes**, com 5 unidades de enumeração. Há ainda a salientar, o facto de não gostarem quando as **enfermeiras**

“**ralham**” e considerarem o **intervalo entre as consultas demasiado grande** referido por 2 participantes cada. (Quadro nº 40)

Quadro nº 40 – Aspectos negativos da consulta de enfermagem

Categorias	Unidades de enumeração
Incumprimento do horário	11
Dificuldade em enfrentar mau controlo	5
Enfermeiras “ralharem”	2
Intervalo entre as consultas	2
Total	20

Relativamente às categorias identificadas destacamos os seguintes auto-relatos:

Incumprimento de horário

“...não gosto ter que esperar muito tempo e perco a camioneta” (E34)

“...o horário às vezes não é rigoroso, por vezes tem que se esperar” (E02)

“...ter que esperar quando a consulta atrasa e quando tenho que ir trabalhar” (E35)

Mullen e Green (1985) citados por Joyce-Moniz e Barros (2005), referem que não fazer o doente esperar pela consulta, aumenta a probabilidade de este não faltar às consultas seguintes e consequentemente melhorar a adesão terapêutica.

Dificuldade em enfrentar o mau controlo

“...é quando vou à consulta e eles estão altos, fico aborrecido” (E15)

“...das más notícias, quando tenho os diabetes altos e não estou a ser correcta com o meu comportamento” (E17)

“...é ficar enervado quando venho à consulta, sem motivo nenhum e a diabetes ficar alterada” (E41)

“...quando as coisas não estão tão bem, os valores estão piores, não gosto de ouvir” (E42)

Enfermeiras “ralharem”

“...é as enfermeiras criticarem, ralharem por não ter a diabetes controlada, não deixam de ter razão, mas a pessoa não tem culpa” (E05)

“...é quando os diabetes não estão muito controlados e as enfermeiras chamam a atenção e ralham” (E49)

Anderson (2006), referia que as pessoas gostam pouco que lhes digam o que têm ou não que mudar, apesar de aceitarem que o têm que fazer.

Intervalo entre as consultas

“...gostava que o intervalo entre as consultas fosse menor” (E13)

“...uma consulta de 3 em 3 meses é pouco gostava de vir mais vezes” (E39)

Uma das maneiras de melhorar o atendimento a nível dos cuidados de saúde é ouvindo e valorizando a opinião e as sugestões que os utentes dos serviços têm a fazer. Por este motivo, quisemos dar voz às sugestões que os participantes pudessem dar para melhorar a consulta de enfermagem. No entanto, de acordo com o Quadro nº 41, a única sugestão referida foi o facto de considerarem que as **consultas**, que actualmente ocorrem em média trimestralmente, **deveriam ser mais frequentes**.

Relativamente a esta questão impele-nos a necessidade de tecer algumas considerações. Parece-nos relevante o facto de os utentes estarem pouco habituados a que lhes seja pedida uma opinião. Um dos objectivos da consulta de enfermagem é tornar os diabéticos cada vez mais autónomos na gestão da patologia, evitando criar uma dependência excessiva dos profissionais de saúde. No entanto, verificamos que este é passo difícil de dar, uma vez que os diabéticos continuam muito dependentes da vigilância e do controlo que se faz na consulta.

De acordo com Petrie e Moss-Morris (1997), a relação estabelecida entre o profissional de saúde e o utente pode condicionar o processo de gestão de uma patologia crónica, uma vez que, está em causa a autonomia do utente versus a independência do utente em relação aos profissionais de saúde.

Joyce-Moniz e Barros (2005) referem que os profissionais de saúde que fazem mais marcações de consulta de controlo e seguimento são os que têm uma maior probabilidade de os doentes aderirem ao plano terapêutico proposto.

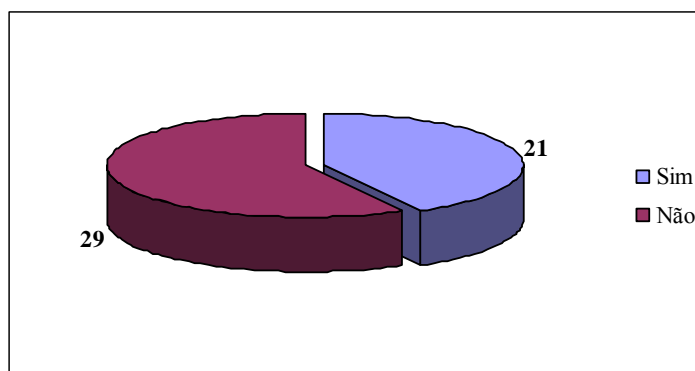
Quadro nº 41 – Sugestões para melhorar a consulta de enfermagem

Categoria	Unidades de enumeração
Consultas mais frequentes	2
Total	2

A próxima questão, de certo modo pode também entrar como justificação para a dificuldade que os diabéticos têm em tornar-se independentes dos profissionais de saúde. Um dos objectivos da consulta de enfermagem é proporcionar aos utentes, conhecimentos que lhes permita tomar decisões informadas sobre a gestão da sua patologia, objectivo esse que foi valorizado pelos participantes.

Questionamos a amostra sobre se consideravam ter conhecimentos suficientes sobre a diabetes. Ao analisarmos o Gráfico nº 26, verificamos que 21 dos participantes percepciona ter conhecimentos suficientes acerca da diabetes, contra 29 que referem não ter.

Gráfico nº 26 – Distribuição da amostra segundo a percepção do nível de conhecimentos em relação à diabetes



N=50

Um dos aspectos que foi mais valorizado pelos participantes relativamente ao facto de pertencerem à consulta de enfermagem, é a aquisição de conhecimentos, no entanto 29 dos participantes consideram que ainda não sabe o suficiente sobre a diabetes.

Quisemos saber o porquê de acharem que os conhecimentos que têm são insuficientes e de acordo com o Quadro nº 42, emergem como principais justificações o facto de a diabetes ser uma **doença complicada** com 15 unidades de enumeração e **nunca se saber tudo** com 13. Há ainda a salientar que 6 dos participantes consideram o **não saber ler e escrever** o motivo pelo qual não sabem o suficiente sobre a diabetes.

Do discurso produzido pelos participantes destacam-se os seguintes auto-relatos:

Doença complicada

“...ainda não sei bem porque a diabetes é uma doença muito complicada” (E05)

“...é tudo muito complicado, não penso muito nisso” (E13)

“...é muito complicado e ainda não interiorizei bem esta doença” (E19)

“...é uma doença complicada que interfere com muita coisa” (E35)

“...é uma doença que tem muitas vertentes e mexe com muitas coisas” (E46)

Nunca se sabe tudo

“...há sempre mais a saber, é preciso aprender sempre mais para ter mais qualidade de vida” (E02)

“...nunca se sabe o suficiente” (E17)

“...saber tudo a fundo não é fácil” (E25)

“...ainda tenho muito a aprender, vai a pouco e pouco” (E32)

“...sei muitas coisas que aprendi na consulta, mas há sempre mais a saber” (E38)

“...estamos sempre a aprender” (E41)

Não saber ler e escrever

“...sou analfabeto e às vezes não tenho capacidade para aprender mais” (E09)

“...não sei ler e escrever e isso limita os conhecimentos” (E28)

“...não sei ler e escrever e tenho algumas dificuldades” (E34)

“...não tenho capacidade para aprender tudo, se soubesse ler e escrever bem, era diferente” (E48)

Quadro nº 42 – Justificação para o facto de não terem conhecimentos suficientes sobre a diabetes

Categoria	Unidades de enumeração
Doença complicada	15
Nunca se sabe tudo	13
Não saber ler e escrever	6
Total	34

Nível de satisfação com os cuidados de enfermagem

De acordo com Ley (1988) referido por Bennett (2002), a adesão terapêutica é influenciada por três factores: a compreensão do doente sobre o tratamento seguir; a recordação da informação fornecida e a satisfação com a consulta em que essa informação é dada. Estes aspectos evidenciados por Ley, parecem ser também importantes na análise que iremos efectuar da satisfação com os cuidados prestados na consulta de enfermagem.

A aplicação da escala SUCECS₂₆, de Ribeiro (2003), teve como objectivo avaliar a satisfação com os cuidados de enfermagem, relativamente às dimensões *Qualidade na assistência*, *Envolvimento do utente no plano terapêutico*, *Individualização da informação* fornecida, *Informação dos recursos*, *Promoção do elo de ligação* e *Formalização da informação* e validar algumas das opiniões manifestadas nas respostas às questões abertas que analisamos anteriormente.

Pela observação do Quadro nº 43 podemos verificar que a satisfação global com os cuidados de enfermagem prestados na consulta é de 82,77%.

Relativamente à avaliação das várias dimensões da SUCECS₂₆, constatamos que as dimensões que parecem ser mais valorizadas pelos participantes e com as quais estão mais satisfeitos são a *Qualidade na assistência* (99,85%), a *Individualização da informação* (99,66%), *Envolvimento do utente* (99,33%) e *Promoção do elo de ligação* (81,33%). Menos satisfeitos parecem estar com a *Informação de recursos* (64,44%) e *Formalização da informação* (52,00%). Os dados encontrados, nas dimensões mais e menos valorizadas, são superiores aos dados verificados por Ribeiro (2003) aquando da construção e validação da escala. Na globalidade verifica-se uma satisfação superior neste estudo, 82,77%, contra 66,51% no estudo efectuado por Ribeiro em 2003.

Quadro n° 43 – Avaliação das dimensões da SUCECS₂₆

Dimensões da SUCECS₂₆	%	σ
Qualidade na assistência	99,85	0,73
Individualização da informação	99,66	2,66
Envolvimento do utente	99,33	1,33
Promoção do elo de ligação	81,33	7,77
Informação dos recursos	64,44	14,62
Formalização da informação	52,00	12,43
Satisfação global SUCECS	82,77	3,90

Os itens avaliados na dimensão *Qualidade na assistência* parecem traduzir a maneira como as enfermeiras se relacionam com os utentes. Expressam ainda a atitude das enfermeiras na prestação de cuidados, no que diz respeito à paciência e ao envolvimento na relação que determinam a satisfação com os cuidados prestados, (Ribeiro, 2003). O facto de se verificar um elevado nível de satisfação nesta dimensão (99,85%), parece validar as categorias encontradas nas questões *Porque é considerada importante estar integrado na consulta de enfermagem?* e *O que mais gosta na consulta de enfermagem?*. Como se verificou, a categoria mais valorizada nas duas questões foi a relação terapêutica, com 34 e 46 unidades de enumeração respectivamente.

O facto de os participantes percepcionarem ter com as enfermeiras, uma relação terapêutica de qualidade, parece ser um bom preditor para o sucesso da gestão do regime terapêutico. Vários estudos têm revelado que a qualidade dos cuidados prestados pode influenciar positivamente a adesão e a gestão do regime terapêutico.

Pereira et al (2001:78), revelavam no seu estudo 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 percepção da qualidade técnica e das relações interpessoais com os profissionais de saúde”.

Este aspecto foi evidenciado por Ley (1997), Lo (1999), e Ciechanowski (2001), que revelaram nos seus estudos que a qualidade da comunicação e da relação estabelecida entre o profissional de saúde e o doente é crucial para o sucesso do processo de adesão ao regime terapêutico. Este factor é também defendido por Ownby em 2006.

Também Ganito (2002), salienta que por esse motivo, educar implica cuidar, implica parceria e empatia. No processo de educação do diabético é fundamental a utilização e aplicação das ciências humanas nomeadamente na área da comunicação, da pedagogia e da psicologia.

No entanto, há que ter em conta que, de acordo com Lazarus (1991) e Starfield et al (1981) referidos por Joyce-Moniz e Barros (2005), as estratégias que parecem ter um melhor efeito a nível da promoção da adesão, estão fundamentadas num relacionamento do tipo contratual, em que existe concordância entre os intervenientes em relação ao tratamento, e não, nas estratégias de confronto centradas na emoção e tendo como base um relacionamento mítico.

A Individualização da informação é uma dimensão que parece reflectir o modo como os utentes percebem o processo de comunicação que as enfermeiras estabelecem com eles na consulta. Os itens que a compõem referem-se ao comportamento adoptado pelas enfermeiras na transmissão de informação, sobre o modo como as enfermeiras tornam a comunicação eficaz, (Ribeiro, 2003). A informação proporcionada aos utentes tem por base as necessidades do indivíduo e, por outro lado, a informação, tem neste caso o objectivo de ajudar o indivíduo a aprender a lidar com a situação saúde/doença. De acordo com os dados revelados, 99,66% dos participantes têm uma boa percepção do processo de comunicação que é estabelecido com as enfermeiras.

De acordo com Joyce-Moniz e Barros (2005), a individualização dos cuidados referida por alguns autores, deve começar precisamente pelo aproveitamento e pela integração no tratamento, das estratégias com que o doente já vem munido para os serviços de saúde. Este aproveitamento pode conduzir à compreensão das representações de adaptação valorizadas pelo doente, e que, muitas vezes, podem não estar de acordo com as expectativas estereotipadas pelos cuidadores sobre o que é um *bom doente*.

Numa meta-análise de 41 estudos que comparou aspectos do comportamento dos profissionais de saúde com a satisfação dos seus utentes, revelou que o factor mais valorizado pelo utente era o fornecimento de informação por parte do profissional de saúde em relação ao seu problema de saúde e ao tratamento. A *abordagem colaborativa*, isto é, a forma de interagir em que o profissional ouve o utente, facilita o diálogo e tenta ter uma atitude compreensiva em relação ao seu problema de saúde foi outra categoria encontrada, (Roter, 1989 citado por Pereira et al, 2001).

Sabe-se actualmente que o *Envolvimento do utente* no plano de cuidados é fundamental para o sucesso da adesão terapêutica. O utente, deve cada mais ser considerado um elemento fundamental da equipa de saúde, que deve ter uma palavra a dizer no plano terapêutico instituído. Planos terapêuticos despersonalizados são quase sempre condenados ao fracasso. Na SUCECS₂₆ a dimensão *Envolvimento do utente*, engloba itens que parecem estar relacionados com a ideia que o utente se encontra satisfeito pelo facto de sentir que o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras na consulta, é centrado no utente, mostrando disponibilidade no atendimento e levando em conta a sua opinião na concepção dos cuidados, demonstrando ao utente conhecer bem a sua situação clínica. É de acordo com esse conhecimento que os cuidados lhe são propostos, (Ribeiro, 2003).

Tal como já referimos anteriormente, as representações que o diabético tem e a sua capacidade de lidar com a doença é fundamental na adesão terapêutica. Associado a estes dois aspectos surge também com grande importância os conhecimentos que o diabético adquire sobre a forma de controlar a doença. Por este motivo, Heisler et al (2003) e Deci (2004), referem que os diabéticos que apresentam um nível de conhecimentos mais elevado, crenças mais positivas sobre a eficácia do tratamento proposto, e que participam juntamente com os profissionais de saúde nas decisões sobre o seu tratamento, revelam melhores resultados no auto-cuidado com a diabetes.

Também Jahng et al (2005), efectuaram um estudo que pretendeu avaliar a colaboração entre o profissional de saúde e o utente e concluiu que quando existe congruência sobre as crenças de saúde e a forma de participação dos utente nos cuidados de saúde, a satisfação, a adesão à terapêutica e os ganhos em saúde são maiores.

Williams et al (2000), parecem estar de acordo com estes pressupostos, uma vez que, revelam no seu estudo que, quando os profissionais dos cuidados de saúde primários estabelecem uma relação centrada no utente, a satisfação com os cuidados

recebidos é maior, a adesão aos tratamentos e a manutenção dos novos comportamentos adoptados faz-se com maior eficácia. Estes resultados traduzem-se numa melhoria do estado físico e psicológico dos indivíduos.

Os trabalhos de Kindelan e Kent (1987) referidos por Joyce-Moniz e Barros (2005), revelam que por vezes os médicos tendem a avaliar inadequadamente a intenção do doente em colaborar ou envolver-se no tratamento. A mesma opinião tem Brooks (2005) ao revelar que os médicos, parecem demorar um pouco mais a adaptar-se a esta forma de abordagem, no entanto, muitas enfermeiras especialistas em diabetes já alteraram a sua abordagem no tratamento do doente e estão activamente implicadas no envolvimento do doente, neste processo. Collins (2005), salienta ainda, que as enfermeiras desenvolvem um estilo de comunicação mais centrado no doente, em que a opinião dos doentes é mais valorizada, e que os médicos, utilizam mais uma abordagem caracterizada pelo modelo biomédico. De acordo com este autor, as duas abordagens podem e devem ser complementares, tornando-se numa mais valia para maximizar a educação do doente.

Charavel (2003), salientava a importância que a adopção de um modelo de decisão partilhada pode ter, na relação estabelecida entre o profissional de saúde e o doente crónico. Este modelo implica que haja um reconhecimento de toda a individualidade do doente e que através da partilha de informação, não só sobre a doença, mas também sobre os tratamentos a seguir, se consiga que o indivíduo atinja um grau de autonomia que lhe permita gerir a sua doença.

Estudos desenvolvidos por Greenfield e colaboradores (1988) e citados por Bennett (2002), revelam que existe uma forte evidência que o modelo de consulta centrado no doente pode contribuir para um nível mais elevado de adesão ao plano terapêutico. Verificaram que numa consulta de 20 minutos, em que os diabéticos eram motivados para se envolverem activamente no dialogo sobre o seu estado de saúde, resultava num melhor controlo da glicemia e na diminuição de limitações funcionais, comparativamente com os doentes que tinham recebido informação de forma passiva.

Desenvolver o *empowerment* é dar ao utente a possibilidade de poder decidir sobre o que é melhor para a sua saúde. No entanto, Ogden (1999), refere alguns estudos relacionados com a satisfação dos doentes em relação à abordagem dos profissionais de saúde e revelou que muitos utentes continuam a preferir o modelo tradicional ao modelo de abordagem partilhada, uma vez que, não se sentem preparados para seguir um modelo em que têm que ter uma intervenção activa e decisiva sobre os seus cuidados.

A *Promoção do elo de ligação* parece reflectir a preocupação de envolver a família, ou pessoas mais próximas, no processo de cuidados. É fundamental que, a ajuda e o apoio ao indivíduo com diabetes não se esgote no interior dos serviços de saúde. Por outro lado, o facto do utente ter a possibilidade de contactar sempre, ou quase sempre, as mesmas enfermeiras, constitui um factor promotor de segurança e facilitador da utilização da consulta, (Ribeiro, 2003). A este propósito, Fitzpatrick em 1997, referia que vários estudos têm demonstrado que, os utentes mais satisfeitos são os que mantêm uma relação continuada com o mesmo profissional de saúde.

Estes dados, também foram encontrados nas respostas dadas sobre o que mais gostavam na consulta, em que a acessibilidade, a disponibilidade e a relação mantida com as enfermeiras foi referida nesse contexto. É importante considerar ainda, que, a participação da família na consulta de enfermagem, juntamente com o diabético, é fundamental para que possa ser transmitida a mensagem do papel importantíssimo que tem a desempenhar na adesão e na gestão do regime terapêutico. Este facto, foi evidenciado anteriormente quando se analisou a importância do suporte social na realização das actividades de auto-cuidado.

Bugalho e Carneiro (2004), referem que é fundamental a participação do doente no tratamento especialmente nas patologias crónicas, no entanto, muitas vezes devido a alterações da memória e compreensão, especialmente em idosos, e à exigência que um tratamento como o da diabetes impõe, é muito importante que se identifique o apoio familiar e social que o indivíduo dispõe, envolvendo-os no processo de adesão.

A dimensão *Informação dos recursos* existentes, parece revelar a importância da transmissão de informação sobre os recursos disponíveis. Um conhecimento mais amplo dos serviços que tem à sua disposição, e como pode utilizá-los, facilitará um melhor acesso aos cuidados de saúde, (Ribeiro, 2003). Na consulta de enfermagem torna-se premente a informação sobre o acesso ao serviço de vacinação ou por exemplo o acesso à consulta de rastreio oftalmológico, que o diabético deve recorrer anualmente. Outras informações sobre os recursos a nível da comunidade, lares, centros de dia etc, são fornecidas apenas quando necessário e quase todos os participantes do estudo vivem ainda de forma independente. Por este motivo esta dimensão apresentou também um nível mais baixo de satisfação (64,44%), uma vez que a resposta, *não se aplica*, foi referida por vários participantes.

Relativamente à dimensão *Formalização da informação*, esta parece reflectir a ideia de que a actividade das enfermeiras tem também, um papel ligado aos aspectos

mais formais da sua actividade, nomeadamente nas questões relacionadas com o proporcionar informação escrita, assim como da explicação dos direitos e deveres dos utentes no contexto dos cuidados de saúde, de forma a que a participação dos utentes seja informada, (Ribeiro, 2003). Esta dimensão foi a que apresentou um nível de satisfação mais baixo (52,00%). Esta realidade, pode encontrar alguma explicação no facto de a maioria dos participantes irem sozinhos à consulta e apresentarem um nível de escolaridade igual ou abaixo do ensino primário, não sabendo ler e escrever ou fazendo-o com dificuldade o que limita a dádiva de informação escrita sobre os cuidados a ter. Por outro lado, esta dimensão tem também um item que avalia se as enfermeiras informaram sobre os direitos e deveres dos diabéticos no contexto dos cuidados de saúde e verificou-se que 47 dos participantes referiram nunca terem sido informados dos seus direitos e deveres.

Relativamente às questões levantadas pelas dimensões, individualização da informação e formalização da informação, Joyce-Moniz e Barros (2005) referem que a metodologia mais indicada para garantir a adesão ao tratamento é o fornecimento de informação, verificando-se que o cumprimento do plano terapêutico é maior quando o doente recebe uma informação clara sobre o diagnóstico e sobre o tratamento. Os profissionais de saúde que respondem às questões e inquietações dos doentes sobre os sintomas, e lhes dão informação adequada sobre o tratamento a seguir, conseguem um nível maior de adesão por parte dos doentes, (Dimatteo et al, 1993 citado por Joyce-Moniz e Barros, 2005).

A formalização da informação por escrito parece, de acordo com vários estudos, ser eficaz na promoção da adesão. Esposito em 1995, identificou que os indivíduos a quem tinha sido fornecido por escrito todos os dados relativamente à toma dos medicamentos, comparativamente a outros a quem foi dada informação apenas oralmente, tiveram menos erros na toma dos medicamentos. Outros trabalhos desenvolvidos por vários investigadores estudaram o efeito da informação escrita sobre a medicação e descobriram que em 90% dos estudos, esta aumentava o conhecimento dos doentes, aumentava o grau de adesão em 60% e em 57% dos estudos melhorava os resultados.

Haynes et al (2005) num estudo sobre as intervenções utilizadas actualmente para promover a adesão terapêutica, revelou que nas doenças crónicas em que estão implicados tratamentos de longa duração, as intervenções que estão em uso são complexas e abrangem áreas como a informação, a utilização de lembretes, a auto-

-vigilância, o aconselhamento, a terapia familiar, a terapia psicológica, a disponibilidade telefónica, cuidados de suporte, etc. No entanto, parece que estas intervenções não se têm mostrado efectivas, uma vez que os níveis de não adesão continuam preocupantes, pelo que, os autores sugerem como grande prioridade, que se investiguem novas intervenções que se tornem mais eficazes na promoção da adesão terapêutica.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Não se fez um degrau numa escada para descansar nele,
mas apenas para apoiar nele um pé o tempo suficiente
para passar a outro mais acima”*

(Frank Clark)

Embora no capítulo anterior tenham sido apresentados e discutidos os resultados encontrados ao longo do percurso de investigação, não queremos terminar, sem antes tecermos algumas considerações e sistematizarmos algumas ideias, que consideramos importantes.

De acordo com Ramos (2004), conhecer o meio ambiente em que vivem as pessoas com diabetes é muito importante, uma vez que, o meio em que estão inseridos pode influenciar positiva ou negativamente a vivência da saúde e da doença. Podemos constatar neste estudo que alguns aspectos importantes do meio, como a escolaridade, a profissão, o nível económico, a família, o grupo de pares e algumas variáveis psicossociais e comportamentais, tais como o suporte social, o stresse, as estratégias de adaptação foram considerados pelos participantes como muito importantes na adesão às actividades de auto-cuidado e à gestão do regime terapêutico.

Relativamente às questões de caracterização sócio-demográficas, verificamos que a idade e os problemas de saúde a ela inerentes, como as limitações físicas e a dificuldade em ver foram várias vezes referidas, nomeadamente em relação ao cumprimento de algumas actividades, como o exercício, os cuidados aos pés e a auto-vigilância da glicemia.

O nível de escolaridade, e neste caso o analfabetismo ou baixo nível de escolaridade, foi também referido pelos participantes como um condicionante especialmente na realização da auto-vigilância, na preparação da medicação e nos conhecimentos sobre a diabetes.

O tipo de profissão, ou o estar ou não profissionalmente activo, foi também referido por um dos participantes como um factor que dificulta o cumprimento do plano alimentar e o exercício. Uma vez que, por vezes é difícil parar o trabalho para ir comer, ou então ter que comer fora por razões profissionais também dificulta a adesão à alimentação.

As condições económicas parecem também interferir com a possibilidade de comprar os alimentos adequados ao plano alimentar do diabético. O facto do estudo ter decorrido num meio essencialmente rural, revelou alguns dados importantes e que merecem o nosso interesse, que é partilha de alimentos, especialmente fruta e vegetais, entre os membros da comunidade. Esta partilha, pode constituir um importante apoio no cumprimento da ingestão deste tipo de alimentos, uma vez que se verificou que alguns dos participantes não consomem estes alimentos se os tiverem que adquirir no comércio, por acreditarem que não são tão saudáveis.

É fundamental que o profissional de saúde e neste caso concreto, o enfermeiro, conheça bem a realidade em que vivem os utentes. Uma boa colheita de dados permite identificar quais as condições sócio-económicas em que vivem os utentes, e de que forma essas condições podem interferir com a vivência e gestão da diabetes.

Relativamente à caracterização clínica da amostra, e particularmente os dados de monitorização, parece-nos que o maior problema a nível de controlo reside no excesso de peso, e na dislipidémia, uma vez que só 5 dos participantes é que não têm peso a mais e 33 apresentavam colesterol elevado. Este facto, parece estar de acordo as dificuldades manifestadas no cumprimento dos dois factores importantes nesta matéria, que é a alimentação e o exercício.

Em relação ao tempo de evolução da diabetes esta situou-se nos 9,16 anos, o que é compatível com o facto de alguns participantes já apresentarem algumas complicações decorrentes da diabetes. Um facto positivo parece-nos ser a verificação, de que, ao longo do ano, apenas 9 dos participantes referem ter tido a necessidade de recorrer a um serviço de urgência por descompensação da diabetes e/ou tensão arterial.

O meio social em que o diabético está inserido é importante. É reconhecido actualmente, que a família e os recursos comunitários devem ser encarados como parceiros na equipa de saúde, razão pela qual devem ser aliados no processo de educação terapêutica imprescindível para o auto-controlo do diabético.

De acordo com Hesbeen (2001), a família tem um papel importante na motivação e no apoio ao familiar que tem uma doença. No entanto, não pode ser esquecido, que muitas vezes a família vive com o seu familiar a sua doença, sofre com ele e também necessita de ser cuidada. Tal como vimos pelos resultados apresentados neste estudo, parece ser necessário um maior investimento no envolvimento da família no processo de cuidados, uma vez que foram identificadas várias situações que podem contrariar o sucesso da adesão e da gestão do regime terapêutico. As situações mais

referidas foram a falta de compreensão e de colaboração no cumprimento do plano alimentar e de exercício, que são também as mais difíceis de concretizar.

Por outro lado, o suporte social, nomeadamente a colaboração da família e de alguns amigos, foi referida pelos participantes como importantes, especialmente no cumprimento dos cuidados aos pés, na realização da auto-vigilância da glicemia e na preparação da medicação. Os participantes casados referiram ser o cônjuge, especialmente a esposa, quem mais colabora nas actividades de auto-cuidado.

Vários estudos referidos ao longo da dissertação, têm também evidenciado a importância do suporte social e do apoio da família, quer a nível da ajuda na aceitação da doença, quer no apoio físico e psicológico. No entanto, não pode ser descurado que a família também pode ter uma acção negativa. Os profissionais de saúde devem agir com cautela avaliando a interacção familiar, tentando maximizar as atitudes construtivas e ajudando a minimizar as influências negativas e destrutivas a que por vezes o doente está sujeito. Primeiro é necessário identificar que tipo de suporte social é que o doente dispõe, quais as interacções que se estabelecem a nível familiar, identificando o elemento facilitador, que pode contribuir na ajuda à gestão do regime terapêutico e depois então, discutir juntamente com o doente e a família o regime terapêutico proposto, (Cameron, 1996; Price, 1996; Lo, 1999).

Relativamente ao nível de adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes, verificamos que o cumprimento da toma de medicamentos, a auto-vigilância da glicemia e mesmo os cuidados aos pés, parecem ter resultados satisfatórios.

Verificamos ainda sem surpresa, que as actividades que têm uma adesão mais fraca, são a alimentação e o exercício, que são aquelas que exigem uma maior alteração nos hábitos de vida. A realização destas actividades foram referidas várias vezes pelos participantes como as mais penosas e aquelas que mais têm dificuldade em cumprir e em introduzir na rotina diária.

Os participantes que pareciam sentir mais esta dificuldade, eram os que atribuíam também à diabetes uma conotação mais negativa, como uma doença chata, má, complicada etc. Ainda relativamente à alimentação, esta parece também estar relacionada com as consequências sociais que os participantes atribuíram à diabetes. O facto de não poderem comer igual aos outros parece ser determinante na participação dos diabéticos em eventos sociais.

A dificuldade em aceitar a doença e o rigoroso plano terapêutico que lhe está associado foi várias vezes verbalizado. Apesar de muitos dos participantes no seu

discurso manifestarem uma atitude positiva face à doença, o que é facto é que a nível das consequências físicas, psicológicas e sociais foram vários os testemunhos que caracterizam as dificuldades sentidas.

Parece ser importante, tomar em consideração, que alguns dos participantes, apesar de já frequentarem a consulta há mais de um ano ainda não se encontram na fase de adaptação e aceitação da doença, o que faz com que dificilmente compreendam e integrem o cumprimento do plano terapêutico na sua vida. Por outro lado, também é sabido e deve ser reconhecido pelos profissionais de saúde, que a vivência da doença e a adesão aos tratamentos não é um processo estanque, ou seja, sofre altos e baixos ao longo do tempo de acordo com todas as contingências da vida.

É fundamental que se implementem programas educacionais envolvendo o utente e o prestador de cuidados com o objectivo de melhorar os conhecimentos relativamente à doença e à necessidade de cumprimento do plano terapêutico. O facto do doente estar mais informado pode ajudar no processo de aceitação quer da doença quer do tratamento.

É também importante, promover o contacto com outras pessoas em situações idênticas, permitindo a partilha de experiências, especialmente aproveitando a participação de utentes que têm uma experiência positiva no processo de aceitação da doença e dos tratamentos propostos, constituindo assim, um exemplo/reforço positivo para os indivíduos que apresentam mais dificuldade em gerir a sua doença. Mostrar caminhos positivos e possíveis. Esta estratégia, deu durante o ano de 2006, os primeiros passos no Centro de Saúde da Lourinhã, local em que decorreu o estudo, através de um curso para diabéticos sobre Promoção de Competências Pessoais e Sociais. O grupo de diabéticos que participou no estudo, partilhou experiências, e de certo modo funcionou como um gerador motivacional, para os que apresentavam mais dificuldade em alterar comportamentos. O facto de se verificar que existem pessoas que conseguem modificar comportamentos e de que forma é que o conseguiram fazer, foi fundamental para o crescimento do grupo e dos resultados conseguidos.

Um dos factores abordados neste estudo e que tem influência no sucesso de adesão ao plano terapêutico é a satisfação com a relação estabelecida entre o profissional de saúde e o utente.

Pelos resultados encontrados relativamente à satisfação com os cuidados de enfermagem, em que o nível de satisfação global foi de 82,77%, parece-nos que os utentes da consulta têm uma percepção positiva dos cuidados prestados. No entanto, da

análise efectuada às várias dimensões da escala, constatamos que existem alguns aspectos que podem e devem ser melhorados, nomeadamente a formalização da informação dada na consulta de forma escrita, já que esta é uma das estratégias com provas dadas na promoção da adesão terapêutica, (Esposito, 1995; Bugalho e Carneiro, 2004).

Outro aspecto a melhorar prende-se com a promoção do elo de ligação, em que o envolvimento da família nem sempre é feito a nível da consulta de enfermagem, e tal como já foi referido é um dos factores importantes na adesão terapêutica. Deveriam ser discutidas e encontradas estratégias que melhorassem este aspecto.

Para se conhecer bem o diabético e toda a panóplia de factores que o envolve, é preciso tempo, disponibilidade e competência para o fazer. Todos os conceitos apresentados neste estudo sobre a forma de intervir nos doentes com patologia crónica parecem ser contraditórios com a política economicista da saúde que se vive hoje em dia. A produtividade parece prevalecer sobre a qualidade, o que pode comprometer um atendimento adequado. Este é um facto que nos preocupa e irá de certo prejudicar a qualidade dos cuidados prestados. Verificamos com a realização deste trabalho que o facto de não estarmos pressionados pelo tempo da consulta e termos a disponibilidade de abordar assuntos para os quais muitas vezes, não há tempo para o fazer, identificámos com surpresa alguns aspectos que desconhecíamos em relação a alguns diabéticos que já frequentam a consulta há alguns anos.

Oliveira (2004), refere sobre este assunto que as doenças crónicas colocam um grande desafio à lógica economicista da gestão dos serviços de saúde, pois os profissionais terão que passar muito tempo ouvindo, orientando, aprendendo e educando. Este facto não deveria ser entendido como uma perda produtiva, mas antes como um investimento preventivo a médio-longo prazo na melhoria da vida dos utentes, diminuindo custos ao nível dos medicamentos e contribuindo para um maior bem-estar do indivíduo e da comunidade.

Perante a complexidade que implica a abordagem deste fenómeno, é também fundamental que se invista na formação dos profissionais de saúde, uma vez que deve ser fomentando o aumento de competências para trabalhar a adesão terapêutica juntamente com os doentes.

Ao longo do tempo em que decorreu a colheita de dados foram várias as intervenções imediatas que se conseguiram efectuar, desde o esclarecimento de dúvidas

sobre questões relacionadas com a diabetes até à referência e a articulação com outros profissionais de saúde para a resolução de problemas detectados.

Tal como já referimos anteriormente, esta é uma área de trabalho multiprofissional, não compete ao enfermeiro exclusivamente trabalhar o processo de adesão, e por esse motivo a Ordem dos Enfermeiros (2003:149), recorda que o enfermeiro deve ter a capacidade de referenciar as “(...)situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados”. Uma das intervenções a nível de enfermagem pode ser a identificação e encaminhamento de situações de pobreza para o apoio do serviço social e também a identificação de casos em que seja necessário apoio domiciliário, seja para a confecção dos alimentos, como para a preparação da medicação ou até para a realização dos cuidados de higiene. Não podemos augurar motivação para agir ou grandes mudanças no comportamento, se as necessidades básicas não estiverem satisfeitas.

Os profissionais de saúde devem reconhecer que constituem uma fonte de suporte para os diabéticos, contribuindo na ajuda e orientação à gestão eficaz da diabetes. É fundamental construir e manter uma boa relação profissional-utente, enfatizando o conceito da consulta centrada no doente e desenvolvendo o *empowerment*.

Seria deste modo desejável, que os diabéticos adquirissem conhecimentos e habilidades que os ajudassem a ter capacidade para gerir a doença de forma adequada, tornando-se assim cada vez mais, independentes dos profissionais de saúde. Pelos resultados encontrados parece que existe por parte dos diabéticos uma forte necessidade de acompanhamento, ou seja, parece que o apoio e vigilância prestados pelos profissionais de saúde, funciona como “muleta” e torna menos penosa esta caminhada.

A educação do diabético, imprescindível no sucesso da adesão e gestão do regime terapêutico, é um processo longo e difícil, que necessita de um acompanhamento para toda a vida, no entanto, deve favorecer a autonomia e a independência do diabético dos profissionais de saúde. O nível de educação deve ser tal, que permita ao diabético ser médico de si próprio. Diz-nos Lisboa (1999:12) que “*o bom tratamento não há médico que o dê. Só o diabético pode e deve cuidar bem da sua diabetes. Ele é o seu próprio médico.*”

O estudo efectuado apresenta na nossa perspectiva algumas limitações. O facto de termos tido apenas um ano para a realização do estudo e a pouca experiência da investigadora levou a que não fosse possível efectuar o estudo a uma amostra de

maiores dimensões, que provavelmente traria resultados mais consistentes à investigação.

Medir a adesão terapêutica é, como já tivemos oportunidade de referir, muito complexo, uma vez que envolve inúmeros factores e é difícil num estudo, com um tempo limitado de um ano, abarcar todas as dimensões.

Outra das questões que se pode colocar, é o facto da investigadora pertencer à consulta de enfermagem. Este factor pode funcionar como agente facilitador para a realização das entrevistas, mas pode ter condicionado as respostas dos participantes.

Durante o percurso que efectuamos na realização desta investigação, surgiu-nos o interesse em especificar melhor alguns aspectos como por exemplo, avaliar se os conhecimentos que os diabéticos têm, são suficientes e adequados a uma gestão eficaz da patologia, ou, de que forma a motivação pessoal, interfere com a adesão à terapêutica, estes dois temas poderiam talvez ser aprofundados em futuros trabalhos.

Os cuidados prestados ao diabético são e devem ser no âmbito multiprofissional e o nosso estudo limitou-se a avaliar a satisfação com os cuidados de enfermagem e de certo modo, a qualidade desses cuidados, o que pode levar a um resultado fragmentado desta problemática. Seria talvez importante e interessante que em futuros trabalhos se investigasse o conjunto da actuação de todos os profissionais de saúde que estão envolvidos nos cuidados aos diabéticos/família e que contribuem para a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que no Centro de Saúde da Lourinhã existe actualmente uma equipa multiprofissional que está actualmente empenhada em melhorar os cuidados prestados.

Os cuidados de saúde primários estão numa posição privilegiada e são actualmente chamados a intervir, contribuindo para melhorar a saúde das populações, promovendo e educando para a saúde. Devem ter a capacidade de chegar próximo da comunidade e desenvolver as suas actividades não para, mas com a comunidade.

A este propósito refere Sakellarides (2001:101) que:

“ Os cuidados de saúde primários acontecem todos os dias: quando as pessoas comuns aprendem ou fazem alguma coisa de útil à sua saúde e à dos que lhes estão próximos; sempre que comunicam com alguém habilitado a ouvi-los e apoiá-los sobre as suas dúvidas, medos, fantasias, angustias, preferências ou necessidades de saúde”.

Julgamos ter atingido os objectivos a que nos propusemos para a realização deste estudo, e esperamos sinceramente que este possa contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

BIBLIOGRAFIA

- Afonso, M.J.; Raposo, J.; Boavida, J.(2006). *Será possível aumentar a adesão aos programas de educação alimentar?* Comunicação apresentada no 7º Congresso Português de Diabetes, 2006. Revista Portuguesa de Diabetes, 1 (1) suplemento, 103.
- Alarcão, M. (2000). (des) *Equilíbrios familiares*. Coimbra, Quarteto editora
- Almeida, M. R. F. (2003). *A participação dos enfermeiros na promoção da saúde*. Ordem dos Enfermeiros (10), 46-48.
- Amaral, A. P. (1997). *Aspectos psicológicos do doente com diabetes Mellitus*. In Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- American Diabetes Association (2002a). *Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications*. Diabetes Care, 25, S50-S60.
- American Diabetes Association (2002b). *Standards of medical care for patients with Diabetes Mellitus*. Diabetes Care, 25: S33-S49.
- American Diabetes Association (2003). *Recomendações 2003: Padrões de cuidados médicos para doentes com Diabetes Mellitus: Prevenção e tratamento das complicações macrovasculares*. Rev. Separata Anamnesis.
- American Diabetes Association (2005). *Guia prático clínico da diabetes 2005. Normas de Educação em diabetes. Recomendações práticas clínicas*. Carnaxide, Bayer Portugal SA, Divisão Diabetes Care, Diabetes Care, 25, S33-S49.
- Anderson, R.; Funnell, M. (2002). *Using the empowerment approach to help patients change behavior*. Practical Psychology for Diabetes Clinicians. 2ªed, American Diabetes Association.
- Anderson, B. (2006). *Empowerment*. Conferência apresentada no 7º Congresso Português de Diabetes 2006
- André, O.; Gonçalves, J. (2002). *Hipoglicemia*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas, Limitada, 219-226.

- Armstrong, D. G.; Lavery, L. A.; Kimbriel H.R. et al (2003). *Activity patterns of patients with diabetic foot ulceration: patients with active ulceration may not adhere to a standard pressure off-loading regimen*. Diabetes Care, 26, 2595-2597.
- Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (2003). *Recomendações 2003. Do Grupo de Estudo da Diabetes da APMCG na diabetes tipo 2 para a Prática Clínica Diária em Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa, Novo Nordisk.
- Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (2005). *Recomendações 2006. Do Grupo de Estudo da Diabetes da APMCG na diabetes tipo 2 para a Prática Clínica Diária em Cuidados de Saúde Primários*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21, 625-629.
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2005). *Como usar a insulina* (coordenação de Boavida, M. J. e Gardete Correia, L.). Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Lda
- Azevedo, M. S. (2002). *Bioquímica da Diabetes*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3ª ed. Lisboa, Lidel - Edições técnicas Limitada, 17-24.
- Barbas, J. (2002). *Nefropatia diabética*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada, 277-295.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. (trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro). 3ªed. Lisboa, Edições 70
- Bass, M. (1994). *Promouvoir la santé*. Paris, Ed. L'Harmattan.
- Basto, M.L. (1998). *Da intenção de mudar à mudança. Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa, Editora Rei dos Livros
- Basto, M. L. et al (2000). *Contributo da enfermagem para a promoção de saúde da população*. Lisboa, Ministério da Saúde e ESEMFR
- Bastos, F. S. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2. Participação das esposas no plano educacional*. Tese de dissertação de mestrado em saúde pública, Faculdade de Medicina da 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).

- Benevides-Pereira, A.M (2003). *As actividades de Enfermagem em Hospital: Um factor de vulnerabilidade ao Burnout*. In Benevides-Pereira, A.M. *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. S. Paulo, Casa do Psicólogo, 133-156.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à Psicologia da Saúde*. 1ªed. Lisboa, Climepsi
- Boavida, J. (2006). *A doença e o doente*. Comunicação apresentada no 7º Congresso Português de Diabetes 2006. Revista Portuguesa de Diabetes, 1 (1) suplemento, 102.
- Bradley, C. (1997). *Diabetes Mellitus*. In A. Baum; S.Newman; J. Weinman; R. West e C. McManus (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 332-336.
- Brooks, A. P. (2005). *Aspectos relacionados com a adesão ao tratamento da diabetes*. Diabetografia Medical Review (2), 5-7
- Bugalho, A.; Carneiro, A.V. (2004). *Intervenção para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa, Ensaio de cor Ld
- Caldeira, J. (2002). *Educação do diabético*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada,.409-415.
- Caldeira, J.; Duarte, R. (2002). *Exercício Físico*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada
- Caldeira, J.; Osório, I. (2002). *Alimentação – Noções práticas*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada, 79-87.
- Caldeira, J.; Pape, E. (2002). *Pé diabético*: In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada, 369-376.
- Caldeira, J. et al (2003). *Tópicos sobre diabetes*. 7ª ed. Lisboa, Clínica de Diabetes e Nutrição Hospital de Santa Maria.
- Câmara Municipal da Lourinhã (2005). *Lourinhã Saudável. Perfil de Saúde do Concelho da Lourinhã*. CML
- Cameron, C. (1996). *Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens*. Journal of Advanced Nursing, 24, 244-250.
- Carmo, H; Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação - Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa, Universidade Aberta.

- Carvalheiro, M. (2003). *Onde estamos e para onde vamos na diabetes em Portugal e no mundo*. Boletim da Sociedade Portuguesa de Diabetologia, (7), 6-9.
- Carvalho, M.; Duarte, R. (2002). *Neuropatia diabética*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada, 345-352.
- Centro de Saúde da Lourinhã (2003). *Caracterização da Consulta de Enfermagem ao Utente com Diabetes*. Lourinhã, CSL
- Centro de Saúde da Lourinhã (2005). *Relatório de avaliação da consulta de enfermagem ao utente com diabetes – Ano 2005*. Lourinhã, CSL
- Chan, Y. M.; Molassiotis, A. (1999). *The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong Kong*. Journal of Advanced Nursing, 30 (2), 431-438.
- Charavel, M. (2003). *La reation médecin-patient vers la decision partagée, un nouveau champ d'investigation en psychologie de la santé*. Bulletin de Psychologie, 56 (1), 79-88.
- Ciechanowski, P.; Katon, W.; Russo, J.; Walker, E. (2001). *The Patient-Provider Relationship: Attachment Theory and Adherence to Treatment in Diabetes*. The American Journal of Psychiatry, 158 (1), 29-35.
- Collins, S. (2005). *Explanations in consultations: the combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients*. Medical Education Aug. 39(8), 785-796
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2002). *CIPE/ICNP Versão beta 2 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. IGIF; APE
- Corney, R. (1996). *A necessidade de melhor comunicação e apoio emocional*. In Corney, R. *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento na Medicina*. 1ª ed. Lisboa, Climepsi editores, 3-9.
- Correia, C.; Dias, F.; Coelho, M.; Page, P.; Vitorino, P. (2001). *Os enfermeiros em cuidados de saúde primários*. Revista Portuguesa de Saúde Pública (2), 75-82.
- Correia, L. G. ; Boavida, J. M. (2001). *Viver com a diabetes - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal*. 1ª ed. Lisboa, Climepsi Editores.

- Correia, C.; Golegã, C.; Nobre, C.; Saraiva, F. (2004). *Nível de educação sobre prevenção do pé diabético em diabéticos tipo 2, seguidos em Consulta de Enfermagem no Centro de Saúde da Lourinhã*. (Monografia de Licenciatura de Enfermagem) Não publicada. Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Enfermagem de Leiria
- Cosme, A. F. (2004). *A construção das práticas de enfermagem: a formatividade nos cuidados aos diabéticos em contexto comunitário*. Tese de dissertação de Mestrado em Ciências da Educação área de especialização em Formação de Adultos, Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Couto, L. M. S. L.; Camarneiro, A. P. F. (2002). *Desafios na Diabetes – Manual Sinais Vitais*. Coimbra, FORMASAU - Formação e Saúde, Lda.
- Cruz, S. C. (2005). *Tratamento não farmacológico da Diabetes tipo 2*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, (21), 587-595.
- Deci, E.L.; Williams, G.C.; McGregor, H. A.; Zeldman, A.; Freedman; Z.R. (2004). *Testing a Self-Determination Theory Process Model for Promoting Glycemic Control Through Diabetes Self-Management*. Health Psychology, Vol.23 (1), 58-66.
- Direcção Geral de Saúde (2000). *Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus*. Circular Normativa nº14. Lisboa, Ministério da Saúde.
- Direcção Geral de Saúde (2002). *Actualização dos Critérios de Classificação e Diagnóstico da Diabetes Mellitus*. Circular Normativa nº9. Lisboa, Ministério da Saúde.
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Diagnóstico, tratamento e controlo da hipertensão arterial*. Circular Normativa Nº 2/DGCG de 31/03/04
- Direcção Geral de Saúde; Sociedade Portuguesa de Diabetologia (1998). *Dossier Diabetes, em conjunto objectivos comuns. Programa de controlo da Diabetes Mellitus*. Lisboa, Ed. DGS e SPD.
- Duarte, R. (2002a). *Epidemiologia da Diabetes*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada, 43-56.
- Duarte, R. (2002b). *Prevenção na Diabetes*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada, 405-408.

- Duarte, R. (2002c). *Autovigilância e Métodos de Avaliação do Controlo Metabólico do Diabético* In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada, 57-77.
- Duarte, R. (2006). *Risco cardio e cerebrovascular no doente diabético*. Estudo PATER. *Separata Tempo Medicina*, 1174, 4-5.
- Duarte, R.; Caldeira, J. (2002). *Terapêutica da diabetes tipo 2*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada, 119-146.
- Duarte, R.; Zeller, P. (2002). *Alterações oculares na diabetes*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada, 263-276.
- Esposito, L. (1995). *The effects of medication education on adherence to medication regimens in an elderly population*. Journal of Advanced Nursing, 21, 935-943.
- Farinha, J.P. (2004). *Prevenção, prevenção...Diabetes – Viver em equilíbrio* (31), 4.
- Feldman, J. (2000). *Complicações agudas da Diabetes*. Disponível em www.saudevidaonline.com.br/artigo_71.htm, em 28.07.06.
- Ferreira, M. M. (1998). *Métodos Quantitativos e Métodos Qualitativos*. In Carmo, H. e Ferrerira, M. M. *Metodologia da investigação*. Guia para a auto-aprendizagem. Lisboa, Universidade Aberta
- Figueiras, M.J. (2006). *Psicologia da Doença vs. Psicologia da Saúde: A relevância dos Modelos de Senso-Comum*. In Leal, I. *Perspectivas em psicologia da Saúde*. Coimbra, Quarteto, 99-116.
- Fitzpatrick, R. (1997). *Patient satisfaction*. In A. Baum; S.Newman; J. Weinman; R. West & C. McManus (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 301-304.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação – da concepção à realização* (tradução de Nídia Salgueiro). 2ª ed. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e científicas, Lda.
- Funnell, M.; Anderson, R. (2004). *Empowerment and self-manegement of diabetes*. Clinical Diabetes, 22 (3), 123-127.

- Gallego, M.R. (2005a). *Diabetes tipo 2: de orientações gerais para um tratamento individualizado*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, (21), 571-2
- Gallego, M.R. (2005b). *Terapêutica oral da Diabetes tipo 2*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, (21), 575-583.
- Ganito, M. D. (2002). *A educação terapêutica da criança e família*. Nursing (165), 32-38.
- Glasgow, R.E. (1995). *A practical model of diabetes management and education*. Diabetes Care, 18 (1), 117-126.
- Glasgow, R. E.; Hampson, S.E.; Strycker, L.A.; Ruggiero, L. (1997). *Personal-model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management*. Diabetes Care, 20 (4), 556-561.
- Glasgow; R.E.; Anderson, R.M. (1999). *In Diabetes Care, Moving From Compliance to Adherence Is not Enough. Something entirely different is needed*. Diabetes Care, 20(12), 2090-2091
- Groves, T.; Wagner, E.H. (2005). *Cuidados de elevada qualidade para as pessoas com doenças crónicas*. BMJ, volume XIV Maio 239-240.
- Haynes, R. B.; Yao, X.; Degani, A.; Kripalani, S.; Garg, A.; McDonald, H. P. (2005). *Interventions to enhance medication adherence*. On line: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=A...> disponível em 14/08/2006
- Haynes, B. (2006). *Patient Adherence: The Missing Link*. On line: <http://www.medscape.com/viewarticles/536392> disponível em 14/08/2006
- Heisler, M.; Vijan, S.; Anderson, R. ; Ubel, P.; Bernstein, S.; Hofer, T. (2003). *When do patients and their physicians agree on diabetes treatment goals and strategies, and what difference does it make?*. JGIM, 18, 893-902.
- Heisler, M. (2005). *Helping your patients with chronic disease: effective physician approaches to support self-management*. Seminars in Medical Practice, 8, 43-54.
- Helman, C. G. (2003). *Cultura, Saúde & Doença*. 4ªed. Porto Alegre, Artmed
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures, Lusociência
- Horta, C.; Pinto, S. (s.d.). *Pé Diabético*. Lisboa, Roche.

- Instituto Nacional de Estatística (2003). *Classificação Nacional de Profissões 1994*. On line: <http://www.ine.pt/prodserv/nomenclaturas/profissoes.html> disponível 15 de Agosto de 2006
- Jahng, K.H.; Martin, L.R.; Golin, C.E.; Dimatteo, M.R. (2005). *Preferences for medical collaboration: patient-physician congruence and patient outcomes*. *Patient Education Counselling*, Jun, 57(3), 308-14
- Jordão, A.; Duarte, R. (2002). *Neuropatia Diabética Autonómica*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada, 353-368.
- Joyce-Moniz, L.; Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde. Desenvolvimento e intervenção*. Porto, Edições ASA.
- Kim, H.S.; Oh, J.A. (2003). *Adherence to diabetes control recommendations: impact of nurse telephone calls*. *Journal of Advanced Nursing*, 44(3), 256-261.
- Landsheere, V. (1994). *Educação e formação*. 1ª ed. Porto, Edições ASA.
- Leite, S. N.; Vasconcellos, M. P. C. (2003). *Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adoptados na literatura*. *Ciência & Saúde Colectiva*, 8 (3) On line: [file:///F:/adesão discussão de conceitos.htm](file:///F:/adesão%20discussão%20de%20conceitos.htm)
- Ley, P. (1997). *Compliance among patients*. In A. Baum; S.Newman; J. Weinman; R. West e C. McManus (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 281-284.
- Lima Reis, J.P. (2006). *Dietas: uma visão cronológica*. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 1 (1) suplemento, 97-98.
- Lisboa, P. E. (1999). *Educação do diabético*. *Diabetes - Viver em Equilíbrio* (3), 9-15.
- Lisboa, P. E. (2002). *História da Diabetes - I "Da pré-história à idade moderna"*. In Duarte, R.. *Diabetologia Clínica*. 3ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada, 1-16.
- Lisboa., M. E. ; Duarte, R. (1997). *Classificação e Diagnóstico*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 2ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada, 43-57.
- Lisboa., M. E. ; Duarte, R. (2002). *Classificação e Diagnóstico*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada

- Lisboa, P. E.; Parreira, J. M. B. (1997). *Terapêutica das Descompensações agudas da diabetes*. In Duarte, R. *Diabetologia Clinica*. 2ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada, 191–197.
- Lisboa, P.E.; Pape, E. (2004). *Encontro com o especialista – Actualidades das sulfonilureias na terapêutica da diabetes tipo 2*. Patient Care, suplemento Setembro: 3-6
- Lo, R. (1999). *Correlates of expected success at adherence to health regimen of people with IDDM*. Journal of Advanced Nursing, 30 (2), 418-424.
- MacDonald, P. E. et al (1999). *Nurses' perceptions: issues that arise in caring for patients with diabetes*. Journal of Advanced Nursing, 30(2), 425-430.
- Matos, P. (2001). *Hipertensão e Diabetes – do diagnóstico ao tratamento e controlo*. Diabetes – Viver em equilíbrio (20), 14-17.
- Matos, P. (2002). *Hipertensão e Diabetes*. In Duarte, R. *Diabetologia Clinica*. 2ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada, 305–314.
- Matsukura, T.S. ; Marturano, E. ; Oishi, J. (2002). *O Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos de adaptação para o português*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 10 (5), 1-9.
- McCord, E.C.; Brandenburg, C. (1995). *Beliefs and attitudes of person with diabetes*. Family Medicine. 27 (4), 267-271.
- Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Portugal (2003). *Elementos Estatísticos 2000*. Lisboa, 57-62.
- Morgado, P. (1994). *O pluralismo médico Wayana-Aparai: A intersecção entre a tradição local e a global*. *Cadernos de Campo*, São Paulo, 4.
- Murray, M.; Morrow, D.; Weiner, M.; Clark, D.; Tu, Wanzhu; Deer, M.; Brater, C.; Weinberger, M. (2004). *A Conceptual Framework to Study Medication Adherence in Older Adults*. The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy, 2 (1), 36-43.
- Nascimento do Ó, N.; Loureiro, I. (2006). *A motivação e a sua influência na auto-gestão da Diabetes Mellitus*. Revista Portuguesa de Diabetes, (2), 11-14.
- Navarro, M.F. (2004). *Prefácio* in Oliveira, C. C. *Auto-organização, Educação e Saúde*. Coimbra, Ariadne Editora
- Neves, C. F. S. et al (2001). *A informação no doente diabético*. Revista Sinais Vitais (35), 46-50.

- Nunes, B. (1997). *O saber médico do povo*. Lisboa, Fim de Século Edições Lda.
- Nunes-Corrêa, J. (1999). *Insulinoterapia na Diabetes tipo 2*. Diabetes, Viver em Equilíbrio (10), 12.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. 1ªed. Lisboa, Climepsi Editores
- Oliveira, J. (2000). *Caracterização de alguns aspectos da educação dos diabéticos de Fátima e do contexto em que esta se efectuou – Estudo Exploratório*. Revista Portuguesa de Clínica Geral 16 (3), 201 – 219.
- Oliveira, R. (2002). *O pé diabético*. Diabetes, Viver em Equilíbrio (22), 11.
- Oliveira, C. C. (2004). *Auto-organização, Educação e Saúde*. Coimbra, Ariadne Editora
- Ordem dos Enfermeiros, (2003). *Conselho de Enfermagem. Do caminho percorrido e das propostas (análise do primeiro mandato – 1999-2003)*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros
- Ornelas, J. (1994). *Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação*. Análise Psicológica, 2-3 (XII), 333-339.
- Ownby, R.L. (2006). *Medication adherence and cognition*. Geriatrics. On line: [http://www.geri.com/geriatrics/article/article detail](http://www.geri.com/geriatrics/article/article%20detail) em 15/8/2006
- Paiva e Silva, A. (2001). *Sistemas De Informação Em Enfermagem – uma teoria explicativa da mudança*. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
- Paiva e Silva, A. (2005). *Intervenção em enfermagem*. Conferência in Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa, 3 de Junho, Universidade Aberta.
- Pawar, M. (2005). *5 Tips for Generating Patient Satisfaction and Compliance*. Family Practice Management. 12 (6), 44-46.
- Pearce, W. B. (1994). *Interpersonal Communication: Making Social Worlds*. Nova Iorque: Harper Collins.
- Pedro, L.M.; Fernandes, J.F. (2002). *Doença arterial oclusiva dos membros inferiores na diabetes*. In Duarte, R. *Diabetologia Clinica*. 3ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada, 315-324.
- Petrie, K.; Moss-Morris, R. (1997). *Coping with chronic illness*. In Baum, A; Newman, S.; West, R.; Mcmanus, C. (eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge, Cambridge University Press, 84-87.

- Pereira, C. V. (1997). *Representações da doença e comportamentos de adesão em sujeitos diabéticos insulino-dependentes*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Pereira, A. (1999). *Guia Prático de Utilização do SPSS - Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa, Edições Sílabo: 114-168.
- Pereira, D. (2001). *Adágios quase clínicos*. Alverca, Edição DMTP
- Pereira, M.G.; Silva, S. (2002). *Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de Saúde da Zona Norte*. Análise Psicológica. 1 (XX), 35-43.
- Pereira, M.G.; Soares, V.; McIntyre, T. (2001). *Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto*. Psicologia, Saúde e Doenças, 2 (2), 69-80.
- Phaneuf, M. (2004). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lusociência
- Pina, R. (2004). *Diabetes tipo 2 nas crianças e adolescentes. Casos raros ou um pesadelo?*. Diabetes, Viver em Equilíbrio (31), 20-21.
- Polit, D.; Beck, C.T.; Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 5ª edição. Porto Alegre, Artemed
- Portugal, Ministério da Saúde (2003). *Contributos para um Plano Nacional de Saúde – Orientações estratégicas*. Lisboa, MS
- Price, B. (1996). *Illness careers: the chronic illness experience*. Journal of Advanced Nursing, 24, 275-279.
- Ramos, M. (2002). *Apoio social e saúde entre idosos*. Sociologias, 7 ,On line: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>
- Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa, Universidade Aberta
- Raposo, J. F. (1999). *Antidiabéticos Oraís*. Diabetes- Viver em Equilíbrio (10), 8.
- Raposo, J. F. (2006). *Educação Terapêutica do Doente – A propósito de um Congresso*. Revista Portuguesa de Diabetes, (2), 41-42.
- Raposo, J.; Coelho-Moos, E.; Pina, R.; Boavida, J.M. (2004). *Educação Terapêutica: Partilhar responsabilidades – Porquê e como?*. Diabetes - Viver em Equilíbrio (31), 28-30.

- Relvas, A.P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspectivas sistémicas*. Porto, Edições Afrontamento
- Ribeiro, J. L. P. e GRU. Po. PDV (1997). *A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas*. In Ribeiro, J.L. 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas. Braga, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J.L. (1999). *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*. Análise Psicológica, 3 (XVII), 547-558.
- Ribeiro, A. L. A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida*. Porto, Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João, para concurso de Provas Públicas para professor coordenador na área Científica de Ciências de Enfermagem
- Ribeiro, J. L. P. (2004). *Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças*. Análise Psicológica, 2 (XXII): 387-397.
- Ribeiro, J. L. P. (2005a). *Introdução à Psicologia da Saúde*. 1ªed., Coimbra, Quarteto
- Ribeiro, A. L. A. (2005b). *Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, 16 (Março), 52.
- Ribeiro, A. L. A. (2005c). *Percursos da construção e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, 16 (Março), 53-60.
- Rodrigues, M.; Pereira, A.; Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde. Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra, Formasau
- Rossi, V.E.C. (2005). *Suporte social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes tipo 2*. Tese de Doutoramento, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo
- Ruas, M.M. (1993). *Diabetes Mellitus não insulino dependente*. O Diabético no Quotidiano, 4, 2-3.
- Sagreira, L. (2002). *Diabetes no idoso*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3ª ed. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas Limitada, 251-262.

- Sakellarides, C. (2001). *De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública (2), 101-108.
- Samuel, R. N. (1997). *Abordagem do doente com Diabetes Mellitus*. In: Goroll, A. H.; MAY et al *Cuidados Primários em Medicina– Uma abordagem do paciente adulto em ambulatório*. 3ª ed. Lisboa, Mc Graw-Hill, 562-571.
- Schoeller, K. (sd). *Why we don't follow doctor's orders: the crisis of nonadherence*. On line: <file:///F:/porque não seguimos as recomendações.htm> em 16/08/2006
- Silva, I.; Pais-Ribeiro; J.; Cardoso, H.; Ramos, H.; Carvalhosa, S.; Dias, S.; Gonçalves, A. (2003). *Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes*. Psicologia, Saúde e Doenças, 4 (1), 21-23.
- Silva, L. F. (2004). *Sócio-antropologia da Saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*. Lisboa, Universidade Aberta
- Silva, I.; Ribeiro, J.P.; Cardoso, H. (2006). *A abordagem do empowerment na doença crónica*. In Leal, I. *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. 1ª ed. Coimbra, Quarteto, 187-201
- Sousa, M. R. (2003). *Estudo dos Conhecimentos e Representações de Doença Associados à Adesão Terapêutica nos Diabéticos tipo 2*. Tese de Dissertação de Mestrado – Especialização em Educação para a Saúde, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Stroeb, W.; Stroeb, M. (1995). *Psicologia social e saúde*. Lisboa, Instituto Piaget
- Sutherland, V. (1997). *Psychological support for health professionals*. In A. Baum; S. Newman; J. Weinman; R. West; C. McManus (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 307-310.
- Toljamo, M. ; Hentinem, M. (2001). *Adherence to self-care and glycaemic control among people with insulin-dependent diabetes mellitus*. Journal of Advanced Nursing, 34 (6), 780-786.
- Thomas, V.; Clark, J.M. (1997). *Nurse-patient communication: nursing assessment and intervention for effective pain control*. In A. Baum; S. Newman;

- J. Weinman; R. West; C. McManus (Eds).Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 298-301.
- Toobert, D.J.; Hampson, S.E.; Glasgow, R.E. (2000). *The summary of diabetes self-care activities measure. Results from 7 studies and revised scale.* Diabetes Care, 23 (7), 943-950.
 - Vieira, E. G. C. (2001). *Pé Diabético...que cuidados de Enfermagem.* Servir.49 (1), 29 - 32.
 - Watson, J. (1999). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem.* Loures, Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
 - Weinman, J. (1997). *Doctor-patient communication.* In A. Baum; S. Newman; J. Weinman; R. West; C. McManus (Eds).Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 284-287.
 - Whitehead, D. (2001). *Health education, behavioural change and social psychology: nursing's contribution to health promotion?.* Journal of Advanced Nursing, 34(6), 822-832.
 - Williams, G. C.; Grow, V. M.; Ryan, R. M.; Freedman, Z. R.; Deci, E.L (1996). *Motivacional predictors of weight loss and weight loss maintenance.* Journal of Personality and Social Psychology, 70 (1), 115-126.
 - Williams, G. C.; Freedman, Z. R.; Deci, E.L. (1998). *Supporting Autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control.* Diabetes Care, 21 (10), 1644-1651.
 - Williams, G. C.; Frankel, R. M.; Campbell, T. L.; Deci, E.L. (2000). *Research on Relationship-Centered Care and Healthcare Outcomes from the Rochester Biopsychosocial Program: A Self-Determination Theory Integration.* Families, Systems & Health, 18 (1), 79-90.
 - World Health Organization (1986). *Carta de Otawa para a Promoção da Saúde.* Ottawa, WHO
 - World Health Organization (2002). *Cuidados inovadores para condições crônicas – Componentes estruturais de acção. Relatório Mundial.* Geneva
 - World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies.* On line: http://www.who.int/chronic_conditions/adherence/en/
 - Zempléni, A. (1994). *A doença e as suas causas.* Cadernos de Campo, São Paulo, nº4, 137-163.

ANEXOS

ANEXO I

GUIÃO DE ENTREVISTA

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: Masculino Feminino 3. Estado civil: Solteiro Casado União de facto Divorciado Separado Viúvo

4. Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever Nunca andou na escola, mas sabe ler e escrever Frequentou a escola primária Frequentou o ciclo preparatório Frequentou a escola secundária Frequentou o ensino superior

5. Profissão: _____

6. Situação profissional/ocupacional actual:

Profissionalmente activo Desempregado Reformado/pensionista Baixa

7. Tipo de família:

Nuclear Reconstruída Unitária Monoparental Alargada Outra

8. Como é que se sente em relação à sua situação financeira?

Confortável Tenho algumas dificuldades Tenho o suficiente para as necessidades É muito problemática

9. Há quantos anos sabe que é diabético? _____ anos

10. Que tipo de tratamento faz para a diabetes? Antidiabéticos orais Insulina Terapêutica mista 11. Tem ou já teve alguma complicação devido à diabetes? Sim Não 12. Complicações agudas: Hipoglicemia Cetoacidose Coma hiperosmolar

13. Complicações crónicas

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Retinopatia diabética | <input type="checkbox"/> | Doença cerebro-vascular | <input type="checkbox"/> |
| Nefropatia | <input type="checkbox"/> | Doença vascular periférica | <input type="checkbox"/> |
| Neuropatia | <input type="checkbox"/> | Disfunção sexual | <input type="checkbox"/> |
| Doença coronária | <input type="checkbox"/> | Pé Diabético | <input type="checkbox"/> |

14. Durante o último ano, teve que recorrer a um serviço de urgência ou esteve internado devido à diabetes?

Sim Não

Qual foi o motivo? _____

15. Costuma fazer vigilância da tensão arterial?

Sim Não

17. Está controlada?

Sim Não Não sabe

16. Toma medicamentos para a tensão arterial?

Sim Não Não sabe

19. Tem excesso de gordura no sangue?

Sim Não Não sabe

17. Toma medicamentos para o excesso de gordura no sangue?

Sim Não Não sabe

18. Peso actual: _____ **Altura:** _____ **IMC:** _____ **P.Abd:** _____ **HbA1c:** _____ **TA:** _____

19. Quando descobriu que era diabético encontrava-se:

- Com mais peso do que tem agora
- Com menos peso do que tem agora
- Com o mesmo peso

20. Para além da diabetes de que outras doenças sofre?

21. O que é para si a diabetes?

22. Como é que reagiu quando soube que era diabético?

23. O que é para si ser diabético?

24. A diabetes é uma doença séria e grave:

Concordo muito Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo Muito

25. A diabetes interfere com o estado de saúde no dia a dia:

Concordo muito Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo Muito

26. Se a diabetes estiver controlada o estado de saúde melhora:

Concordo muito Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo Muito

27. O principal responsável pelo tratamento e controlo da diabetes é:

Profissional de Saúde	<input type="checkbox"/>	Diabético	<input type="checkbox"/>
Família	<input type="checkbox"/>	Outro _____	<input type="checkbox"/>

28. No dia a dia a diabetes interfere com a sua rotina? Sim Não

28.1 De que forma? (Dê um exemplo)

29. Dos vários componentes importantes no tratamento da diabetes qual/quais o/os que tem maior dificuldade em cumprir?

Dieta	<input type="checkbox"/>	Medicação	<input type="checkbox"/>
Exercício	<input type="checkbox"/>	Cuidados aos pés	<input type="checkbox"/>
Autovigilância glicemia	<input type="checkbox"/>	Nenhum	<input type="checkbox"/>

29.1 Porquê?

30. Se seguir as recomendações dos profissionais de saúde o diabético pode controlar melhor a diabetes e evitar as suas complicações.

Concordo muito Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo Muito

31. Cumprir a dieta recomendada pelos profissionais de saúde é muito importante para controlar a diabetes

Concordo muito Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo Muito

32. Fazer a autovigilância da glicemia diariamente é muito importante para controlar a diabetes

Concordo muito Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo Muito

33. A prática de exercício físico regular é muito importante para melhorar o controle da diabetes.

Concordo muito Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo Muito

34. Cumprir as tomas da medicação de acordo com o recomendado pelo médico é fundamental para o controle da diabetes.

Concordo muito Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo Muito

35. Prestar cuidados diários aos pés é muito importante para evitar o aparecimento de lesões/complicações

Concordo muito Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo Muito

36. É capaz de fazer a auto-vigilância sem ajuda de outra pessoa? Sim Não

36.1 Se não, porquê?

36.2. Quem lhe presta esse apoio?

Família _____ Amigos Vizinhos

Apoio Domiciliário Centro de dia Outro

Não se aplica

37. Precisa de ajuda de outra pessoa para preparar e/ou tomar a medicação? Sim Não

37.1 Se sim, porquê?

37.2. Quem lhe presta esse apoio?

Família _____ Amigos Vizinhos

Apoio Domiciliário Centro de dia Outro

Não se aplica

38. Precisa de ajuda de outra pessoa para prestar os cuidados diários aos pés? Sim Não

38.1 Se sim, porquê?

38.2 . Quem lhe presta esse apoio?

Família _____	<input type="checkbox"/>	Amigos	<input type="checkbox"/>	Vizinhos	<input type="checkbox"/>
Apoio Domiciliário	<input type="checkbox"/>	Centro de dia	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
Não se aplica	<input type="checkbox"/>				

39. Em relação aos cuidados com alimentação:

39.1. Quem é que faz as compras?

O próprio	<input type="checkbox"/>	Família _____	<input type="checkbox"/>	Amigos	<input type="checkbox"/>
Vizinhos	<input type="checkbox"/>	Apoio Domiciliário	<input type="checkbox"/>	Centro de dia	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>				

39.2. Quem é que prepara e confecciona os alimentos?

O próprio	<input type="checkbox"/>	Família _____	<input type="checkbox"/>	Amigos	<input type="checkbox"/>
Vizinhos	<input type="checkbox"/>	Apoio Domiciliário	<input type="checkbox"/>	Centro de dia	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>				

40. Costuma utilizar na sua alimentação diária alimentos da sua própria produção? (Ex. legumes, fruta, carne etc.)

Sim Não

40.1 Se sim, o que faz quando não tem esses produtos?

41. A sua alimentação é igual à das outras pessoas que vivem consigo? Sim Não N/ se aplica

41.1 Se não, como é que se sente em relação a isso?

42. As pessoas que convivem consigo no dia a dia sabem o que é diabetes?

Muito bem Razoavelmente bem Pouco Muito pouco

43. Como classificaria o apoio que a família lhe dá relativamente aos cuidados que tem que ter devido à diabetes?

Muito bom Bom Suficiente Insuficiente Não se aplica

44. Como classificaria o apoio que os seus amigos/vizinhos etc lhe dão relativamente aos cuidados que tem que ter devido à diabetes?

Muito bom Bom Suficiente Insuficiente

45. Sente-se compreendido pelas outras pessoas em relação ao facto de ser diabético e aos cuidados que isso implica?

Muito bem Razoavelmente bem Pouco Muito pouco

46. Se falar com os familiares e amigos sobre o que sente em relação à diabetes, pode controlar melhor a doença.

Concordo muito Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo Muito

47. Há quanto tempo frequenta a “Consulta de Enfermagem ao Utente com Diabetes” no Centro de Saúde da Lourinhã?

_____ anos

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

49. Por quem?

Família Amigos Vizinhos

Funcionária Centro de Dia Outro Não se aplica

50. É importante para si estar integrado na “Consulta de Enfermagem ao Utente com Diabetes” no Centro de Saúde da Lourinhã? Sim Não

50.1 Porquê?

51. O que mais gosta na Consulta?

52. O que menos gosta na Consulta?

53. Que sugestões pode dar para melhorar o atendimento ao diabético na Consulta de Enfermagem do Centro de Saúde?

54. Acha que sabe o suficiente sobre a diabetes? Sim Não

54.1 Se não, porquê?

ANEXO II

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 últimos 7 dias, por favor lembre-se dos últimos 7 dias em que não estava doente.

1. ALIMENTAÇÃO GERAL	Nº de dias
1.1 Em quantos 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 de saúde?	0 1 2 3 4 5 6 7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu Carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.3 Em quantos 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 dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.5 Em quantos 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 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 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 dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	0 1 2 3 4 5 6 7
3. ACTIVIDADE FÍSICA	
3.1 Em quantos 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 dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0 1 2 3 4 5 6 7
4. CUIDADOS COM OS PÉS	
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7
4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS inspeccionou o interior dos seus sapatos?	0 1 2 3 4 5 6 7
4.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7
4.4 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	0 1 2 3 4 5 6 7
5. MEDICAMENTOS	
5.1 Em quantos 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 dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0 1 2 3 4 5 6 7
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0 1 2 3 4 5 6 7

6. MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA	
6.1 Quantas vezes por semana lhe recomendaram que avaliasse o açúcar no sangue?	
6.2 Quantas vezes avaliou o açúcar no sangue na última semana?	
7. HÁBITOS TABÁGICOS	
7.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____	
7.3 Quando fumou o seu último cigarro? <input type="checkbox"/> Nunca fumou <input type="checkbox"/> Há mais de dois anos atrás <input type="checkbox"/> Um a dois anos atrás <input type="checkbox"/> Quatro a doze meses atrás <input type="checkbox"/> Um a três meses atrás <input type="checkbox"/> No último mês <input type="checkbox"/> Hoje	

ANEXO III

SUCECS 26 – Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no Centro de Saúde (Ribeiro, 2003)

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos **cuidados de enfermagem** que recebeu nos contactos que teve com os enfermeiros na Consulta de Enfermagem ao Utente com Diabetes no Centro de Saúde da Lourinhã

Se estes factos aconteciam:	Faça um círculo no				
	Sempre	3	2	1	0
	Ás vezes	2			
	Nunca	1			
	Não se aplica/sem opinião	0			
• 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	
• 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	
• 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	
• Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?	3	2	1	0	
• 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	
• Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	3	2	1	0	
• Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem e se necessário voltavam a repetir a informação?	3	2	1	0	
• 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	
• Os enfermeiros procuraram explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário fazê-los?	3	2	1	0	
• No CS, os enfermeiros preocuparam-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	
• No CS, os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente do CS?	3	2	1	0	
• 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	
• Quando necessita, é fácil contactar com os enfermeiros dos CS (para marcar consulta, para lhe colocar as suas dúvidas)?	3	2	1	0	
• Os enfermeiros preocuparam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados?	3	2	1	0	
• 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	
• Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	3	2	1	0	
• Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	3	2	1	0	
• Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?	3	2	1	0	
• Sentiu que os enfermeiros o colocavam à vontade para pôr as suas dúvidas?	3	2	1	0	
• Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestavam?	3	2	1	0	
• Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais actualizados 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			
• 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
• Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no CS	3	2	1	0
• Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	3	2	1	0
• Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	3	2	1	0
• Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestavam os cuidados	3	2	1	0
• Relativamente aos cuidados de enfermagem no CS	3	2	1	0

Muito Obrigado pelo tempo dispensado ao responder a este inquérito.

ANEXO IV

Ex.^m Senhor Director do

Centro de Saúde da Lourinhã

Carla Susana Lopes Correia, Enfermeira no Centro de Saúde da Lourinhã, aluna do Curso de Mestrado de Comunicação em Saúde, vem por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para desenvolver um trabalho de investigação neste Centro de Saúde, que se destina à dissertação da Tese de Mestrado.

O estudo que pretende desenvolver, tem como objectivo estudar a “Adesão e gestão do regime terapêutico na diabetes tipo 2. O papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem”.

Compromete-se ao sigilo e anonimato das respostas, bem como à divulgação dos resultados no Centro de Saúde que dirige.

Sem outro assunto de momento, agradece a atenção dispensada, estando disponível para qualquer esclarecimento que julgue necessário.

Pede deferimento

Lourinhã, 19 de Dezembro de 2005

ANEXO V

Titulo do estudo: “Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo 2. O papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem”

Entrevista nº:

Caro/a Senhor/a

Tenho o prazer de o convidar a participar no estudo acima referido, com o qual se pretende conhecer o grau de satisfação com a comunicação e com os cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros aos diabéticos na consulta do centro de saúde, conhecer o apoio social que o diabético tem ao seu dispor e qual o grau de adesão às recomendações e ao tratamento proposto para o controlo da diabetes.

Os resultados farão parte da dissertação de mestrado de Carla Susana Lopes Correia, enfermeira no Centro de Saúde da Lourinhã, a frequentar o Mestrado em Comunicação em Saúde, da Universidade Aberta de Lisboa, sob a orientação da Sr^a. Professora Doutora Natália Ramos.

Este estudo contribuirá para conhecer melhor os diabéticos que frequentam a consulta de enfermagem e desta forma melhorar a qualidade do atendimento.

A sua participação no estudo é inteiramente voluntária, consistindo em aceitar responder a uma entrevista sobre os assuntos acima referidos e é-lhe garantida a confidencialidade da sua identidade.

Agradeço a sua colaboração.

(Carla Susana Lopes Correia)

.....

Nome: _____

Declara que concorda com o que lhe foi proposto e explicado pela enfermeira que assina este documento e que consente livre e esclarecidamente em participar no estudo acima mencionado.

Lourinhã, ____/____/____

(Assinatura)