



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO
AO REGIME TERAPÊUTICO NAS
PESSOAS COM DIABETES TIPO 2

PATRÍCIA RIBEIRO DE VILARES LIMA
DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
JULHO 2021



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO
AO REGIME TERAPÊUTICO NAS
PESSOAS COM DIABETES TIPO 2

PATRÍCIA RIBEIRO DE VILARES LIMA

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR EZEQUIEL MARTINS CARRONDO

COORIENTADORA: PROFESSORA ESPECIALISTA INÊS ALEXANDRA DIAS
FONSECA

JULHO 2021

LISTA DE SIGLAS

ADA – American Diabetes Association;
AGJ – Anomalia da Glicémia em jejum;
CSP – Cuidados de Saúde Primários;
DGS – Direção Geral de Saúde;
DKT - Diabetes Knowledge Test;
DM – Diabetes Mellitus;
IMC – Índice de Massa Corporal;
INSEF – Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico;
HbA1c – Hemoglobina Glicada;
HTA – Hipertensão arterial;
PA- Pressão Arterial;
NOC – Normas de Orientação Clínica;
OCDE – Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico;
PND – Programa Nacional da Diabetes;
PTGO – Prova de Tolerância à Glicose Oral;
QCD - Questionário dos Conhecimentos da Diabetes;
SDSCA - Summary of Diabetes Self-Care Activities;
SNS – Serviço Nacional de Saúde;
TDG – Tolerância Diminuída à Glicose;
ULS – Unidade Local de Saúde;

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho só foi possível com o contributo de várias pessoas a quem quero expressar o meu agradecimento.

Em primeiro lugar, a todos os participantes, que se disponibilizaram a participar no estudo.

Ao meu orientador e coorientadora, Professor Doutor Ezequiel Martins Carrondo e Professora Especialista Inês Alexandra Dias Fonseca, pelas orientações e conhecimentos transmitidos ao longo de todas as fases de elaboração deste trabalho.

Aos colegas de mestrado e às colegas da unidade de saúde onde decorreu o estudo, pela disponibilidade e colaboração prestadas.

E por último, por serem os mais importantes, à minha família João Paulo, Beatriz e Dinis por serem sempre uma inspiração e fonte de motivação.

ÍNDICE DE TABELAS

página

Tabela 1 -	Interpretação do coeficiente de correlação	49
Tabela 2 -	Caraterização dos participantes	52
Tabela 3 -	Avaliação antropométrica	53
Tabela 4 -	Percentagem de respostas corretas ao questionário de conhecimentos sobre a diabetes	55
Tabela 5 -	Adesão ao autocuidado sobre a diabetes: alimentação	57
Tabela 6 -	Adesão ao autocuidado sobre a diabetes: atividade física	58
Tabela 7 -	Adesão ao autocuidado sobre a diabetes: monitorização da glicémia	58
Tabela 8 -	Adesão ao autocuidado sobre a diabetes: cuidados com os pés	59
Tabela 9 -	Adesão ao autocuidado sobre a diabetes: medicamentos	59
Tabela 10 -	Resultados da escala de motivação para o tratamento	61
Tabela 11 -	Correlação entre idade e adesão ao autocuidado sobre a diabetes	62
Tabela 12 -	Comparação das dimensões da adesão ao autocuidado sobre a diabetes com base no género	63
Tabela 13 -	Comparação das dimensões da adesão ao autocuidado sobre a diabetes com base no nível de escolaridade	63
Tabela 14 -	Comparação das dimensões da adesão ao autocuidado sobre a diabetes com base no estado civil	64
Tabela 15 -	Comparação das dimensões da adesão ao autocuidado sobre a diabetes com base na classe social	65
Tabela 16 -	Correlação entre tempo de diabetes e adesão ao autocuidado	65
Tabela 17 -	Correlação entre conhecimentos e adesão ao autocuidado sobre a diabetes	66
Tabela 18 -	Correlação entre motivação e adesão ao autocuidado sobre a diabetes	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

página

- Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo a classificação do nível socioeconómico dos utentes 47
- Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o nível de obesidade em função do IMC 49
- Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo o nível de controlo da diabetes com base nos valores de HbA1c 50
- Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo a adesão ao autocuidado sobre a diabetes: Hábitos tabágicos 56
- Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo os resultados da motivação intrínseca e extrínseca para o tratamento 58

RESUMO

O autocuidado representa um conceito que assume um papel relevante na prática de enfermagem. Muitos processos que envolvem o compromisso de saúde dos utentes relacionam-se diretamente com a perda de autonomia para a realização do autocuidado, influenciando assim a adesão ao regime terapêutico, particularmente quando estamos perante uma situação de doença crónica como a diabetes tipo 2.

Por outro lado, o reconhecimento da influência multifatorial no processo de adesão ao regime terapêutico de pessoas com diabetes tipo 2, traduz necessariamente a complexidade da doença e a necessidade de inclusão de múltiplos fatores a ser considerados neste processo.

Com este trabalho pretendeu-se avaliar a adesão ao regime terapêutico na pessoa com diabetes tipo 2 e identificar os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico na pessoa com diabetes tipo 2 de uma unidade de saúde da região centro.

Recorreu-se a um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional. A recolha de dados concretizou-se com a aplicação de um formulário constituído pela caracterização sociodemográfica, perfil clínico, Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QDC), Escala de Autocuidado sobre a Diabetes (SDSCA) e Escala da Motivação para o Tratamento (EMT). Obteve-se uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 83 pessoas com diabetes tipo 2, inscritas numa unidade de saúde da região centro e que frequentam a consulta de enfermagem e médica de diabetes. Os resultados sugerem um ligeiro predomínio de utentes do género masculino, casados, maioritariamente reformados, com baixo nível de escolaridade e pertencentes à classe média e média baixa. Apresentam em média 8,5 anos de diagnóstico de doença, maioritariamente medicados com antidiabéticos orais. Em média tomam 1,7 medicamentos para a diabetes, com uma frequência de duas vezes ao dia. Cerca de metade da amostra são pré obesos e um quarto obesos. Mais de metade da amostra apresenta um excelente controlo metabólico, com valores de hemoglobina glicada inferior ou igual a 7, embora cerca de 28% da amostra apresente hipertensão (HTA) sistólica ou diastólica. É uma amostra com elevado nível de conhecimentos acerca da diabetes, elevados valores motivacionais e com boa adesão ao autocuidado, com exceção da dimensão exercício físico específico com cerca de 70% da amostra a não aderir. Constatámos que utentes mais idosos tendem a uma menor adesão à toma da medicação e cuidados específicos com os pés.

Palavras-chave: Diabetes Tipo 2, Autocuidado, Enfermagem em Saúde Comunitária

ABSTRACT

Self-care represents a concept that assumes an important role in nursing practice. Many processes involving the patient's health commitment are directly related to the loss of autonomy to perform self-care, thus influencing adherence to the therapeutic regime, particularly when we are faced with a chronic disease situation, such as type 2 diabetes.

On the other hand, the recognition of the multifactorial influence in the process of adherence to the therapeutic regime of patients with type 2 diabetes, necessarily reflects the complexity of the disease and the need to include multiple factors to be considered in this process.

This work intended to understand the main factors that influence adherence to the therapeutic regime in people with type 2 diabetes. A quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study was used. The data collection was carried out with the application of a questionnaire constituted by the sociodemographic characterization, clinical profile, Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ), Self-Care Scale on Diabetes and Treatment Motivation Scale (TMS). A non-probabilistic convenience sample was obtained, consisting of 83 type 2 diabetic patients, enrolled in a health unit at and who attend the nursing and medical diabetes appointments.

The results suggest a slight predominance of male users, married, mostly retired, with a low level of education and belonging to the middle and lower middle class. They have an average of 8.5 years of disease diagnosis, mostly medicated with oral antidiabetics. On average they take 1.7 diabetes drugs, twice a day. About half of the sample is pre-obese and a quarter is obese. More than half of the sample has excellent metabolic control, with glycated haemoglobin values less than or equal to 7, although about 28% of the sample have systolic or diastolic hypertension. The studied sample, has a high level of knowledge about diabetes, high motivational values and good adherence to self-care, with the exception of the specific physical exercise dimension with about 70% of the sample not adhering. We found that older users tend to have less adherence to taking medication and specific foot care.

Keywords: Type 2 Diabetes, Self-care, Community Health Nursing

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	19
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
1.1 DIABETES TIPO 2: CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO	23
1.2 TRATAMENTO NA DIABETES TIPO 2	27
1.3 INTERVENÇÕES ESTRATÉGICAS NA DIABETES TIPO 2	28
1.4 ADEÇÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA DIABETES TIPO 2	30
1.5 CONTRIBUTO DA TEORIA DE OREM	35
1.6 INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	37
2. METODOLOGIA	43
2.1 PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS	43
2.2 TIPO DE ESTUDO	44
2.3 HIPÓTESES	44
2.4 VARIÁVEIS	44
2.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA	45
2.6 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	45
2.7 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	49
2.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA	49
2.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS	50
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	51
3.1 ANÁLISE DESCRITIVA	51
3.2 ANÁLISE CORRELACIONAL E INFERENCIAL	62
3.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	81
ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA	85
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DAS ESCALAS UTILIZADAS	87
ANEXO III – CONSENTIMENTO INFORMADO	89

INTRODUÇÃO

A diabetes é atualmente um grave problema de saúde pública e segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes verificou-se um crescimento acentuado do número de novos casos diagnosticados anualmente em Portugal nos últimos anos. O relatório de saúde da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) de 2014 aponta Portugal como o país da Europa com a mais alta taxa de prevalência da diabetes. Enquanto doença sistémica de desenvolvimento silencioso, encontra-se associada ao desenvolvimento de múltiplas complicações, que para além do forte impacto que têm na qualidade de vida destas pessoas e seus familiares, acarretam também implicações económicas e sociais para toda a comunidade com elevados gastos e esforço financeiro (Boavida, 2015, Boavida, Pereira e Ayala, 2013, Rodríguez e Plata, 2015 e SPD, 2016).

Considerada pela Organização Mundial de Saúde como uma pandemia, com previsões de poder atingir nos próximos 20 anos mais de 20% da população mundial, a diabetes abrangida por um programa de saúde prioritário e com medidas de controlo previstas no plano nacional da diabetes, representa uma área de intervenção prioritária. Estima-se que em Portugal cerca de 44% das pessoas com diabetes estejam por diagnosticar, sendo por isso o diagnóstico precoce uma das prioridades do Programa Nacional da Diabetes. Assim, torna-se imperioso desenvolver e implementar medidas preventivas, de diagnóstico e tratamento precoces, que visem reduzir e limitar o crescimento da doença. (DGS, 2017).

No ano de 2015, cerca de 415 milhões de pessoas em todo o mundo tinham diabetes e prevê-se que em 2040 este valor aumentará para 642 milhões. Em 2015, 5 milhões de pessoas morreram devido à Diabetes, sendo que a cada seis segundos morreu uma pessoa. Nesse mesmo ano, a prevalência estimada de diabetes na população portuguesa com idades entre 20 e 79 anos foi de 13,3%, ou seja, mais de um milhão de portugueses neste grupo etário tem diabetes. Mais de 25% das pessoas que morreram nos hospitais tinham diabetes. Embora não se verifique uma relação linear entre a prevalência e a mortalidade quando se comparam os diferentes países europeus, Portugal apresenta taxas elevadas tanto de prevalência como de mortalidade. A diabetes é uma doença crónica e progressiva, que pode trazer graves consequências para a saúde e bem-estar individual, estando também associada a elevados gastos em saúde. Os custos associados a esta patologia são bastante elevados sendo que a diabetes foi responsável por cerca de 12% dos gastos em saúde, em 2015, a nível mundial. Em Portugal, no ano de 2014 representou um custo médio estimado entre 1300 a 1550 milhões de

euros e em 2015 representou entre 8 a 10% da despesa em saúde e cerca de 1% do produto interno bruto português (Boavida et al, 2013, SPD, 2016, Rodríguez e Plata, 2015).

Estes números colocam-nos perante sérias questões, que merecem a nossa reflexão. Uma parte considerável dos fatores de risco da diabetes é suscetível de prevenção primária, através da prestação de cuidados preventivos à população. Este poderá ser um importante fator na redução dos custos globais com os utentes diabéticos, visto que a educação para a saúde é uma importante estratégia no controle da doença e no sucesso terapêutico (ERS, 2011).

A necessidade de combater a epidemia da diabetes foi salientada pela OMS, no Plano de Ação Mundial de Luta contra as Doenças Não Transmissíveis 2013-2020 (WHO, 2013).

Tendo em conta que atualmente a diabetes atingiu proporções epidémicas, representando um grave problema de saúde pública e sendo possível reduzir significativamente as complicações decorrentes desta patologia através do desenvolvimento de intervenções relacionadas com a redução dos fatores de risco, deteção precoce e tratamento adequado, identificar e compreender os fatores associados à adesão ao autocuidado na diabetes tipo 2 representa um pilar central na definição e planeamento de intervenções relacionadas com a gestão da doença através da capacitação dos utentes.

A adesão ao regime terapêutico, em enfermagem, é um conceito que engloba não só o cumprimento da prescrição farmacológica, mas também os comportamentos promotores de saúde, pelo que é de primordial importância perceber de que forma o utente integra o regime terapêutico na sua vida.

As pessoas com diabetes tipo 2 são particularmente vulneráveis à não adesão ao regime terapêutico, devido à necessidade de uma autogestão contínua e mudanças no estilo de vida (Jarab, Almrayat, Aqudah et al, 2014).

Enquanto enfermeiros temos um papel importante e de responsabilidade perante a comunidade, desenvolvendo estratégias que contribuam para a mudança de atitudes e comportamentos. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, não só pela proximidade que tem com os utentes, mas também pelas competências que possui, encontra-se numa posição privilegiada na promoção de estilos de vida saudáveis, implementação de projetos e capacitação dos utentes e da comunidade em geral, nomeadamente no que se refere à diabetes (OE, 2018).

Ajudar a pessoa com diabetes tipo 2 a integrar eficazmente o regime terapêutico no seu quotidiano, identificando aspetos facilitadores e inibidores aos cuidados centrados no doente é um importante papel do enfermeiro neste contexto (Sousa, Martins e Pereira, 2015).

Considerando a problemática anteriormente descrita surgiu a seguinte questão de investigação: Que fatores estão associados à adesão ao regime terapêutico das pessoas com diabetes tipo 2?

Pretende-se com este estudo contribuir para um melhor conhecimento dos fatores que interferem na adesão ao regime terapêutico, em pessoas com diabetes tipo 2. Para o concretizar definiram-se os seguintes objetivos:

- Avaliar a adesão ao regime terapêutico nas pessoas com diabetes tipo 2 de uma unidade de saúde da região centro.
- Identificar os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico nas pessoas com diabetes tipo 2 de uma unidade de saúde da região centro.

Dada a natureza da problemática em estudo, construiu-se um desenho de investigação de natureza quantitativa, transversal, descritivo e correlacional. Este baseou-se na aplicação de um formulário constituído por cinco partes: caracterização sociodemográfica, perfil clínico, avaliação do nível de conhecimentos das pessoas com diabetes através da escala Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QDC), desenvolvido e validado por Sousa e McIntyre (2003) a partir da Diabetes Knowledge Test (DKT), avaliação da adesão do diabético ao regime terapêutico, através da avaliação do nível de autocuidado recorrendo à Escala de Autocuidado sobre a Diabetes, traduzida e adaptada por Bastos e Lopes (2004) a partir da Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) de Glasgow, Toobert e Hampson (2000) e avaliação da motivação para o tratamento, através da escala da motivação para o tratamento, versão traduzida e validada por Apóstolo et al (2007) a partir do “Treatment Self-Regulation Questionnaire”.

Obteve-se uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 83 pessoas com diabetes tipo 2, inscritos numa unidade de saúde da região centro e que frequentam a consulta de enfermagem e médica de diabetes.

Este trabalho de investigação apresenta-se estruturado em três capítulos: a fundamentação teórica, a metodologia utilizada e por último, a apresentação e análise dos resultados.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo faz-se uma breve abordagem aos principais critérios a ter em consideração na classificação e diagnóstico da diabetes tipo 2, bem como os principais tipos de tratamento existentes. Focamos as intervenções estratégicas na área da diabetes a nível nacional, salientando a importância do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde familiar. Por último, incidimos na adesão ao regime terapêutico na diabetes tipo 2, finalizando com o contributo da teoria de Orem para a compreensão do processo de adesão ao regime terapêutico.

1.1- DIABETES TIPO 2: CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO

A diabetes é consequência de uma deficiência absoluta ou relativa de insulina, consequente à sua ineficiente ação a nível dos tecidos, deficiência da sua secreção ou de ambas. Como consequência ocorre uma perturbação no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, sendo a hiperglicemia o resultado mais evidente desta perturbação. A hiperglicemia mantida a médio e longo prazo associa-se a complicações a nível de vários órgãos como olhos, rins, e sistema vascular (Rosas, 2010).

Estima-se que em Portugal cerca de 44% das pessoas com Diabetes estejam por diagnosticar, sendo por isso o diagnóstico precoce um das prioridades do Programa Nacional da Diabetes (DGS, 2017).

Diagnosticada a diabetes, importa classificá-la, pois, a abordagem clínica e a decisão terapêutica são distintas. Relativamente à classificação podemos definir vários tipos como diabetes gestacional, defeitos genéticos da célula beta, defeitos congénitos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, diabetes de origem medicamentosa, formas raras de diabetes de causa imunológica e outras síndromes genéticas (Rosas, 2010).

Segundo a American Diabetes Association (2019), a diabetes pode ser classificada nas seguintes categorias gerais:

1. Diabetes tipo 1 (surge devido à destruição automática de células imunológicas, geralmente levando à deficiência aguda de insulina);
2. Diabetes tipo 2 (surge devido a uma perda progressiva da secreção de insulina pelas células beta frequentemente no contexto da resistência à insulina);
3. Diabetes gestacional (diabetes diagnosticada no segundo ou terceiro trimestre de gravidez);
4. Tipos específicos de diabetes devido a outras causas, por exemplo, síndromes monogénicas de diabetes (como diabetes neonatal), doenças do pâncreas exócrino (como fibrose quística e

pancreatite) e diabetes induzida pelo uso de drogas ou substâncias químicas (como no uso de corticoides, no tratamento do HIV / AIDS ou após o transplante de órgãos).

A diabetes tipo 1 e a diabetes tipo 2 são doenças heterogêneas nas quais a apresentação clínica e a progressão da doença podem variar consideravelmente. A classificação é importante para determinar o tratamento, mas alguns indivíduos não podem ser claramente classificados como portadores de diabetes tipo 1 ou 2 no momento do diagnóstico. Atualmente os paradigmas tradicionais de que a diabetes tipo 2 surge apenas em adultos e que a diabetes tipo 1, em crianças, estão postos de lado, pois hoje sabe-se que ambas as formas da doença ocorrem em ambos os grupos etários (ADA, 2019).

Embora as dificuldades em identificar o tipo de diabetes inicialmente possam ocorrer em todas as faixas etárias, o verdadeiro diagnóstico torna-se mais óbvio ao longo do tempo. Tanto na diabetes tipo 1 quanto no tipo 2, vários fatores genéticos e ambientais podem levar à perda progressiva da massa de células beta e / ou função, o que clinicamente se manifesta por hiperglicemia. Quando a hiperglicemia ocorre, os utentes com todas as formas de diabetes correm o risco de desenvolver as mesmas complicações crônicas, embora as taxas de progressão possam diferir. A diabetes tipo 2 está associada principalmente a defeitos secretores de insulina relacionados com a inflamação e stresse metabólico, entre outros contribuintes, incluindo fatores genéticos (ADA, 2019).

A fisiopatologia da diabetes é complexa, envolvendo fatores genéticos e ambientais, responsáveis pelo desenvolvimento de três mecanismos: resistência periférica à insulina, deficiente secreção insulínica e aumento da produção hepática de glicose. A insulina assume um papel chave na regulação dos níveis de glicose e a normoglicemia consegue-se através do equilíbrio que se estabelece entre a sua secreção e a sua eficácia. Em condições normais, a célula beta pancreática tem capacidade de adaptar a secreção de insulina, ou seja, uma diminuição na ação da insulina é acompanhada por um aumento da secreção da célula beta. Quando se verificam alterações nesta capacidade de adaptação tornando-se disfuncional, os indivíduos desenvolvem uma alteração da tolerância à glicose ou diabetes. A normal secreção pancreática de insulina, pelas células beta, é essencial para manter uma tolerância à glicose dentro de parâmetros considerados normais, encontrando-se anomalia desta na diabetes tipo 2 (Guimarães, 2010).

Durante um período de 24 horas, metade da secreção de insulina ocorre em condições basais enquanto o restante se verifica no período pós-prandial, aumentando cerca de cinco vezes com um pico máximo 1 hora após, ocorrendo de forma pulsátil. Além destas variações, existe um ritmo circadiano, com respostas pós-prandiais máximas após o pequeno almoço. Em situações de insulinoresistência, verifica-se um aumento da secreção de insulina na tentativa de manter a

concentração dos níveis séricos de glicose normais. Na obesidade, frequentemente associada a insulinoresistência, a secreção de insulina pode aumentar até quatro vezes mais. Na diabetes tipo 2 a natureza pulsátil da secreção de insulina é perdida em fases muito precoces. A disfunção das células beta pode estar associada a diversos fatores: genéticos, exaustão da célula beta, glucotoxicidade, entre outros (Guimarães, 2010).

Como já foi referido anteriormente, a insulino resistência é um fator preponderante na patogénese da diabetes tipo 2 e traduz uma resposta biológica diminuída à insulina, endógena e exógena. Os mecanismos inerentes à insulino resistência não estão totalmente esclarecidos, mas envolvem alterações na fosforilação dos resíduos de tirosina ou a nível das vias de sinalização intracelular. Diversos estudos mostraram haver fatores de suscetibilidade genética associados à insulino resistência, influenciados por outros como idade, sedentarismo, dieta desequilibrada, obesidade, entre outros. Em jejum, o fígado é o principal responsável pela produção de glicose, enquanto que no período pós-prandial, a insulina é secretada, diminuindo a produção hepática de glicose e aumentando a captação através do músculo e tecido adiposo (ADA, 2019 e Guimarães, 2010).

Na diabetes tipo 2 verifica-se uma insuficiente inibição da produção hepática de glicose e a utilização periférica desta é menos estimulada pela insulina, refletindo o quadro de insulino resistência subjacente. O músculo e tecido adiposo, os principais utilizadores de glicose no período pós-prandial, contribuem assim essencialmente para a presença de hiperglicemia pós-prandial enquanto o fígado é o responsável principal pela hiperglicemia em jejum (ADA, 2019 e Guimarães, 2010).

Segundo a norma da DGS nº 002/2011 de 14/01/2011, referente ao diagnóstico e classificação da Diabetes, a Diabetes tipo 2 é a forma mais frequente, correspondendo a cerca de 90% dos casos totais de diabetes e na presença desta verifica-se a existência de insulinopenia relativa e maior ou menor grau de insulinoresistência. Surge muitas vezes associada à presença de fatores de risco como obesidade, principalmente abdominal, hipertensão arterial e dislipidemia. Clinicamente esta forma de diabetes é silenciosa, sendo muitas vezes diagnosticada acidentalmente em exames de rotina ou no decurso de uma hospitalização por causas distintas. Segundo a mesma norma o diagnóstico da diabetes é feito com base nos seguintes valores:

- a) Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l); ou
- b) Sintomas clássicos + glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l); ou
- c) Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou
- d) Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$.

Numa pessoa assintomática o diagnóstico não deve ser realizado com base num único valor anormal de glicemia de jejum ou de HbA1c, devendo ser confirmado numa segunda análise, após uma a duas semanas. Recomenda-se o uso de um só parâmetro para o diagnóstico de diabetes. Contudo, se houver avaliação simultânea de glicemia de jejum e de HbA1c, se ambos forem valores de diagnóstico, este fica confirmado, mas se um for discordante, o parâmetro anormal deve ser repetido numa segunda análise. O diagnóstico da hiperglicemia intermédia ou identificação de categorias de risco aumentado para diabetes, faz-se com base nos seguintes parâmetros:

- a) Anomalia da Glicemia de Jejum (AGJ): glicemia de jejum ≥ 110 e < 126 mg/dl (ou $\geq 6,1$ e $< 7,0$ mmol/l);
- b) Tolerância Diminuída à Glicose (TDG): glicemia às 2 horas na PTGO ≥ 140 e < 200 mg/dl (ou $\geq 7,8$ e $< 11,1$ mmol/l).

Há vários fatores possíveis para explicar o desenvolvimento da diabetes tipo 2 (obesidade, alimentação inadequada, inatividade física, envelhecimento, resistência à insulina, história familiar de diabetes, entre outros) (Mendes,2010).

A maioria, mas nem todas as pessoas com diabetes tipo 2, têm excesso de peso ou obesidade. O excesso de peso em si causa um grau de resistência à insulina. A cetoacidose raramente ocorre espontaneamente na diabetes tipo 2 e quando se verifica geralmente surge associada ao stresse de outra doença, como uma infeção ou o uso de certos medicamentos (por exemplo, corticosteroides e antipsicóticos atípicos). A resistência à insulina pode melhorar com a redução do peso e / ou o tratamento farmacológico da hiperglicemia, mas raramente volta ao normal (ADA, 2021).

O risco de desenvolver diabetes tipo 2 aumenta com a idade, obesidade e falta de atividade física. Ocorre mais frequentemente em mulheres com história de diabetes gestacional prévia e com patologias associadas como hipertensão ou dislipidemia e em certos subgrupos étnicos / raciais (afro-americanos, indianos americanos, hispânicos / latinos e asiáticos americanos). É frequentemente associada a incidência de diabetes tipo 2 a uma forte predisposição genética, no entanto, a genética dos diabéticos tipo 2 é pouco conhecida. Em adultos sem fatores de risco tradicionais, em que seja diagnosticada diabetes em idade igual ou inferior a quarenta e dois anos, deve considerar-se a realização do teste de anticorpos para excluir o diagnóstico de diabetes tipo 1 (ADA,2021).

1.2 - TRATAMENTO NA DIABETES TIPO 2

O aumento da prevalência da diabetes tipo 2 está maioritariamente associada às rápidas mudanças culturais e sociais, ao envelhecimento da população, à crescente urbanização, às alterações alimentares, à redução da atividade física e a estilos de vida sedentários, que se traduzem em padrões comportamentais pouco saudáveis.

O tratamento da diabetes tipo 2 é complexo e inclui medidas farmacológicas que incluem uma vasta gama de fármacos atualmente disponíveis no mercado e medidas não farmacológicas, que incidem na mudança de hábitos de vida, integrando atividades de autocuidado (ADA, 2021).

Contrariamente ao que ocorre na diabetes tipo 1, as pessoas com diabetes tipo 2 não são dependentes de insulina exógena e não são propensas a cetose, mas podem necessitar de insulina para o controlo da hiperglicemia se não o conseguirem através da adoção de hábitos de vida e comportamentos saudáveis, associados a antidiabéticos não insulínicos. O recurso a insulina no controlo da diabetes tipo 2 é cada vez mais uma realidade, apesar da resistência que ainda se verifica, por parte de alguns clínicos em instituir esta forma de tratamento, com evidências de sucesso comprovado em diversos estudos realizados nesta área. Contudo, começa a ultrapassar-se cada vez mais estas resistências e a insulina começa a ser instituída numa fase precoce da doença e não em estádios avançados como se verificava há uns anos atrás, em que se recorria à insulina só em fases muito avançadas da doença. De acordo com o último consenso de algoritmo de tratamento da diabetes tipo 2, a insulinoterapia pode ser iniciada quando o tratamento com metformina associado a mudanças nos estilos de vida não contribuírem para valores de HbA1c abaixo de 7%. Quando o utente inicia a clínica da sua doença com sintomas típicos como poliúria, polidipsia, polifagia e, principalmente, perda de peso incontável, a insulina deve ser o primeiro recurso farmacológico. O tratamento deve ser sempre individualizado e ajustado às necessidades e especificidades de cada utente (Mendes, 2010 e SPD, 2016).

Como já foi referido anteriormente, as pessoas com diabetes podem vir a desenvolver uma série de complicações, sendo possível reduzir os seus danos através de medidas preventivas e de um controlo rigoroso da hiperglicemia, da hipertensão arterial, da dislipidemia, entre outros, bem como de uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis (retina, rim, coração, etc.). Neste sentido fazendo parte do plano terapêutico estabelecido, tendo em vista um adequado controlo e redução da possibilidade de desenvolvimento de complicações associadas à diabetes, a educação terapêutica assume um papel imperioso. O plano terapêutico deve visar a manutenção de valores de glicémia o mais próximo possível da normalidade, contudo este plano deve ser individualizado, considerando as especificidades necessárias e só assim se conseguem

estabelecer valores e objetivos minimamente realistas e possíveis de atingir. Um adequado controlo da diabetes tipo 2 resulta, assim, do balanço entre vários fatores: autovigilância/autocontrolo, medidas farmacológicas e não farmacológicas (SPD, 2016).

O tratamento visa essencialmente um adequado controlo metabólico e consequente redução da morbilidade e mortalidade. Este é complexo e envolve não só a vertente farmacológica, mas também e não menos relevante a vertente não farmacológica que incide na mudança de hábitos de vida integrando atividades de autocuidado (ADA, 2021).

1.3 - INTERVENÇÕES ESTRATÉGICAS NA DIABETES TIPO 2

O Programa Nacional para a Diabetes da DGS tem por missão o desenvolvimento de estratégias que assentam na prevenção da diabetes em três grandes áreas: primária, através da redução dos fatores de risco conhecidos, secundária, através do diagnóstico precoce e do seu tratamento adequado e terciária, através da reabilitação e reinserção social das pessoas com diabetes, investindo sempre na qualidade da prestação dos cuidados. Num país onde a prevalência da diabetes é de cerca de 1 milhão de pessoas, a prevenção primária adquire uma nova relevância. Desde 2009 que o Observatório Nacional de Diabetes, baseado na Sociedade Portuguesa de Diabetologia e apoiado pelo Programa Nacional para a Diabetes, tem vindo a publicar relatórios anuais com os dados mais relevantes da diabetes em Portugal, assumindo-se estes como fundamentais na definição de políticas de combate à doença. Vários estudos confirmam que a expansão epidémica da diabetes só poderá ser combatida com uma intervenção fundamentada na prevenção primária (Boavida, 2016).

As estratégias e intervenções de combate à diabetes deverão passar não só pela melhoria dos cuidados de saúde às pessoas com diabetes, e pela deteção dos casos não diagnosticados, mas também pela promoção de estilos de vida saudável e prevenção da doença junto de pessoas que apresentem um risco acrescido de a vir a desenvolver. Neste sentido, torna-se urgente o desenvolvimento e implementação de programas de intervenção comunitária, destinados à população em geral, que visam a prevenção primária da diabetes e que envolvam os diferentes setores da sociedade, como autarquias, as unidades de saúde, a sociedade civil e empresas, que têm um papel importante no desenvolvimento de políticas que previnam o aparecimento de doenças crónicas. Apesar de ser um processo difícil e complexo, a prevenção da diabetes não é impossível, sendo necessário investir em ações de educação terapêutica no sentido de motivar e capacitar as pessoas para optarem por comportamentos que diminuem a sua exposição ao risco de desenvolvimento de doenças crónicas, como a diabetes. A mudança começa em cada

um de nós, mas compete à sociedade criar condições para que as escolhas saudáveis sejam escolhas fáceis de tomar (Boavida, 2015).

Frequentemente, ocorre uma fase pré-sintomática antes do diagnóstico de diabetes tipo 2. A realização do cálculo do risco de desenvolver diabetes, disponível através de escalas de fácil aplicação é de extrema importância. Existem intervenções eficazes que impedem a progressão da pré-diabetes para a diabetes e conseqüentemente, reduzem o risco de complicações (ADA, 2021).

O Programa Nacional para a Diabetes defende a uniformização das práticas com vista à obtenção de uma efetiva qualidade clínica, rumo à prestação de cuidados de excelência. As estratégias de intervenção devem assentar numa sólida infraestrutura de saúde, que garanta formação dos profissionais de saúde, disponibilidade de tecnologias de informação que facilitem o acesso atempado à informação e resposta organizativa das chefias dos serviços. Apesar de nos últimos anos se assistir a uma preocupação crescente das entidades superiores, na criação de políticas que visem a melhoria dos cuidados prestados e de dispormos de dados baseados em evidência sobre o tratamento e prevenção da diabetes tipo 2, que se traduzem efetivamente em ganhos em saúde, constatamos que esta informação na maioria das vezes é complexa, extensa e pouco acessível a todos os profissionais de saúde. As Normas de Orientação Clínica (NOC), são um conjunto de recomendações, desenvolvidas de maneira sistematizada, que visam apoiar o prestador de cuidados e o doente na tomada de decisões acerca dos cuidados de saúde e em situações específicas. Existe alguma evidência de que os cuidados prestados, baseados em NOC, produzem cuidados efetivos e mudanças no processo e nos resultados dos cuidados prestados e têm potencial para melhorar a qualidade do cuidado aos doentes e melhorar os resultados de saúde destes (Ferrito, Nunes e Carneiro, 2013).

Tendo em vista uma maior cobertura das intervenções básicas associadas ao tratamento da pessoa com diabetes tipo 2, integrar estes cuidados no âmbito dos CSP, torna-se uma prioridade crescente. Assim, as implementações de programas organizados de cuidados de enfermagem podem promover significativamente melhores resultados em pessoas diabéticas, como a diminuição de valores da hemoglobina glicada (HbA1c), dos valores de TA, valores de colesterol e triglicéridos, promoção de comportamentos de autocuidado e adesão a estilos de vida saudáveis, bem como a diminuição dos níveis de ansiedade (Ferrito *et al*, 2013).

1.4 - ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA DIABETES TIPO 2

Segundo a OMS (2003) a adesão pode definir-se como a medida em que o comportamento de uma pessoa, como adoção de estilos de vida saudável e cumprimento do regime medicamentoso, corresponde ao preconizado e recomendado por um profissional de saúde.

A adesão corresponde a uma ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações acordadas sem desvios. Surge frequentemente associada ao apoio da família/pessoas significativas para o utente, conhecimento sobre o regime terapêutico, motivação e relação entre o profissional de saúde e utente, que interioriza o valor do comportamento de saúde (CIPE, 2019).

A adesão ao regime terapêutico corresponde ao grau ou extensão em que os comportamentos dos indivíduos vão ao encontro do que lhes é recomendado pelos profissionais de saúde. Os utentes portadores de patologia crónica são os que menos aderem ao regime terapêutico (Dias, Cunha, Santos et al, 2011).

Identificar e compreender as barreiras implicadas na não adesão aos pilares básicos do controlo e tratamento da diabetes tipo 2 permite reorientar as ações de saúde, definindo prioridades de atuação, para que sejam implementadas estratégias que permitam aumentar o nível da saúde da comunidade.

O autocuidado é fundamental para a gestão adequada da doença e o utente sendo o principal responsável pela sua saúde deve desempenhar diariamente atividades relacionadas com o tratamento. Para desempenhar o autocuidado necessário é fundamental que a pessoa possua as habilidades necessárias (Coelho, Boas, Gomides, Foss-Freitas e Pace, 2015).

É inquestionável a importância da mudança comportamental no tratamento da diabetes tipo 2, contudo, os hábitos são comportamentos socioculturais complexos e desenvolvidos ao longo da vida e como tal, a sua modificação reveste-se sempre de complexidade (Borba, Marques, Ramos et al, 2018).

A adesão ao regime terapêutico, contrariamente ao controle metabólico é vista como um comportamento humano e como tal está sujeito às influências do ambiente social em que vive a pessoa. O estabelecimento de uma relação terapêutica, que permita conhecer a pessoa no seu contexto de vida diária é fundamental para promover a adesão ao regime terapêutico. O enfermeiro constitui o elo de ligação entre o utente portador de doença crónica, a família e os serviços de saúde (Villas-Boas, Foss-Freitas, Pace 2014).

A adesão ao autocuidado e ao regime terapêutico são fenómenos multidimensionais e complexos que, segundo a OMS são determinados pela interação de cinco conjuntos de fatores:

socioeconómicos, relacionados com o sistema de saúde, relacionados com a doença, relacionados com o tratamento e relacionados com o utente (WHO, 2003).

Relativamente aos fatores sociais e económicos, embora o nível socioeconómico não tenha sido consistentemente considerado um fator preditor relativamente à adesão ao regime terapêutico, este é um dos fatores relatados como tendo um efeito significativo na mesma. A pobreza, o analfabetismo, o baixo nível de educação, o desemprego, a falta de redes efetivas de apoio social e condições de vida instáveis conduzem habitualmente a uma baixa adesão ao regime terapêutico. Alguns estudos relataram que os fatores organizacionais estão mais relacionados com adesão ao regime terapêutico do que os sociodemográficos, mas isso pode diferir de um cenário para o outro. A idade é um fator relatado como afetando a adesão ao regime terapêutico, mas de forma inconsistente. Deve ser avaliada separadamente para cada condição e, se possível, pelas características do utente e por faixa etária do desenvolvimento (WHO, 2003).

Não existem muitos estudos sobre a influência dos fatores relacionados com o sistema de saúde e da equipa de saúde na adesão ao regime terapêutico contudo, enquanto uma boa relação utente-profissional de saúde pode melhorar a adesão ao regime terapêutico, existem muitos fatores que têm um efeito prejudicial nesta, entre eles serviços de saúde pouco desenvolvidos e com falhas organizacionais, falta de conhecimento e experiência dos profissionais na gestão de doenças crónicas, prestadores de serviços com excesso de trabalho, falta de incentivos e feedback sobre o desempenho, consultas curtas, incapacidade do sistema para educar os utentes e fornecer acompanhamento adequado, incapacidade de estabelecer apoio comunitário e capacidade de autogestão e falta de conhecimento sobre adesão e intervenções eficazes para melhorá-la (WHO, 2003).

A manutenção de um bom controlo glicémico, conseguido através da adesão ao regime terapêutico ainda representa um desafio para os profissionais de saúde. Considerando que a adesão é um fenómeno complexo e multifatorial, compreender os fatores que limitam a atuação dos profissionais de saúde frente a este processo é fundamental. A experiência da doença para a pessoa que a possui envolve aspectos culturais, familiares, emocionais e sociais. Se estes forem esquecidos pelos profissionais de saúde podem limitar a adesão ao regime terapêutico (Prado e Soares, 2015).

Os fatores relacionados com a doença focam-se essencialmente na gravidade dos sintomas, nível de incapacidade (física, psicológica e social), taxa de progressão e gravidade da doença e disponibilidade de tratamentos eficazes. O seu impacto depende de como eles influenciam a perceção de risco dos utentes, a importância de seguir o tratamento e a prioridade dada à adesão ao regime terapêutico (WHO, 2003).

Existem muitos fatores relacionados com o tratamento que afetam a adesão ao regime terapêutico, embora os mais notáveis são aqueles relacionados com a complexidade e duração do tratamento, falhas no tratamento anterior, mudanças frequentes no tratamento, imediatismo de efeitos benéficos e efeitos colaterais, efeitos do tratamento e a disponibilidade de apoio clínico para ajudar a lidar com eles, caso se verifiquem (WHO, 2003).

Os fatores relacionados com o utente representam os recursos, os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as perceções e expectativas deste face à doença. O conhecimento e as crenças do utente sobre sua doença, a motivação para geri-la, a confiança (autoeficácia) e a capacidade para se envolver e desempenhar comportamentos de gestão são fatores identificados como potenciais intervenientes na adesão ao regime terapêutico (WHO, 2003).

Uma baixa motivação, um conhecimento e capacidade inadequados no controlo dos sintomas e gestão da doença, bem como a falta de autoperceção da necessidade de tratamento são fatores limitadores e que conduzem a uma baixa adesão terapêutica. As preocupações com a medicação geralmente surgem baseadas em crenças sobre os efeitos colaterais e perturbações do estilo de vida, bem como efeitos a longo prazo e dependência (WHO, 2003).

A motivação de um utente para aderir ao regime terapêutico prescrito é influenciada pelo valor que este atribui ao segui-lo (relação custo-benefício) e o grau de confiança em poder segui-lo. Intervir sobre a motivação intrínseca de um utente, aumentando a importância percebida da adesão e fortalecendo a confiança através da construção de capacidades de autogestão, são metas de tratamento comportamental que devem ser abordadas, simultaneamente com as biomédicas para que a adesão geral seja aprimorada (WHO, 2003)

Se conhecerem e compreenderem a doença e o tratamento, os utentes poderão entender melhor a importância das recomendações e aderir às atividades, programadas pela equipa de saúde. Com o tempo, a adesão ao regime terapêutico pode ser negligenciada devido à falta de motivação e perceção de resultados efetivos, falta de tempo, ausência de apoio familiar, comorbilidades, questões culturais, entre outros (Arrelias, Faria, Teixeira, Santos e Zanetti, 2015).

Neste sentido, os profissionais de saúde devem redobrar a atenção aos utentes recém-diagnosticados de modo a esclarecê-los sobre a cronicidade da doença e a importância de seguir o tratamento regularmente. Possíveis crenças e perceções também devem ser consideradas (Arrelias et al 2015).

A autopercepção da saúde, a compreensão das informações fornecidas, o profissional responsável por essas orientações e as crenças associadas ao tratamento são fatores influentes na adesão terapêutica (Borba et al, 2018).

Nas doenças crônicas como a diabetes tipo 2, a força do hábito deve ser um alvo de intervenção para a gestão da doença, podendo mesmo ser considerado um fator preditor consistentemente significativo. Fazer esta avaliação em contexto da prática pode efetivamente detetar a não adesão ao regime terapêutico. Pode verificar-se adesão porque o utente pretende aderir, devido às suas crenças na necessidade de tratamento e alguns poderão aderir porque se encaixam automaticamente, sem pensar (Phillips, Cohen, Burns e Renninger, 2016).

Segundo Tanqueiro (2013), os fatores que interferem na aquisição de competências de autocuidado e sua gestão podem relacionar-se com o contexto pessoal, sobressaindo como fatores impeditivos a idade, o género, a diminuição da capacidade funcional e da acuidade visual; com a duração, conhecimento e compreensão da doença; com a situação social, evidenciando-se como fatores limitadores o *status* socioeconómico e o nível de autocuidado e com o suporte ao autocuidado, salientando-se programas e parcerias de supervisão na promoção e continuidade do autocuidado.

Fatores como o esquecimento, a idade, ser portador de uma ou mais comorbilidades, o número de medicamentos prescritos e a frequência de administração são identificados como preditores da não adesão ao tratamento farmacológico em utentes com diabetes tipo 2 (Jarab, Almrayat, Alqudah et al, 2014).

A literatura aponta vários fatores: o conhecimento e compreensão do que representa a doença, tratamento, relação com os profissionais de saúde envolvidos, a disponibilidade e acesso aos serviços de saúde e terapêutica, tempo de duração da doença e ausência de sintomas, comportamento da família, amigos e restante rede de suporte relativamente à doença. A forma como a família compreende a doença e o tratamento, vai repercutir-se na adesão do paciente (Silva e Alves, 2018).

Com o intuito de combater as dificuldades de adesão terapêutica é necessário desenvolver e implementar intervenções individualizadas, orientadas para o utente e entender que o processo de adesão terapêutica não é padronizado, nem estático e por melhor que seja o tratamento, este será inútil se não for cumprido (McNicholas, 2012).

Simplificar um regime terapêutico com vista a aumentar a sua adesão, implica um esforço não só do utente, mas também dos profissionais de saúde que o assistem, para fornecer medidas de suporte adequadas à realidade de cada utente. A não adesão ao regime terapêutico leva a um aumento do número de hospitalizações e conseqüente aumento da mortalidade (Remondi, Cabrera e Souza, 2014).

A ausência de motivação e a não adesão ao tratamento constituem provavelmente as mais importantes causas de insucesso terapêutico, aumentando significativamente a morbidade e mortalidade em utentes portadores de doença crónica como é o caso da diabetes tipo 2 (Apóstolo, Viveiros, Nunes e Domingues, 2007).

São os utentes com maior incerteza que se sentem menos motivados a cumprir o tratamento. A incerteza pode, em situações de doença crónica funcionar como uma ameaça na adaptação à doença, interferindo negativamente na motivação para aderir ao tratamento (Apóstolo et al, 2007).

Um elevado grau de motivação deve pressupor que assuntos relacionados com a saúde e a doença são importantes para os utentes, bem como a crença de que as alterações do estilo de vida a implementar, com base nas recomendações para a saúde serão benéficas para o próprio prevenindo assim, o aparecimento de complicações tardias (Apóstolo et al, 2007).

Algumas variáveis sociodemográficas poderão interferir no processo de *coping* adotado e nos comportamentos de adesão. As estratégias de *coping* do tipo demonstrativo, focadas no problema, promovem a adesão ao regime terapêutico. Estratégias de *coping* do tipo passivo, focadas na emoção, estarão associadas a maiores níveis de adesão. O tipo de *coping* que a pessoa adota reflete-se nos seus comportamentos e na forma como gere a sua saúde. O enfermeiro, pela sua relação de proximidade, assume o papel de agente facilitador da adaptação da pessoa à sua condição de saúde. Perceber a forma como as estratégias de *coping* interferem no contínuo saúde-doença permite-nos aumentar o conhecimento e a performance nesta área de intervenção, ajudando as pessoas a melhorar as suas competências de *coping* e consequentemente os seus comportamentos de autocuidado (Sousa, Landeiro, Pires, Santos, 2011).

É importante que o utente participe ativamente no seu processo de autocuidado e adira ao tratamento proposto (Apóstolo et al, 2007).

Os utentes podem percecionar a própria doença como uma oportunidade ou como uma ameaça. Se o utente percecionar os riscos de determinadas ações e os benefícios de outras irá adotar estratégias e comportamentos que contribuam para o não agravamento do seu estado de saúde (Apóstolo et al, 2007).

Os fatores relacionados com o utente são apenas um determinante, logo a crença comum de que os utentes são os únicos responsáveis pelo tratamento é enganosa pois, na verdade existem outros fatores que podem afetar o comportamento e a capacidade das pessoas em aderir ao tratamento. Contudo, neste trabalho iremos centrar-nos mais nos fatores relacionados com o utente por considerar que poderão ser aqueles que num futuro próximo poderão ser alvo de intervenção durante a consulta programada de enfermagem que realizo na minha prática clínica.

1.5 - CONTRIBUTO DA TEORIA DE OREM

A Enfermagem durante muitos anos teve uma orientação dirigida para justificar as suas intervenções baseando-se na componente intuitiva. Com o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina e sob influência de fatores científicos, sociais, culturais, políticos e económicos surgiu a necessidade de reflexão acerca do ser e do fazer profissional. Surgem assim diversas teorias de enfermagem, que podem ser entendidas como formas de representação da realidade e definidas como um conjunto de proposições utilizadas para descrever, explicar e prever parte de uma realidade, proporcionando o conhecimento necessário para aperfeiçoar a prática. Uma das teorias considerada como marco teórico de referência para a prática da enfermagem é a Teoria Geral de Enfermagem proposta por Orem. (Raimondo, Fegadoli, Méier, Wall, Labronici, Raimondo-Ferraz, 2012).

As perspetivas de Orem acerca da ciência de Enfermagem, enquanto ciência prática são fundamentais para compreender como as provas empíricas são reunidas e interpretadas. A teoria de ação, com a perspetiva da pessoa como agente deliberado constitui a base da teoria. Orem enfatiza a importância da capacitação para o autocuidado, possibilitando que indivíduos, família e comunidade tomem iniciativas e assumam responsabilidades no desenvolvimento efetivo de seu próprio cuidado em direção à melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar (Raimondo et al, 2012 e Tomey e Alligood, 2004).

A Teoria do Déficit de Auto Cuidado é uma teoria geral composta por três teorias relacionadas, a teoria do autocuidado que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias, a teoria do déficit de auto cuidado que descreve e explica porque razão as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem e a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem. A teoria dos sistemas é uma teoria unificadora e inclui todos os elementos essenciais, a teoria do déficit de autocuidado estabelece a razão para se poder beneficiar dos cuidados de enfermagem e a teoria do autocuidado exprime o objetivo, os métodos e o resultado de cuidar de si próprio. Orem salienta que o uso adequado da teoria do déficit de autocuidado implica o uso das três teorias (Acosta, 2011, Landim, Milomens e Diógenes, 2008, Peña e Salas, 2010, Tomey e Alligood 2004).

Os sistemas de enfermagem podem ser produzidos para pessoas que constituem uma unidade de cuidar dependente, para grupos com necessidades de autocuidado terapêutico e componentes semelhantes ou para famílias. As condições necessárias das pessoas para os cuidados de enfermagem estão associadas às limitações de ação relacionadas com os cuidados de saúde, que

as deixam completa ou parcialmente incapazes de prestar o cuidado regulador, a si próprias ou aos seus dependentes (Acosta, 2011).

O autocuidado tem de ser aprendido e executado deliberadamente e de forma contínua, em conformidade com as necessidades reguladoras. Neste sentido, com o conceito de que a enfermagem assiste o utente no autocuidado ou défice deste, a teoria de Orem pode ser usada como base para a estruturação da prática, tendo em vista a promoção da saúde e ensino das atividades de autocuidado a utentes com doença crónica como é o caso da diabetes tipo 2 (Hernández, Pacheco e Larreynaga, 2017).

Orem destaca cinco métodos de ajuda que o enfermeiro pode utilizar para promover o autocuidado podendo surgir de forma isolada ou interligada: Agir ou fazer para o outro; guiar e orientar o outro; proporcionar apoio físico e psicológico ao outro; proporcionar/manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; ensinar o outro (Landim et al, 2008).

As limitações físicas, psicológicas e habilidade para executar as atividades de autocuidado vão influenciar o tipo de intervenção de enfermagem. Quando o ser humano está incapaz de cuidar de si mesmo e o enfermeiro o assiste, substituindo-o, estamos perante um sistema totalmente compensatório. Quando o enfermeiro e o indivíduo participam na realização de ações terapêuticas de autocuidado conjuntamente, estamos perante um sistema parcialmente compensatório. O sistema de apoio-educação verifica-se quando o enfermeiro promove o autocuidado do indivíduo. É utilizado quando o indivíduo é capaz de satisfazer as suas exigências de autocuidado, mas necessita de assistência na forma de ensino, apoio e orientação (Maia e Silva, 2005, Peña e Salas, 2010, Hernández et al, 2017).

Orem identificou na sua teoria três tipos de requisitos de autocuidado: universais, que têm as suas origens naquilo que é conhecido sobre a integridade estrutural ou funcional humana nos diversos estádios do ciclo vital, ou seja, são comuns a todas as pessoas; de desenvolvimento, que promovem processos de vida e maturação, associados a eventos particulares e de desvio de saúde, quando as pessoas se encontram doentes/incapacitadas (Tomey e Alligood, 2004).

A Teoria de Orem apresenta como conceito básico a prática de atividades executadas pelo próprio indivíduo, em seu benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Nessa teoria, a enfermagem tem a ação assistencial voltada para satisfazer as necessidades afetadas do indivíduo, quando este é incapaz. O autocuidado representa um comportamento voluntário, influenciado por diversos fatores: pessoais, ambientais e socioculturais, sendo assimilado nas interações humanas através da comunicação (Hernández et al, 2017 e Peña e Salas, 2010).

A aquisição e manutenção de hábitos de vida saudáveis são indispensáveis na manutenção da saúde, mas a capacidade para mudar velhos hábitos e adquirir novos conhecimentos é essencial. A educação no autocuidado requer não apenas o treino de práticas de autocuidado, mas também

o desenvolvimento de conhecimentos, competências e atitudes positivas relacionadas com o autocuidado. Nesse sentido, a enfermagem assume um papel central. O processo de enfermagem é um sistema utilizado quer seja para determinar por que razão a pessoa precisa de cuidados, para elaborar o plano de cuidados, para implementar os cuidados e posteriormente fazer a sua avaliação. Um dos recursos profissionais utilizados é a consulta de enfermagem, com o objetivo de identificar as necessidades de cuidados e orientar o utente quanto ao seu déficite de autocuidado relativamente às suas necessidades (Hernández et al, 2017 e Peña e Salas, 2010).

Orem descreve o autocuidado como uma função reguladora, um conjunto de atividades desenvolvidas para benefício próprio e que visam preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e funcionamento saudável, tendo em vista o bem-estar (Hernández, 2017 e Landim et al, 2008). Compreender a natureza do ser humano, a sua interação com o ambiente e o impacto que essa interação tem na saúde das pessoas, ajuda a planear a prática clínica e a definir quais as interações que contribuem para melhorar o estado de saúde, preservando o bem-estar (Queirós, Vidinha e Filho, 2014).

As formas de determinar e satisfazer as próprias necessidades de aprendizagem de autocuidado, encontram-se alicerçadas nas crenças, hábitos e práticas que caracterizam culturalmente a vida da pessoa e/ou do grupo a que pertence (Hernández, 2017).

Um ponto importante a considerar nesta teoria é a promoção e manutenção da saúde através de ações educativas. A escolha da Teoria de Orem neste contexto surge porque a diabetes tipo 2 é uma doença crónica em que o processo de se auto cuidar é fundamental para o equilíbrio e gestão da doença.

A solução para muitos dos problemas de saúde da atualidade poderia passar por esta teoria. Esta pode ser encarada como um ponto de partida, que oferece aos enfermeiros ferramentas para prestarem cuidados de qualidade em qualquer situação relacionada com o binómio saúde-doença, tanto para pessoas doentes, como pessoas que precisam de tomar decisões relacionadas com a sua saúde, como pessoas saudáveis que desejam manter a sua saúde ou simplesmente mudar comportamentos de risco (Hernández, 2017).

1.6 - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A capacitação de grupos e comunidades que engloba a utilização de abordagens ativas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde insere-se no universo das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. O

enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem assim, um importante papel e uma responsabilidade acrescida perante a comunidade, no desenvolvimento de estratégias que contribuam para a mudança de atitudes e comportamentos associados aos estilos de vida (OE, 2018).

Os enfermeiros podem desempenhar um papel central na implementação de um modelo de prestação de cuidados na doença crónica. Existe evidência da eficácia de programas de gestão da diabetes liderados por enfermeiros. A diabetes tipo 2, sendo uma doença crónica progressiva, ligada aos estilos de vida, com uma complexa gestão, exige uma abordagem multifatorial por uma equipa interdisciplinar onde o enfermeiro deve assumir um papel ativo e fundamental, uma vez que também se encontra numa posição estratégica para intervir (Ferrito *et al*, 2013, Kolchraider, Rocha, César *et al* 2018, Menino, Dixe, Louro, 2016 e Menino, Dixe, Louro e Roque, 2013).

Alguns estudos apontam para a importância que os enfermeiros desempenham na orientação das pessoas com diabetes através de intervenções de educação e de adesão terapêutica. A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2, de uma forma estruturada e organizada, tem impacto significativo nos cuidados de autogestão e qualidade dos cuidados, porque promove um maior conhecimento da doença e um papel mais ativo da pessoa na autogestão da diabetes. Uma intervenção educativa de rotina por parte dos enfermeiros contribui significativamente para melhorar o controlo metabólico das pessoas com diabetes tipo 2 (Ferrito *et al*, 2013, Kolchraider, Rocha, César *et al* 2018, Menino *et al*, 2013 e Menino *et al*, 2016).

Assumindo-se como doença crónica com impacto em diversos aspetos da vida, é inquestionável a importância da adoção de comportamentos saudáveis para o autocuidado por parte da pessoa com diabetes tipo 2, bem como o seu comprometimento e envolvimento ativo na gestão da doença, participando nas decisões e não serem meros recetores de cuidados (Gandra, Silva, Castro, Esteves e Nobre, 2011 e Menino *et al*, 2013 e Menino *et al*, 2016).

A relação entre o nível de conhecimentos e uma maior capacidade para o autocuidado e gestão da doença é referida em diversos estudos. Sendo uma intervenção fundamental no cuidado à pessoa com diabetes tipo 2, a educação terapêutica tem por finalidade a aquisição de conhecimentos e competências necessárias para o autocuidado e para o autocontrolo (Ferrito *et al*, 2013, Trajano, Martins, Matos *et al*, 2018).

Por outro lado, os conhecimentos prévios acerca da doença e a motivação devem ser tidos em consideração no planeamento de estratégias e programas de educação terapêutica (Gandra *et al*, 2011 e Grilo, Sousa e McIntyre, 2008).

O desconhecimento sobre a doença é visto como um dos principais obstáculos ao sucesso terapêutico (Ponte, Fernandes, Gurgel et al, 2006).

Inerente às atividades a desenvolver pelo enfermeiro especialista em enfermagem comunitária no âmbito dos CSP encontra-se a realização de consulta de enfermagem, em que no caso específico dos utentes com diabetes tipo 2 torna-se relevante descrever alguns aspetos que se consideram importantes no tratamento e educação da pessoa com diabetes (Teston, Arruda, Sales e Marcon, 2017 e Ferrito *et al*, 2013).

Alguns dados iniciais que devem ser obtidos, preferencialmente na primeira consulta são: idade, etnia, escolaridade, situação familiar: com quem vive, situação laboral, características do aparecimento da diabetes (achado laboratorial sem sintomatologia ou por apresentar sintomatologia e qual o tipo de sintomatologia), tempo de diagnóstico, terapêutica atual, hábitos alimentares, hábitos alcoólicos, hábitos tabágicos, atividade física (padrão de atividade), história de complicações associadas à diabetes: microvasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia, sensorial, incluindo história de lesão nos pés, disfunção sexual), macrovasculares (doença coronária, cerebrovascular, arterial periférica), outros como, problemas psicossociais, doenças dentárias, etc. É também importante perceber que conhecimentos tem a pessoa acerca da diabetes, pois este será um aspeto importante que irá determinar a estratégia relativamente ao plano de educação terapêutica a definir para aquele utente (Ferrito *et al*, 2013).

O exame físico representa também uma das atividades com relevância, com avaliação de alguns parâmetros como peso, altura, índice de massa corporal, perímetro abdominal, pressão arterial, observação da pele (locais de administração de insulina, caso se aplique) exame detalhado aos pés (inspeção, palpação dos pulsos dorsal e tibial posterior, presença de reflexos patelar e aquiles e avaliação da sensibilidade com vibração e monofilamento). Para além de todos os aspetos referidos anteriormente importa também ter em conta alguns dados laboratoriais como valores de HbA1c, colesterol e triglicéridos (Ferrito *et al*, 2013).

Dada a associação da diabetes com a hipertensão arterial e dislipidemia, que podem agravar as suas complicações, o controlo destes dois fatores de risco faz parte integrante do controlo da diabetes (Ferrito *et al*, 2013).

A avaliação inicial da pessoa com diabetes deve incluir a avaliação do peso, cálculo IMC e perímetro abdominal, uma vez que o excesso de peso e a obesidade estão associados à insulino resistência e à síndrome metabólica e a obesidade abdominal está correlacionada com riscos metabólicos. A PA deve ser avaliada em todas as consultas programadas, dado que a HTA arterial é a comorbilidade mais comum na diabetes e afeta a maior parte das pessoas com a doença. O controlo intensivo da glicemia tem benefícios, devendo fazer parte integrante das intervenções a realizar, sugerindo-se que a autoavaliação deva ser uma componente efetiva de

tratamento. A frequência e o momento deverão ser de acordo com as necessidades individuais e as metas estabelecidas (Ferrito *et al*, 2013).

O método mais habitual para avaliar o estado de controlo da diabetes é a determinação da HbA1c. É uma análise ao sangue que pode fornecer uma visão global de como está a compensação da diabetes nos últimos três meses, possibilitando o ajuste da terapêutica farmacológica e não farmacológica em função dos valores obtidos. O valor da HbA1c é considerado fator preditivo de complicações de diabetes. A sua avaliação trimestral determina de que modo os valores da glicemia estão controlados ou não, permitindo deste modo avaliar se a pessoa está ou não a atingir as metas estabelecidas. Esta é uma intervenção interdependente, uma vez que necessita de prescrição médica para a execução da análise (exceto nas unidades de saúde onde o enfermeiro dispõe do aparelho próprio para realizar o teste). Mas, uma vez que é um indicador que reflete as médias dos valores de glicemia, consideramos importante que o enfermeiro tenha conhecimento deste resultado porque lhe permitirá fazer uma melhor avaliação da eficácia das suas intervenções (Ferrito *et al*, 2013).

Em relação à avaliação da albuminúria com material específico sem a avaliação em simultâneo da creatinina, é suscetível de falsos negativos, pelo que o método preferencial é o da avaliação da relação entre a albumina e a creatinina, numa colheita ocasional, devendo ser realizada anualmente. No caso de a análise ser realizada em laboratório, está dependente da prescrição médica, mas o enfermeiro desperto para a importância da sua realização, pode intervir no sentido de alertar o médico para a prescrição caso este se esqueça (Ferrito *et al*, 2013).

A observação anual dos pés deve ser feita a todas as pessoas com diabetes. Esta observação, para além de visual, deve incluir o monofilamento, diapasão e palpação. As amputações e ulcerações dos pés são a maior causa de morbilidade e incapacidade nas pessoas com diabetes, pelo que a deteção e gestão precoces são importantes para a prevenção e atraso de complicações (Ferrito *et al*, 2013).

É importante que o enfermeiro, mais do que um profissional prescritivo, privilegie uma relação construtiva, de empatia onde a pessoa com diabetes possa referir as suas dúvidas e principais dificuldades. A consulta de enfermagem poderá ser um momento privilegiado, para que o enfermeiro e a pessoa com diabetes, em parceria, possam traçar um plano de cuidados individualizado e adaptado, facilitando o seu processo de adesão ao regime terapêutico, repercutindo-se em ganhos em saúde. Estas consultas são também momentos ideais para identificação de áreas de dificuldade nos comportamentos de adesão ao regime terapêutico, essenciais para que possam ser ultrapassadas (Sousa, Peixoto e Martins, 2008).

As estratégias para melhorar a adesão podem ser de âmbito educacional através de programas educacionais individuais ou em grupo. As intervenções comportamentais visam incorporar na

prática diária mecanismos de adaptação que facilitem o cumprimento do regime terapêutico acordado (Dias, Cunha, Santos *et al*, 2011).

Alguns aspetos do comportamento adotado pelo enfermeiro ao promover sessões de educação terapêutica como facultar informação escrita, envolver pessoas significativas no processo de cuidados, bem como demonstrar disponibilidade, influenciam positivamente os autocuidados com a alimentação, cuidados aos pés e prática de actividade física (Sousa, Peixoto e Martins, 2008).

O conceito de educação para a autogestão da diabetes engloba todas as intervenções de ensino à pessoa com diabetes. Esta deve incorporar as intervenções de comportamento cognitivo, como a resolução de problemas, definição de objetivos, autocontrolo dos parâmetros de saúde e intervenções de carácter didático. A educação terapêutica é uma intervenção fundamental no cuidado à pessoa com diabetes. Tem por finalidade a aquisição de conhecimentos e competências necessárias para o autocuidado e para o autocontrolo. O conteúdo dos programas estabelecidos deve ser individualizado, considerando aspetos como a estabilidade metabólica, o estilo de aprendizagem, recursos e a motivação da pessoa (Ferrito *et al*, 2013).

Existe evidência de que o exercício físico melhora os resultados de saúde das pessoas com diabetes (diminuição de valores HbA1c, perda de peso, aumento do bem-estar), devendo estas ser aconselhadas a fazer exercício físico. A educação sobre a alimentação equilibrada é também uma componente importante para a autogestão da diabetes. O aconselhamento nutricional, juntamente com outros aspetos dos cuidados da diabetes, contribui para a melhoria dos resultados clínicos e metabólicos (Ferrito *et al*, 2013).

Em relação às intervenções referentes à gestão do regime terapêutico, estas também estão incluídas na educação para a autogestão da diabetes e devem estar incluídas nos planos de ensino. As pessoas com diabetes tipo 2 que já façam insulino terapia, ou que estejam a iniciar a sua administração, devem receber formação inicial e contínua acerca do uso de insulina. Qualquer pessoa com diabetes, independentemente do tipo de terapêutica, deve ser alvo de um plano de educação para a gestão da doença. Este plano deve ser individualizado de acordo com o nível de compreensão, habilidades, recursos e motivação da pessoa, considerando entre muitos fatores, os valores metabólicos e o tipo de terapêutica instituída (Ferrito *et al*, 2013).

Apesar das inúmeras vantagens comprovadas relativamente à adoção de estilos de vida saudáveis na prevenção e controle da diabetes tipo 2, a mudança comportamental é percecionada pelos profissionais de saúde como um processo difícil e complexo. Há evidência de que, mesmo pequenas mudanças, no que respeita aos estilos de vida, podem ter efeitos positivos desde que mantidas a longo prazo (Gandra *et al*, 2011, Favaro, Sasaki, Vendramini, 2016, Ponte, Fernandes, Gurgel *et al*, 2006 e Serrabulho, Mota, Raposo *et al*, 2014).

A adoção de estilos de vida saudável, bem como a sensibilização sobre a importância de medidas não farmacológicas de tratamento da diabetes tipo 2 e o treino da motivação e de competências para a mudança comportamental, devem fazer parte dos programas de educação terapêutica. Estas atividades de educação terapêutica, são essenciais na gestão de doenças crónicas como é o caso da diabetes tipo 2, mas qualquer processo de mudança de comportamentos é complexo e como tal é fundamental definir e adotar estratégias, que visem ultrapassar estas dificuldades como a implementação de programas estruturados de educação terapêutica em grupo, com envolvimento de pares (Gandra et al, 2011, Favaro, Sasaki, Vendramini, 2016, Ponte, Fernandes, Gurgel et al, 2006 e Serrabulho, Mota, Raposo et al, 2014).

Atualmente reconhece-se cada vez mais as vantagens que oferecem as situações de grupo, que permitem troca de experiências entre os participantes, estimulando a aprendizagem e fomentando o *empowerment*. Este implica uma tomada de consciência e autocompreensão. Nestas situações de sessões de grupo o profissional de saúde deve assumir o papel de facilitador, ajudando os participantes a encontrar a sua motivação interna e servindo de apoio para estes fazerem as suas mudanças, estimulando a sua participação nas sessões. Assim, torna-se fundamental investir tanto na capacitação dos profissionais de saúde para dinamizarem estas ações de educação para a saúde, como na capacitação das pessoas com diabetes para fazerem face à problemática da diabetes tipo 2, controlando e gerindo a sua doença de forma eficaz (Gandra et al, 2011, Favaro et al, 2016, Ponte et al, 2006 e Serrabulho et al, 2014).

É fundamental desmistificar a conceção reduzida do papel do utente no seu processo de adesão ao tratamento, deixando de parte o papel de considerar-se submisso à equipa de saúde e assumindo-se como um elemento ativo nesse processo (Reiners, Azevedo, Vieira e Arruda, 2008).

No caso da diabetes tipo 2 o comportamento do individuo em relação à doença assume um papel central e deve representar o foco das intervenções. A consulta de enfermagem constitui uma oportunidade para o enfermeiro atuar de forma efetiva no empoderamento destes indivíduos com o objetivo de que assumam um papel ativo na gestão da doença, reduzindo a dependência do apoio profissional e fomentando o autocuidado, de uma forma apoiada. Este modelo de intervenção baseado no autocuidado apoiado engloba a gestão adequada da doença, mudanças comportamentais associadas aos estilos de vida e valorização de aspetos emocionais. Ajudar na identificação dos problemas e definição de estratégias para contorná-los pelo próprio individuo é um dos objetivos do autocuidado apoiado. Os objetivos devem ser centrados no utente e comunicados a toda a equipa de saúde envolvida (ADA, 2019 e Teston, Arruda, Sales e Marcon, 2017).

2. METODOLOGIA

Para se conseguir produzir conhecimento é necessário seguir determinados procedimentos que permitem alcançar o fim que se procura. A metodologia corresponde às fases e aos procedimentos que se seguem numa determinada investigação (Vilelas, 2017).

Seguidamente serão abordadas todas as fases e procedimentos que conduziram esta investigação.

2.1 PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS

Atualmente considerada pela Organização Mundial de Saúde como a pandemia do século XXI, com previsões de poder atingir nos próximos 20 anos mais de 20% da população mundial, a diabetes, abrangida por um programa de saúde prioritário e com medidas de controlo previstas no plano nacional da diabetes, representa uma área de intervenção prioritária (DGS, 2017).

Uma intervenção educativa de rotina por parte dos enfermeiros, promovendo o autocuidado e gestão da doença, contribui significativamente para melhorar o controlo metabólico das pessoas com diabetes tipo 2 (Menino, Dixe, Louro, 2016).

Apesar das inúmeras vantagens relativamente à adoção de estilos de vida saudáveis na prevenção e controlo da diabetes tipo 2, a mudança comportamental é percecionada pelos profissionais de saúde como um processo difícil e complexo (Serrabulho, Mota, Raposo *et al*, 2014).

A adesão ao autocuidado é um fenómeno multidimensional e complexo e segundo a OMS são cinco os principais fatores que podem interferir com a adesão: o utente, o tratamento, a doença, aspetos socioeconómicos e o sistema de saúde.

Com o intuito de combater as dificuldades de adesão terapêutica é necessário desenvolver e implementar intervenções individualizadas, orientadas para o utente e entender que o processo de adesão terapêutica não é padronizado nem estático e por melhor que seja o tratamento, este será inútil se não for cumprido (McNicholas, 2012).

Tendo em conta que atualmente a diabetes representa um grave problema de saúde pública e sendo possível reduzir significativamente as complicações decorrentes desta patologia através do desenvolvimento de intervenções relacionadas com a redução dos fatores de risco, deteção precoce e tratamento adequado, considero que identificar e compreender os fatores associados à adesão ao autocuidado na diabetes tipo 2 pode ser um pilar central na

definição e planeamento de intervenções relacionadas com a gestão da doença através da capacitação dos utentes.

No sentido de dar resposta à problemática em questão, definiram-se os seguintes objetivos:

- Avaliar a adesão ao regime terapêutico na pessoa com diabetes tipo 2 de uma unidade de saúde da região centro.
- Identificar os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico na pessoa com diabetes tipo 2 de uma unidade de saúde da região centro.

2.2 TIPO DE ESTUDO

Desenvolveu-se um estudo de natureza quantitativa, transversal, descritivo e correlacional.

É um estudo quantitativo porque permite quantificar a informação colhida através do formulário elaborado. Quanto ao objetivo geral é um estudo descritivo pois procura conhecer as características de determinada população/fenómeno e a possível associação entre as variáveis da investigação. As investigações descritivas utilizam critérios sistemáticos que permitem estudar a estrutura e o comportamento dos fenómenos em estudo, descrevendo uma realidade (Vilelas, 2017).

Dado que procura determinar a existência de relações entre as variáveis presentes no estudo, apresenta-se como um estudo correlacional. Os estudos correlacionais preocupam-se com a medição precisa das variáveis individuais (Vilelas, 2017).

2.3 HIPÓTESES

Hipótese 1: Quanto maior o nível de conhecimentos acerca da diabetes tipo 2, mais elevada é a adesão ao regime terapêutico em pessoas com diabetes tipo 2.

Hipótese 2: As variáveis sociodemográficas influenciam a adesão ao regime terapêutico, em pessoas com diabetes tipo 2.

2.4 VARIÁVEIS

As variáveis referem-se ao conjunto de elementos interdependentes que podem ser medidos. As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou situações que são estudadas. Assim, qualquer característica ou qualidade que é suscetível de assumir diferentes valores pode ser considerada uma variável. A essência da investigação é compreender a variação dos valores numa variável e a forma como a sua variação pode influenciar outra (Vilelas, 2017).

Sendo fundamental haver relação entre as variáveis e a definição do problema, dos objetivos, das hipóteses em consonância com o marco teórico definiram-se as seguintes variáveis: como variável dependente, a adesão ao regime terapêutico e como variáveis independentes, o nível de conhecimentos, as variáveis sociodemográficas (idade, género, nível de escolaridade, estado civil, nível socioeconómico, profissão), as variáveis clínicas (duração da doença, tipo de medicação, frequência da toma da medicação, dados antropométricos: pressão arterial, peso, altura, IMC, perímetro abdominal e hemoglobina glicada) e motivação para o tratamento.

2.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades. No caso de uma população ser composta por um número relativamente elevado de pessoas torna-se impraticável examinar cada unidade da população. Nesse caso procede-se à extração de uma amostra dessa população, ou seja, um conjunto de unidades que nos represente a conduta da população no seu conjunto. Ao desenvolver um trabalho de investigação procuramos construir uma amostra em que se obtenham conclusões semelhantes às que chegaríamos se estudássemos o total da população (Vilelas, 2017).

Uma amostra por conveniência é um tipo de amostra não probabilística e obtém-se sem um plano pré-concebido, resultando as unidades escolhidas do produto de circunstâncias fortuitas (Vilelas, 2017).

Uma vez que os vários elementos da população não possuem a mesma probabilidade de fazer parte da amostra, não sendo possível calcular o erro que possa estar a ser introduzido nas apreciações efetuadas, não se podem fazer generalizações (Vilelas, 2017).

A população alvo deste estudo incluiu as pessoas com diabetes tipo 2, que frequentaram a consulta de enfermagem de diabetes de uma unidade de saúde da região centro, tendo sido selecionada pelo método não probabilístico por conveniência. Como critérios de inclusão definiram-se ter diabetes tipo 2 há mais de 12 meses, apresentar aptidões cognitivas para poder participar no estudo e aceitar participar no estudo voluntariamente, após devidamente esclarecido acerca dos objetivos do mesmo.

2.6 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para desenvolver este estudo construiu-se um instrumento de recolha de dados composto por cinco partes:

Caraterização sociodemográfica

Perfil Clínico

Avaliação do nível de conhecimentos dos diabéticos através da escala Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QDC), desenvolvido e validado por Sousa e McIntyre (2003) a partir da Diabetes Knowledge Test (DKT);

Avaliação da adesão, da pessoa com diabetes, ao regime terapêutico através da avaliação do nível de autocuidado recorrendo à Escala de Autocuidado sobre a Diabetes, traduzida e adaptada por Bastos e Lopes (2004) a partir da Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) de Glasgow, Toobert e Hampson (2000);

Avaliação da motivação para o tratamento, através da escala da motivação para o tratamento, versão traduzida e validada por Apóstolo et al (2007) a partir do “Treatment Self-Regulation Questionnaire”.

Caraterização Sociodemográfica

Inclui-se idade, género, principal fonte de rendimento, profissão, nível de escolaridade, estado civil, e classe social (notação social da família- grafar adaptado).

Perfil Clínico

Inclui-se a duração da doença, tipo de medicação, número de medicamentos e frequência diária da toma dos mesmos, dados antropométricos (peso, altura, IMC, perímetro abdominal, pressão arterial e valor da hemoglobina glicada).

Conhecimentos sobre a diabetes

O Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD) foi desenvolvido e validado por Sousa e McIntyre (2003) a partir da Diabetes Knowledge Test (DKT).

Determinar as carências educacionais dos utentes é um aspeto muito importante para se poder intervir de forma eficaz. Neste sentido, o Michigan Diabetes Research and Training Center desenvolveu a Escala de Conhecimentos da Diabetes (Diabetes Knowledge Test – DKT) que permite avaliar o conhecimento que o diabético tem sobre as implicações da sua doença a nível alimentar, do estilo de vida e gestão da terapêutica). Identificadas as necessidades educativas nestas temáticas, o DKT permitirá às equipas de saúde definir uma estratégia interventiva mais personalizada, dirigindo a informação a transmitir às reais necessidades da pessoa, capacitando-o para um melhor controlo e gestão da doença. Este instrumento servirá de linha orientadora das ações de educação terapêutica, evitando a transmissão de informação obsoleta (Azevedo, 2016).

A versão final do Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD), desenvolvida e validada por Sousa e McIntyre (2003) e que visa avaliar os conhecimentos que pessoas diagnosticadas

com diabetes possuem sobre a doença e tratamento, tendo como referencial o modelo de autorregulação de Leventhal, consiste em 20 questões, agrupadas em três dimensões (tratamento, controlo e complicações, causas e duração; tratamento, controlo e complicações com 10 questões, duração com 5 questões e causas com outras 5 questões). A versão original do QCD tinha 35 itens. À semelhança de outros questionários de conhecimentos sobre a doença pressupõe-se a possibilidade de três tipos de resposta: verdadeiro (V), falso (F) ou não sei (NS), correspondentes a 3 subescalas de conhecimentos (respostas corretas, respostas falsas e incertezas). Em todas as subescalas, a pontuação varia entre 0 e 1, sendo que 1 significa que a resposta é dada no sentido da dimensão a avaliar. O total das respostas corretas (soma das respostas V e F corretas) constitui uma medida dos conhecimentos sobre a doença e tratamento, enquanto as respostas incorretas e não sei, permitem identificar áreas de desconhecimento sobre a doença e tratamento (Sousa, McIntyre, Martins e Silva, 2015).

Adesão ao regime terapêutico

A Escala de Autocuidado sobre a Diabetes foi traduzida e adaptada por Bastos, Severo e Lopes (2007) a partir da Escala Summary of Diabetes Self-Care Activities – SDSCA, de Glasgow, Toobert e Hampson (2000).

A adesão a comportamentos de procura de saúde é um indicador importante da eficácia e efetividade dos sistemas de saúde. No sentido de estabelecer um adequado planeamento dos cuidados, com estratégias claras e assertivas, que visem a concretização máxima destes indicadores e traduzam ganhos efetivos em saúde, torna-se imperioso que os profissionais de saúde conheçam o ponto da situação, tanto a nível da saúde individual como de grupos populacionais. Neste sentido, para medir a efetividade das intervenções é necessário a aplicação de instrumentos de avaliação válidos e fiáveis. Esta não é uma tarefa fácil e no caso da diabetes, devido à complexidade que envolve a mudança de comportamentos, torna-se ainda mais complicada. A Escala de Autocuidado sobre a Diabetes Traduzida e Adaptada surge na tentativa de compreender os níveis de adesão global e principais componentes do regime terapêutico. A escala Summary of Diabetes Self-Care Activities – SDSCA, de Glasgow, Toobert e Hampson (2000), amplamente utilizada em estudos na população nos Estados Unidos, é apontada como o instrumento mais utilizado para medir o autocuidado com a diabetes em adultos. Este questionário foi traduzido para português por Bastos, Severo e Lopes (2007), através de um estudo realizado num centro de saúde do Porto, sendo a população alvo constituída por diabéticos tipo 2. Para adaptar a escala culturalmente, foi imprescindível acrescentar e subdividir alguns itens, havendo uma reorganização. Assim a versão final desta escala, está estruturada em 7 dimensões: alimentação geral (com três itens), alimentação Específica (5

itens), atividade física (1 item), monitorização da glicémia capilar (1 item), cuidados com os pés (3 itens), medicamentos (1 item) e hábitos tabágicos (3 itens). A avaliação é parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7, que corresponde aos comportamentos que a pessoa adotou na semana anterior ao questionário, sendo o zero a situação menos desejável pois significa que a pessoa inquirida nos últimos 7 dias não apresentou o comportamento desejável relativamente à questão abordada e 7 a mais favorável, pois significa que a pessoa inquirida apresentou, todos os dias da semana anterior ao questionário, o comportamento desejável. Para o cálculo da média da adesão às atividades de autocuidado, estas foram recodificadas invertendo a pontuação: 0=7; 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1; 7=0. A escala de autocuidado com a diabetes na sua versão traduzida e adaptada, demonstrou ser fácil e rápida de aplicar, tendo apresentado consistência interna aceitável. A sua aplicação permite identificar áreas de necessidades em cuidados de saúde e o planeamento de intervenções para a sua resolução, bem como avaliá-las, medindo a mudança no comportamento que se pretende modificar. O conhecimento destes resultados representa uma mais valia, tanto na abordagem clínica como educacional (Bastos, Severo e Lopes, 2007).

Motivação para o tratamento

A Escala de Motivação para o Tratamento - EMT foi criada por Apóstolo, Viveiros, Nunes e Domingues (2007), resultando de uma adaptação do “Treatment Self-Regulation Questionnaire” – TSRQ. Por forma a caracterizar a incerteza na doença e a motivação para o tratamento e avaliar a relação existente entre as variáveis em diabéticos tipo 2, Apóstolo et al desenvolveram um estudo com 62 diabéticos.

Esta escala foi criada para explicar a Teoria da Autodeterminação (baseada na motivação humana). É uma escala de likert constituída por um total de 19 itens, sendo que 13 avaliam a motivação intrínseca (itens 2, 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18 e 19) para o tratamento e 6 avaliam a motivação extrínseca (itens 1, 5, 8, 9, 14 e 15) para o tratamento. Este instrumento visa medir as motivações autónomas e controladas no que respeita à adoção de estilos de vida saudáveis relacionados com o tratamento da diabetes, controlo da glicémia capilar e prática de exercício físico. As possibilidades de resposta oscilam entre concordo fortemente e discordo fortemente e as respostas são organizadas de 1 a 7 pontos. No que respeita à análise dos dados obtidos, o score de cada dimensão é obtido através da soma das respostas aos itens que compõem cada uma das dimensões (intrínseca e extrínseca) e pelo total. Esta apresenta boa consistência interna, com valores de $\alpha=0,78$; $0,88$ e $0,86$ respetivamente para a motivação total, motivação extrínseca e intrínseca (Apóstolo, Viveiros, Nunes e Domingues, 2007).

2.7 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados realizou-se entre 10 de março e 16 de outubro de 2020. Este período temporal foi bastante mais extenso relativamente ao definido inicialmente, uma vez que foram vários os constrangimentos sentidos na aplicação do instrumento de recolha de dados face à situação pandémica que se vive a nível nacional e com repercussões diretas nas unidades de saúde, nomeadamente no que respeita ao número de consultas presenciais de diabetes. Neste sentido houve necessidade de prolongar o período em que se realizou a recolha de dados, para poder obter um número de participantes minimamente aceitável.

O tempo despendido para aplicação do instrumento de recolha de dados foi, em média, de 30 minutos.

De forma a esclarecer as dúvidas no preenchimento do instrumento de recolha de dados e evitar lapsos no preenchimento do mesmo, que o pudessem inviabilizar, optou-se pela aplicação do formulário pelo investigador, com a colaboração de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, a quem foi transmitida a informação de como proceder à aplicação do formulário, de modo a que houvesse uniformização das condições de preenchimento.

2.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada por meio do programa IBM *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 24. Incluiu uma análise descritiva das variáveis, conforme adequado e uma análise inferencial de acordo com as características das variáveis e os objetivos do trabalho. Após a realização do teste de aderência à normalidade, Kolmogorov-Smirnov verificou-se que a variável dependente não segue uma distribuição normal ($p < 0,005$), pelo que se opta pelo recurso aos testes não paramétricos. Assim, para a análise de correlação entre as diferentes dimensões da adesão ao regime terapêutico na diabetes tipo 2 e as variáveis: idade do utente, tempo de diabetes, conhecimentos sobre a diabetes e motivação para o tratamento, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*. A interpretação qualitativa das correlações teve por base a proposta apresentada por Schober et al (2018) - tabela 1.

Tabela 1 - Interpretação do coeficiente de correlação

Coeficiente de correlação	Interpretação
0,00 – 0,10	Correlação negligenciável
0,10 – 0,39	Correlação fraca
0,40 – 0,69	Correlação moderada
0,70 – 0,89	Correlação forte
0,90 – 1,00	Correlação muito forte

Adaptado de Schober et al (2018).

O teste *U* de *Mann-Whitney* para amostras independentes, um teste não paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável pelo menos ordinal medida em duas amostras independentes, foi utilizado para analisar a adesão ao regime terapêutico na diabetes tipo 2 em função do género do cuidador (Maroco, 2010).

Recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis* para amostras independentes para comparar a pontuação nas dimensões da adesão ao regime terapêutico na diabetes tipo 2 tendo em conta as variáveis: nível de escolaridade, estado civil e classe social. Este teste é usado para comparar duas ou mais amostras independentes de tamanhos iguais ou diferentes, constituindo uma alternativa não paramétrica à análise de variância (Maroco, 2010). Nas situações em que foram identificadas diferenças com significado estatístico recorreu-se aos testes de comparações múltiplas para identificar o grupo onde existem essas diferenças.

Utilizou-se um nível de significância (*p*) de 0,05 em todos os testes estatísticos realizados.

2.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Esta investigação teve por base os princípios éticos para pesquisa médica que envolvem seres humanos, minuciosamente descritos na Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. Todos os participantes assinaram consentimento informado, livre e esclarecido antes de integrarem a investigação. O protocolo de investigação foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde onde foram recolhidos os dados, tendo obtido parecer favorável.

Foi efetuado o pedido de autorização das escalas utilizadas no estudo, aos respetivos autores, tendo sido obtido parecer favorável para utilização das mesmas.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.1 ANÁLISE DESCRITIVA

A análise descritiva consiste num conjunto de técnicas que permitem a organização e exposição dos dados através da criação de instrumentos adequados como tabelas, gráficos e indicadores numéricos (Vilelas, 2017).

Caraterização Sociodemográfica

Os inquiridos apresentavam idades compreendidas entre os 45 e os 90 anos de idade (em média $69,0 \pm 10,1$), com um ligeiro predomínio do género masculino (51,8% dos utentes). A principal fonte de rendimento referida pelos utentes foi a reforma ou pensão (68,7%), secundada pelo trabalho (27,7%). Predominam os utentes com o primeiro ciclo de ensino (48,2%), seguidos do 3º (14,5%) e 2º ciclo (13,3%). A maior parte dos utentes são casados (77,1%) e 9,6% são viúvos. Uma caracterização mais detalhada é apresentada na tabela 2.

No que respeita à classificação do nível socioeconómico dos utentes, através da aplicação da escala de *Graffar*, verificou-se um predomínio das classes média e média baixa, com 49 (59,0%) e 25 (30,1%) utentes, respetivamente (Gráfico 1). Não se encontraram utentes da classe alta, 8 utentes (9,6%) pertencem à designada classe média alta e 1 (1,2%) à classe baixa. A pontuação desta escala variou ente 10 e 22 pontos (média $6,6 \pm 2,5$).

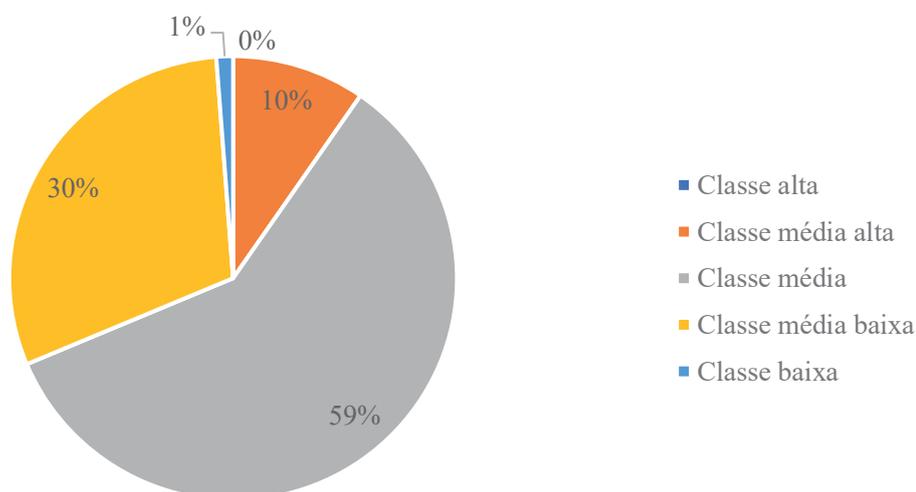


Gráfico 1- Distribuição da amostra segundo o nível socioeconómico

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo a idade, género, principal fonte de rendimento, nível de escolaridade e estado civil

Variável	<i>n</i>	%
Idade (faixa etária)		
< 50 anos	4	4,8%
50 - 59 anos	9	10,8%
60 - 69 anos	30	36,1%
70 - 79 anos	27	32,5%
80 - 89 anos	12	14,5%
≥ 90 anos	1	1,2%
Género		
Masculino	43	51,8%
Feminino	40	48,2%
Principal Fonte de Rendimento		
Trabalho	23	27,7%
Reforma/Pensão	57	68,7%
Subsídio de desemprego	1	1,2%
Rendimento social de inserção	0	0,0%
Subsídio de acidente de trabalho/doença profissional	0	0,0%
Outro subsídio temporário (ex: doença)	0	0,0%
Outro	2	2,4%
Nível de Escolaridade		
Inferior a 4 anos	8	9,6%
Ensino Básico 1º Ciclo	40	48,2%
Ensino Básico 2º Ciclo	11	13,3%
Ensino Básico 3º Ciclo	12	14,5%
Ensino Secundário	8	9,6%
Ensino Pós-Secundário	0	0,0%
Bacharelato	1	1,2%
Licenciatura	3	3,6%
Mestrado	0	0,0%
Doutoramento	0	0,0%
Estado civil		
Solteiro (a)	7	8,4%
Casado(a)	64	77,1%
Divorciado (a)	4	4,8%
Viúvo (a)	8	9,6%
Outro	0	0,0%

Perfil Clínico

Nesta amostra a duração da doença variou entre 1 e 32 anos, tendo em média o diagnóstico 8,5 ± 6,9 anos.

Analisando o tipo de tratamento constatou-se que:

75 utentes (90,4%) fazem antidiabéticos orais;

8 utentes (9,6%) combinam antidiabéticos orais com insulina.

Em média estes utentes tomam 1,7 ± 0,9 medicamentos para a diabetes. No mínimo todos tomam 1 medicamento e no máximo 5. A maioria (51,8%) toma estes medicamentos 2 vezes ao dia, 34,9% tomam apenas uma vez e 13,3% tomam 3 ou mais vezes ao dia.

Na tabela 3 apresentamos os resultados da avaliação antropométrica. Especificando a análise ao IMC, verificamos que cerca de metade da amostra (49,4%) possui um IMC entre 25 e 30 kg/m², classificado pela OMS como pré-obesidade e que mais de ¼ (27,7%) são classificados com obesos (Gráfico 2)

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo a avaliação antropométrica

	Mín.	Máx.	\bar{x}	DP
Peso (kg)	48	112	75,60	12,21
Altura (m)	1,48	1,88	1,65	0,09
Índice de massa corporal (kg/m ²)	21,10	45,00	27,89	3,77
Perímetro abdominal (cm)	81	131	101,56	10,11

Mín = Mínimo; Máx = Máximo; \bar{x} = Média; DP = Desvio padrão

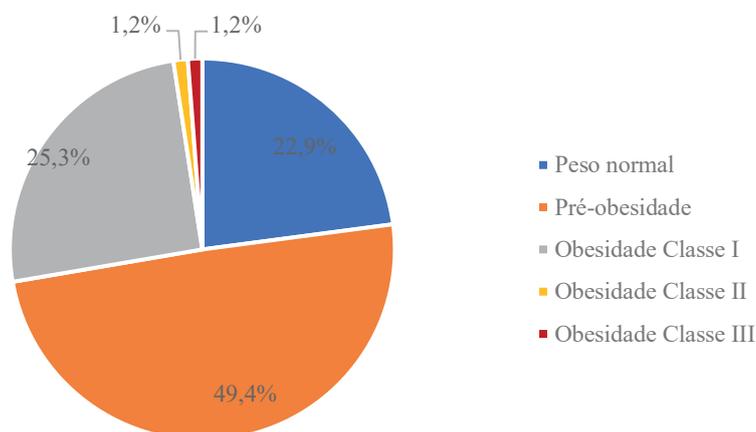


Gráfico 2- Distribuição da amostra segundo o nível de obesidade em função do IMC

Relativamente aos valores de pressão arterial, a tensão sistólica variou entre 103 e 171 mmHg (média 134 ± 13 mmHg) e a diastólica entre 56 e 100 mmHg (média 77 ± 10 mmHg). Acrescentar que 21 utentes (21,3 %) apresentavam pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg, 6 utentes

(7,1 %) apresentavam pressão arterial diastólica superior a 90 mmHg e 5 (6%) valores sistólicos superiores a 140 e diastólicos superiores a 90 mmHg.

No que respeita à hemoglobina glicada, esta variou entre 5,4 e 9,4 % (média $6,9 \pm 0,8\%$). Pela análise do gráfico 3, verificamos que a maior parte dos utentes tem um excelente controlo da diabetes, com valores inferiores a 7 %. Apenas 10% dos utentes apresentavam valores iguais ou superiores a 8, revelando um mau controlo da sua doença.

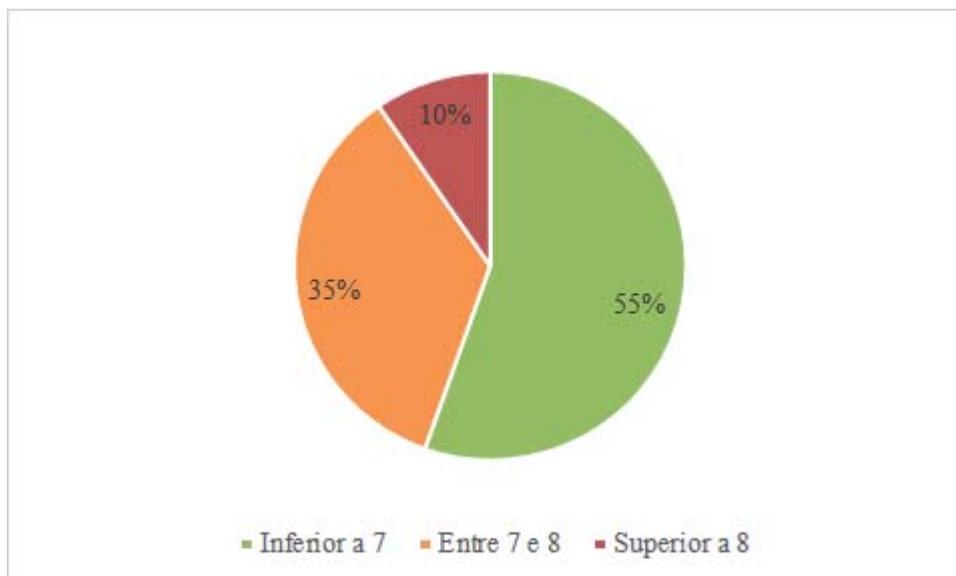


Gráfico 3- Distribuição da amostra segundo o nível de controlo da diabetes com base nos valores de hemoglobina glicada

Conhecimentos sobre a Diabetes

A análise dos conhecimentos sobre a diabetes foi feita através do “Questionário dos conhecimentos da diabetes”. A fiabilidade do questionário para a amostra estudada foi testada pela determinação do coeficiente *alfa* de *Cronbach*, obtendo-se o valor de 0,645 para os 20 itens em análise. Os valores de análise de *alfa* para cada dimensão da escala foram: “tratamento, controlo e complicações da diabetes” 0,416; “duração” 0,737 e “causas” 0,219.

Em relação às respostas dadas, em média, 90,8 % estão corretas. As questões 2 e 7 foram as mais acertadas (100 % de respostas corretas). Em oposição, as questões 8 e 17 foram as menos acertadas (38,6 % e 81,9 % respetivamente). A tabela 4 apresenta a percentagem de respostas corretas para cada uma das questões do questionário.

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo a percentagem de respostas corretas ao questionário de conhecimentos sobre a diabetes

Questão	% de respostas corretas
1. Para a doença não piorar deve fazer a picada no dedo para saber os valores de açúcar no sangue	94,0 %
2. No tratamento da diabetes normalmente deve tomar sempre a medicação receitada pelo médico	100,0 %
3. Para a doença não piorar a quantidade de açúcar no sangue deve estar próximo dos valores normais	96,4 %
4. Para a doença não piorar é importante vigiar a pressão arterial	90,4 %
5. Devido à diabetes outros problemas de saúde podem causar doenças nos olhos	98,8 %
6. Devido à diabetes outros problemas de saúde podem surgir sem o diabético dar por isso	97,6 %
7. No tratamento da diabetes é importante andar a pé (tipo marcha) diariamente e cerca de 20 minutos	100,0 %
8. Para a doença não piorar é importante avaliar a acetona na urina	38,6 %
9. Para a doença não piorar os valores de açúcar no sangue devem estar muito baixos	95,2 %
10. No tratamento da diabetes uma alimentação saudável é tão importante como a medicação receitada pelo médico	97,6 %
11. A diabetes é uma doença que dura pouco tempo	89,2 %
12. A diabetes é uma doença que vai durar para o resto da vida	89,2 %
13. A diabetes é uma doença que é de longa duração	94,0 %
14. A diabetes é uma doença que cura completamente, se o doente tomar a medicação receitada pelo médico	88,0 %
15. A diabetes é uma doença que aparece e desaparece	91,6 %
16. A diabetes pode ser causada por fazer uma alimentação pouco saudável	92,8 %
17. A diabetes pode ser causada por ter pouca atividade física	81,9 %
18. A diabetes é definida por ter açúcar a mais no sangue	98,8 %
19. A diabetes pode ser causada por ter peso a mais	88,0 %
20. A diabetes pode ser causada por ter familiares com diabetes	94,0 %

Analisando cada uma das dimensões dos conhecimentos sobre a diabetes verificamos que em média a percentagem de respostas corretas nas “causas da diabetes” foi $91,1 \pm 14,7\%$, no “tratamento, controlo e complicações da diabetes” foi de $90,8 \pm 9,0 \%$ e na “duração da diabetes” foi de $90,4 \pm 21,5\%$.

Adesão ao Regime Terapêutico

A adesão ao regime terapêutico na diabetes foi avaliada através da “Escala de atividades de autocuidado sobre a diabetes”, adaptada por Bastos e Lopes (2004), constituída por 7 dimensões: alimentação (geral e específica), exercício físico, terapêutica farmacológica, monitorização da glicemia, cuidados aos pés e hábitos tabágicos.

Tendo em conta esta multidimensionalidade, fez-se a análise de fiabilidade da escala pelo cálculo do *alfa* de *Cronbach* de cada uma das dimensões. Não foi avaliada a consistência interna dos “Hábitos tabágicos” por serem codificados de modo a avaliar a quantidade e a frequência do uso de cigarros e não a adesão ao autocuidado, tal como sugerido por Bastos e Lopes (2004). Os resultados de *alfa* variaram entre 0,758 para “Terapêutica farmacológica” e 0,148 para “Cuidados aos pés”. No que respeita às dimensões “Alimentação geral”; “Alimentação específica” e “Exercício físico” os valores de *alfa* foram respetivamente: 0,603; 0,663 e 0,385.

Dimensão Alimentação

Tal como já foi referido, a dimensão alimentação divide-se em alimentação geral e alimentação específica. A alimentação geral composta por questões relativas a adesão à alimentação saudável, adesão à alimentação recomendada por um profissional e adesão à ingestão de peças de fruta e/ou porções de legumes. Com base na análise das respostas (Tabela 5), verificou-se que nos 7 dias anteriores ao questionário, em média, os utentes aderiram a uma alimentação saudável $5,3 \pm 1,8$ dias, aderiram a um plano alimentar recomendado $4,6 \pm 2,45$ dias e aderiram à ingestão de fruta e legumes $5,1 \pm 2,2$ dias.

No que respeita à alimentação específica, foi questionado: ingestão de carnes vermelhas, ingestão de pão às refeições, mistura de dois ou mais alimentos específicos (arroz, batatas, massa, feijão), ingestão de álcool às refeições, ingestão de álcool fora das refeições, ingestão de doces e suplementação de açúcar em bebidas. Em média os valores mais baixos de adesão verificaram-se no consumo de bebidas alcoólicas fora das refeições $0,4 \pm 1,3$ dias/semana e na suplementação de açúcar nas bebidas $0,6 \pm 1,6$ dias/semana. Em oposição a maior adesão observada foi a ingestão de pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar, referida em média $2,8 \pm 2,6$ dias/semana (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a adesão ao autocuidado sobre a Diabetes: Alimentação

Dimensão: Alimentação	Mín.	Máx.	Md	\bar{x}	DP
1. Alimentação geral					
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0	7	6	5,3	1,8
1.2 Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0	7	5	4,6	2,3
1.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0	7	6	5,1	2,1
2. Alimentação específica					
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco ou cabrito)?	0	5	1	1,7	1,5
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	0	7	3	2,8	2,6
2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0	7	1	2,1	2,4
2.4 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais do que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0	7	0	1,1	2,0
2.5 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0	6	0	0,4	1,3
2.6 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolate?	0	7	0	1,3	1,9
2.7 Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	0	7	0	0,6	1,6
Mín = Mínimo; Máx = Máximo; Md = Mediana; \bar{x} = Média; DP = Desvio padrão					

Dimensão Atividade Física

A adesão à atividade física foi avaliada por duas questões, a primeira relacionada com a prática de atividade física contínua durante pelo menos 30 minutos e a segunda com a participação em sessões específicas de exercício físico. Em média, os utentes referiram fazer pelo menos 30 minutos de atividade física em $4,0 \pm 2,6$ dos últimos 7 dias. Por outro lado, em apenas $1,0 \pm 1,9$ dia participaram em sessões de específicas de exercício físico (Tabela 6).

Salientar que, 15 utentes (18,1 %) referiram não ter praticado atividade física no período em análise. Por oposição, 23 utentes (27,7%) praticaram todos os dias. A participação em sessões de específicas de exercício físico foi, como já vimos, mais reduzida com 68,7 % dos utentes a negarem ter participado neste tipo de atividade.

Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo a adesão ao autocuidado sobre a Diabetes: Atividade física

Dimensão: Atividade Física	Mín.	Máx.	Md	\bar{x}	DP
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)	0	7	4	4,0	2,6
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0	7	0	1,0	1,9

Mín = Mínimo; Máx = Máximo; Md = Mediana; \bar{x} = Média; DP = Desvio padrão

Dimensão Monitorização da Glicémia

Com base nos resultados desta escala (Tabela 7), verificamos que em média terá sido recomendado a estes utentes que avaliassem a glicemia $2 \pm 2,2$ dias por semana. Tendo em conta que os utentes referiram ter avaliado a glicemia $2,2 \pm 2,6$ dias nos últimos 7 dias, podemos pensar que existe um cumprimento das recomendações. Contudo não podemos deixar de referir que são valores médios e, se analisarmos a frequência de cada resposta, constatamos que 45,8% dos utentes não avaliaram a sua glicemia na semana em questão.

Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo a adesão ao autocuidado sobre a Diabetes: Monitorização da glicemia

Dimensão: Monitorização da glicemia	Mín.	Máx.	Md	\bar{x}	DP
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	7	1	2,2	2,6
4.2 Quantos DIAS POR SEMANA lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	0	7	2	2,0	2,2

Mín = Mínimo; Máx = Máximo; Md = Mediana; \bar{x} = Média; DP = Desvio padrão

Dimensão Cuidados com os pés

Os cuidados com os pés parecem ser uma preocupação importante dos utentes inquiridos, uma vez que referem cuidar dos seus pés mais de 5 dias por semana (Tabela 8). Contra esta tendência, 2 utentes (2,4%) referiram não ter dedicado atenção ao exame dos mesmos e 7 (8,4%) fizeram-no apenas 1 vez nos últimos 7 dias. Na mesma linha, 8,4 % (7 utentes) referiram ter lavado os pés 3 ou menos vezes por semana.

Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo a adesão ao autocuidado sobre a Diabetes: Cuidados com os pés

Dimensão: Medicamentos	Mín.	Máx.	Md	\bar{x}	DP
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0	7	6	5,1	2,2
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	1	7	7	6,1	1,4
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	1	7	7	6,1	1,4

Mín = Mínimo; Máx = Máximo; Md = Mediana; \bar{x} = Média; DP = Desvio padrão

Dimensão Medicamentos

No que respeita à toma de medicamentos, 78 utentes (94,0 %) referiram ter tomados os medicamentos para a diabetes, todos os dias da última semana, tal como lhe foi recomendado. Relativamente à toma de insulina (recordamos que apenas 8 utentes combinavam antidiabéticos orais com insulina) 7 referem ter tomado este fármaco tal como lhe foi indicado, 7 dias na última semana. Já 95,2 % dos utentes referem ter tomado o número de comprimidos prescritos todos os dias da última semana.

Na tabela 9 apresentamos as medidas de tendência central e dispersão das repostas relativas a esta dimensão. Os resultados relativos à insulino terapia foram retirados, uma vez que o número reduzido de utentes a fazer este tipo de terapêutica poderia levar a interpretações incorretas se analisado desta forma.

Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo a adesão ao autocuidado sobre a Diabetes: Medicamentos

Dimensão: Medicamentos	Mín.	Máx.	Md	\bar{x}	DP
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	5	7	7	6,9	0,4
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	5	7	7	6,9	0,4

Mín = Mínimo; Máx = Máximo; Md = Mediana; \bar{x} = Média; DP = Desvio padrão

Dimensão Hábitos tabágicos

Cerca de 70% dos utentes referem nunca ter fumado. Aproximadamente 25% deixou de fumar e apenas 6 % referiram manter-se fumadores (Gráfico 4). Os fumadores referiram fumar em média $10,8 \pm 7,1$ cigarros/dia. Dentro dos fumadores, o utente que fuma menos indicou fumar 6 cigarros/dia e o utente que fuma mais apontou um consumo de 24 cigarros/dia.

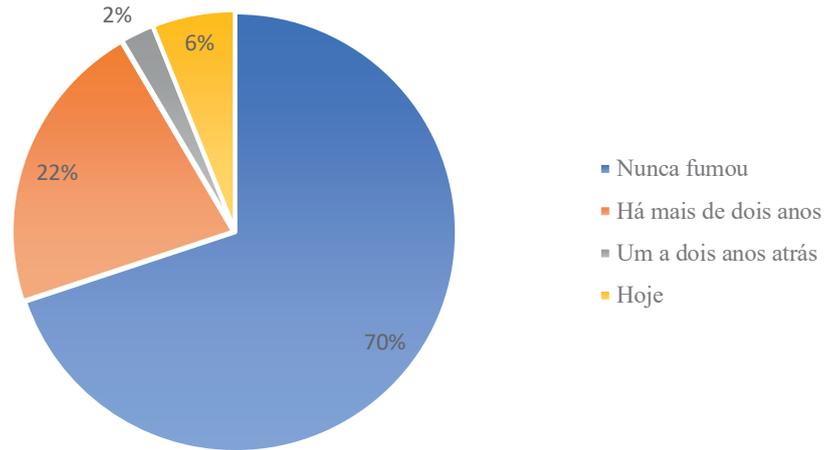


Gráfico 4- Distribuição da amostra segundo a Adesão ao autocuidado sobre a Diabetes: Hábitos tabágicos

Motivação para o Tratamento

A motivação para o tratamento da diabetes foi avaliada pela “Escala de motivação para o tratamento”, uma versão desenvolvida e validada por Apóstolo *et al* (2007) a partir do “Treatment Self-Regulation Questionnaire”. Este instrumento é composto por 19 questões, organizadas numa escala de 1 a 7 pontos, em que as possibilidades de resposta oscilam entre discordo fortemente e concordo fortemente.

Foi avaliada a consistência interna da escala através da determinação do coeficiente *alfa* de Cronbach, obtendo-se o valor de 0,859 para motivação total, 0,858 para motivação intrínseca (13 itens) e 0,819 para motivação extrínseca (6 itens).

Pela análise das respostas ao questionário, apresentada na tabela 10, constata-se que em média os valores motivacionais são elevados, com 11 respostas a obterem pontuação média igual ou superior a 6. O item com maior concordância foi: “Acredito que é importante para me manter saudável”, com pontuação média de 6,5. Em oposição, o item que obteve menor acordo foi: “As outras pessoas ficariam furiosas comigo se eu não fizesse”, com pontuação média de 4,2.

Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo os resultados da Escala de motivação para o tratamento

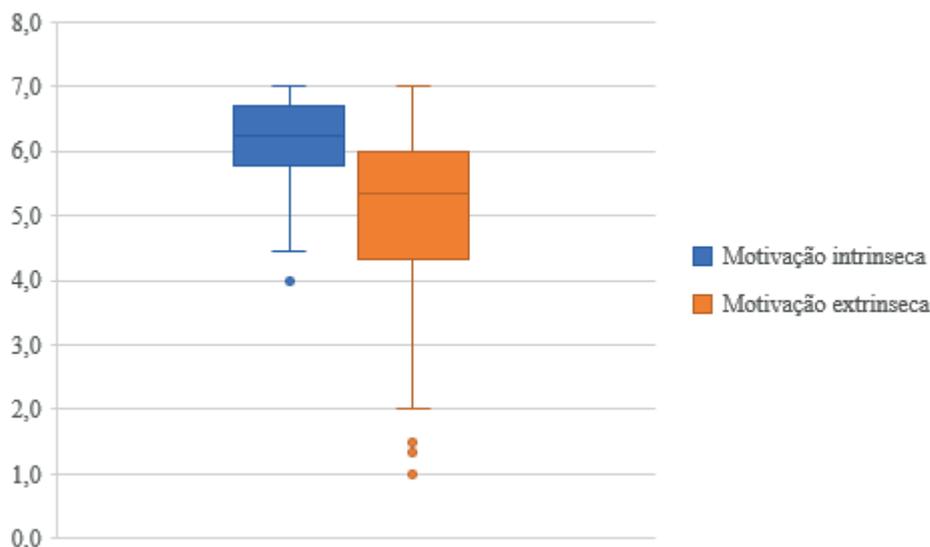
	Mín.	Máx.	Md	\bar{x}	DP
1. As outras pessoas ficariam furiosas comigo se eu não fizesse	1	7	5	4,2	2,2
2. Fazê-lo é, para mim, um desafio pessoal	2	7	6	5,8	1,3
3. Acredito que ao fazê-lo vou melhorar a minha saúde	4	7	7	6,3	0,9
4. Sentir-me-ia culpado se não fizesse o que o médico me disse	1	7	6	6,0	1,3
5. Quero que o médico pense que sou um bom doente	1	7	5	5,2	1,7
6. Sentir-me-ia mal comigo mesmo se não o fizesse	3	7	6	6,1	1,0
7. É entusiasmante manter a minha glicemia dentro dos valores recomendados	4	7	7	6,4	0,8
8. Não quero que as outras pessoas se dececionem comigo	1	7	5	4,8	1,9
9. As outras pessoas ficariam aborrecidas comigo se eu não fizesse	1	7	5	4,5	2,0
10. Acredito que é importante para me manter saudável	5	7	7	6,5	0,6
11 Sentiria vergonha de mim mesmo se não o fizesse	1	7	6	5,4	1,5
12. É-me mais fácil fazê-lo do que ficar a pensar nisso	1	7	6	6,1	1,1
13. Pensei seriamente no assunto e acredito que é a melhor coisa a fazer	4	7	7	6,4	0,8
14. Quero que os outros vejam que sou capaz de o fazer	1	7	6	5,4	1,9
15. O médico disse-me para o fazer	1	7	7	6,3	1,2
16. Sinto que são as melhores coisas que posso fazer por mim	4	7	7	6,4	0,8
17. Sentir-me-ia culpado se não o fizesse	1	7	6	5,7	1,4
18. Sentir-me-ia culpado se não o fizesse	4	7	7	6,4	0,8
19. Se tratar de um desafio aprender a viver com o a minha diabetes	4	7	7	6,3	0,9

Mín = Mínimo; Máx = Máximo; Md = Mediana; \bar{x} = Média; DP = Desvio padrão

Utilizando este instrumento podemos quantificar duas dimensões motivacionais: motivação intrínseca (Questões: 2, 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19) e motivação extrínseca (Questões: 1, 5, 8, 9, 14, 15). O score de cada uma das dimensões é obtido pela média das respostas aos itens que compõem cada uma das duas dimensões e pela média do total de repostas (Apóstolo *et al*, 2007).

Através dessa análise podemos verificar que os fatores de motivação intrínseca são superiores aos fatores extrínsecos. A motivação intrínseca variou entre 4 e 7, com valor médio de $6,2 \pm 0,64$, enquanto a motivação extrínseca variou entre 1 e 7, com valor médio de $5,1 \pm 1,4$ (Gráfico 5). No que respeita à motivação total para o tratamento, variou entre 3,5 e 7, com valor médio de $5,8 \pm 0,73$.

Gráfico 5- Distribuição da amostra segundo os resultados da motivação intrínseca e extrínseca para o tratamento



3.2 ANÁLISE INFERENCIAL

Idade

A análise da influência da idade do utente na adesão ao autocuidado sobre a diabetes foi feita pela aplicação do teste de correlação de *Spearman* (Tabela 11). Verificou-se que a idade apenas se correlaciona significativamente com a dimensão “Medicamentos” - correlação negativa fraca ($r_s = -0,270$ com $p = 0,013$). Assim, concluímos que utentes mais idosos tendem a uma menor adesão à dimensão medicamentos, que inclui a toma de medicamentos e os cuidados com os pés.

Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo a correlação entre idade e adesão ao autocuidado sobre a diabetes

Dimensões da adesão ao autocuidado sobre a diabetes	Idade	
	r_s	p
Alimentação geral	-0,027	0,805
Alimentação específica	-0,099	0,372
Atividade física	0,095	0,392
Monitorização da glicemia	-0,135	0,225
Cuidados com os pés	-0,051	0,644
Medicamentos	-0,270	0,013

r_s = Coeficiente de correlação de *Spearman*; p = valor de prova

Género

Os resultados das diferentes dimensões da adesão ao autocuidado em função do género foram comparados através do teste U de *Mann-Whitney* para amostras independentes. Os resultados são apresentados na tabela 12, não se verificando diferenças estatisticamente significativas a nível das diferentes dimensões da adesão ao autocuidado em função do género.

Tabela 12 - Distribuição da amostra segundo a comparação das dimensões da adesão ao autocuidado sobre a diabetes com base no género

Dimensões da adesão ao autocuidado sobre a diabetes	Género		p
	Masculino	Feminino	
Alimentação geral	4,83 ± 1,51	5,21 ± 1,57	0,219
Alimentação específica	1,55 ± 1,21	1,29 ± 1,02	0,376
Atividade física	2,72 ± 1,91	2,25 ± 1,65	0,304
Monitorização da glicemia	2,27 ± 2,13	1,90 ± 2,17	0,194
Cuidados com os pés	5,74 ± 1,43	5,78 ± 1,35	0,922
Medicamentos	4,81 ± 0,77	4,98 ± 0,89	0,399

Nível de escolaridade

Compararam-se também os resultados das dimensões da adesão ao autocuidado sobre a diabetes com base no nível de escolaridade dos utentes, através do teste de *Kruskal-Wallis*. Da observação dos resultados apresentados na tabela 13 constata-se que apenas na dimensão “alimentação específica” existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos. Contudo, utilizando os valores de significância ajustados pela correção de *Bonferroni*, não foi possível identificar diferenças significativas entre pares de grupos.

Tabela 13 - Distribuição da amostra segundo a comparação das dimensões da adesão ao autocuidado sobre a diabetes com base no nível de escolaridade

Dimensões da adesão ao autocuidado sobre a diabetes	Nível de escolaridade							p
	< 4 anos	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Ens. Sec.	Bacharl.	Licenc.	
Alimentação geral	4,29 ± 1,86	5,25 ± 1,54	5,48 ± 1,48	4,97 ± 1,40	4,67 ± 1,33	2,33	4,00 ± 1,15	0,244
Alimentação específica	1,59 ± 1,22	1,12 ± 0,99	1,47 ± 1,23	1,33 ± 0,96	2,11 ± 1,14	4,14	2,57 ± 0,86	0,040
Atividade física	2,19 ± 1,44	2,46 ± 1,57	3,05 ± 1,99	2,33 ± 1,89	2,00 ± 2,79	2,5	3,67 ± 2,25	0,576
Monitorização da glicemia	0,56 ± 0,73	1,99 ± 2,08	2,68 ± 2,75	2,38 ± 2,14	2,94 ± 2,57	3	1,67 ± 0,76	0,187
Cuidados com os pés	5,00 ± 2,17	5,78 ± 1,14	5,82 ± 2,06	6,28 ± 0,78	5,50 ± 1,38	5,33	6,00 ± 1,00	0,730
Medicamentos	4,67 ± 0,00	4,78 ± 0,68	5,18 ± 1,23	4,86 ± 0,67	5,38 ± 1,48	4,57	4,67 ± 0,00	0,711

Estado civil

O teste de *Kruskal-Wallis* foi também utilizado para comparar os níveis de adesão ao autocuidado em função do estado civil. Neste caso, não se observaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição da amostra segundo a comparação das dimensões da adesão ao autocuidado sobre a diabetes com base no estado civil

Dimensões da adesão ao autocuidado sobre a diabetes	Estado civil				p
	Solteiro (a)	Casado(a)	Divorciado (a)	Viúvo (a)	
Alimentação geral	5,48 ± 1,49	4,86 ± 1,49	6,42 ± 1,17	5,13 ± 1,94	0,220
Alimentação específica	1,35 ± 0,77	1,49 ± 1,16	1,25 ± 1,19	1,13 ± 1,23	0,762
Atividade física	2,79 ± 1,38	2,45 ± 1,84	3,38 ± 2,87	2,19 ± 1,19	0,743
Monitorização da glicemia	2,36 ± 2,19	2,12 ± 2,22	1,13 ± 0,85	2,13 ± 2,10	0,811
Cuidados com os pés	6,14 ± 1,27	5,71 ± 1,45	6,17 ± 1,00	5,58 ± 1,23	0,614
Medicamentos	4,67 ± 0,00	4,92 ± 0,90	5,25 ± 1,17	4,63 ± 0,12	0,473

Classe social

Aplicação da Escala de *Graffar*, como vimos atrás, permite identificar 4 classes sociais na amostra em análise. Uma vez mais, utilizou-se o teste de *Kruskal-Wallis* para comparar os níveis de adesão ao autocuidado sobre a diabetes, neste caso em função das diferentes classes sociais (Tabela 15). Verificou-se que na dimensão “alimentação específica” poderão existir diferenças significativas entre classes. Contudo, pela comparação entre pares, considerando os valores de significância ajustados pela correção *Bonferroni* não é possível atribuir significado estatístico às diferenças observadas entre cada classe social.

Tabela 15 - Distribuição da amostra segundo a comparação das dimensões da adesão ao autocuidado sobre a diabetes com base na classe social

Dimensões da adesão ao autocuidado sobre a diabetes	Classe social				p
	Média alta	Média	Média baixa	Baixa	
Alimentação geral	4,75 ± 1,61	5,10 ± 1,57	5,00 ± 1,52	3,33	0,662
Alimentação específica	2,09 ± 1,20	1,22 ± 1,12	1,54 ± 0,97	3,57	0,030
Atividade física	2,25 ± 1,95	2,63 ± 1,94	2,22 ± 1,44	4,50	0,425
Monitorização da glicemia	3,31 ± 2,02	1,87 ± 1,88	2,22 ± 2,57	0,00	0,088
Cuidados com os pés	6,29 ± 0,79	5,70 ± 1,35	5,65 ± 1,60	7,00	0,457
Medicamentos	4,96 ± 0,82	4,90 ± 0,82	4,84 ± 0,89	4,67	0,967

Tempo de diabetes

Foi observada uma correlação positiva fraca entre o número de anos com diagnóstico de diabetes e as dimensões “alimentação específica” ($r_s = 0,224$ com $p = 0,042$) e “monitorização da glicemia”. Ou seja: utentes com diabetes diagnosticada há mais tempo tendem a consumir alimentos ou bebidas não recomendadas com maior frequência, e por outro lado, monitorizam a glicemia também com maior frequência.

Tabela 16 - Correlação entre tempo de diabetes e adesão ao autocuidado

	r_s	p
Alimentação geral	-0,136	0,219
Alimentação específica	0,224	0,042
Atividade física	0,017	0,880
Monitorização da glicemia	0,231	0,036
Cuidados com os pés	0,122	0,270
Medicamentos	-0,033	0,768

Conhecimentos sobre a Diabetes

Analisou-se a correlação dos conhecimentos sobre a diabetes na adesão ao autocuidado sobre a mesma, pela aplicação do teste de correlação de *Spearman* (Tabela 17). Verificando-se que utentes, de um modo geral, com mais conhecimentos e utentes com mais conhecimentos a nível do “tratamento, controle e complicações” da diabetes tendem a cometer menos erros alimentares específicos. Correlações negativas fracas, com r_s de -0,285 e -0,325, respetivamente.

Tabela 17 - Distribuição da amostra segundo a correlação entre conhecimentos e adesão ao autocuidado sobre a diabetes

	Tratamento, controle e complicações		Duração		Causas		Total de conhecimentos	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Alimentação geral	0,069	0,536	0,007	0,948	0,185	0,095	0,139	0,210
Alimentação específica	-0,325	0,003	-0,137	0,217	-0,197	0,074	-0,285	0,009
Atividade física	-0,020	0,858	-0,065	0,557	-0,020	0,856	0,015	0,890
Monitorização da glicemia	0,057	0,610	-0,108	0,332	-0,043	0,701	0,011	0,922
Cuidados com os pés	-0,011	0,924	-0,176	0,111	-0,023	0,835	-0,113	0,310
Medicamentos	-0,062	0,577	0,047	0,673	0,076	0,495	0,025	0,822

Motivação

A análise da correlação da motivação para o tratamento com a adesão ao regime terapêutico sobre a diabetes foi igualmente feita pela aplicação do teste de correlação de *Spearman* (Tabela 18). Verificando-se que motivação total e motivação intrínseca apresentam uma correlação positiva fraca com monitorização da glicemia, ou seja, utentes mais motivados no geral, ou com maior motivação intrínseca tendem a monitorizar mais frequentemente a sua glicemia. Já a motivação extrínseca, apresenta uma correlação também positiva fraca com os cuidados com os pés, o que quer dizer que, utentes com maior motivação extrínseca tendem a ser mais cuidadosos com os seus pés.

Tabela 18 - Correlação entre motivação e adesão ao autocuidado sobre a diabetes

	Motivação intrínseca		Motivação extrínseca		Motivação total	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Alimentação geral	-0,035	0,753	0,158	0,153	0,087	0,435
Alimentação específica	0,206	0,062	-0,202	0,067	-0,004	0,974
Atividade física	0,089	0,421	0,076	0,495	0,142	0,201
Monitorização da glicemia	0,293	0,007	0,111	0,318	0,259	0,018
Cuidados com os pés	0,208	0,059	0,230	0,036	0,196	0,076
Medicamentos	0,149	0,177	0,093	0,404	0,130	0,243

3.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apesar de existirem alguns estudos nesta área o presente estudo é original e importante para perceber quais as áreas de intervenção prioritárias na diabetes tipo 2 e para que se possa alcançar a maior adesão ao regime terapêutico e desta forma obter ganhos efetivos em saúde. Após a apresentação dos resultados irá proceder-se à discussão dos mesmos. No que respeita à caracterização sociodemográfica, dos 83 participantes deste estudo, a maioria apresentava idade igual ou superior a 60 anos, sendo que a média é de 69 anos, o que revela a existência de uma amostra de indivíduos adultos e idosos, facto que vai ao encontro dos dados do Relatório do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), relativo ao estado de saúde da população residente em Portugal, em 2015 e do estudo da prevalência da diabetes em Portugal, que revelam maior prevalência de diabetes na população idosa (grupo etário 60-79 anos).

Relativamente ao género, a amostra é bastante homogénea, com um ligeiro predomínio do género masculino, dados concordantes com os do INSEF e com o estudo da prevalência da diabetes em Portugal.

Relativamente à principal fonte de rendimento e ao nível de escolaridade, verifica-se um predomínio dos utentes, que segundo a avaliação feita através da aplicação da escala de Graffar adaptado, pertencem à classe média e média baixa, com 68% dos inquiridos como pensionistas e 48% possuindo o 1º ciclo como nível de escolaridade. Estes dados são coincidentes com os do INSEF, que salienta que a prevalência de diabetes é sistematicamente superior na população com o nível de escolaridade mais baixo e sem atividade profissional remunerada.

Segundo Lunghi *et al* (2017) diferentes variáveis sociodemográficas podem associar-se a um maior risco de não adesão ao regime terapêutico na diabetes tipo 2, entre elas a idade e o nível socioeconómico.

Por sua vez, Arrelias *et al* (2015), refere que não existe relação entre a adesão ao regime terapêutico e as variáveis sociodemográficas como género, idade e escolaridade.

Ainda segundo McNicholas (2012), os fatores socioeconómicos que incluem fatores como idade, género, estado civil, nível socioeconómico, nível de escolaridade, em si mesmos não são preditores independentes.

Prado e Soares (2015) destacam que fatores como restrições financeiras podem contribuir negativamente para a adesão ao regime terapêutico, como adoção de uma dieta adequada e regime medicamentoso prescrito.

Sousa *et al* (2015), concluiu que apesar dos fatores sociodemográficos poderem interferir nos comportamentos de autocuidado, esta influência não tem reunido consenso. Neste estudo os enfermeiros consideraram que utentes mais jovens empenham-se mais no cumprimento do

regime terapêutico. Um bom nível sociocultural e económico também foi associado a maior adesão. Os enfermeiros que participaram neste estudo consideraram a baixa literacia, relacionada com um baixo nível de escolaridade e a falta de conhecimentos sobre a doença contribuem para uma inadequada gestão da mesma.

Relativamente à caracterização clínica a média de tempo de diagnóstico da diabetes tipo 2 é 8,5 anos ($\pm 6,9$ anos), sendo que o tempo mínimo de diagnóstico é 1 ano e o tempo máximo é 32 anos. Constatámos que em utentes com maior tempo de diagnóstico, se verifica uma tendência maior para consumir alimentos ou bebidas não recomendadas mais frequentemente e executam mais vezes a autoavaliação da glicémia capilar. Villas-Boas *et al* (2014), refere que não existe relação entre a adesão ao regime terapêutico e o tempo de diagnóstico da diabetes tipo 2. Por sua vez, McNicholas (2012) defende que a adesão ao regime terapêutico não é estática e que as taxas de adesão se deterioram com o tempo de doença.

Relativamente ao tratamento farmacológico instituído, 75 utentes, 90,4 % dos inquiridos faz antidiabéticos orais e 8 utentes, 9,6% dos inquiridos, têm tratamento combinado com antidiabéticos orais e insulina. Estes resultados vão ao encontro dos dados do Programa Nacional para a Diabetes 2019, em que apenas 5,6% das pessoas com Diabetes tipo 2 se encontravam insulino tratadas.

A maioria dos inquiridos tomam 1,7 medicamentos ($\pm 0,9$), sendo que no mínimo tomam 1 medicamento e no máximo 5. Relativamente à frequência, 51,8% tomam estes medicamentos duas vezes ao dia, 34,9% uma vez ao dia e 13,3% três ou mais vezes ao dia. Segundo Villas-Boas *et al* (2014), a complexidade do regime medicamentoso, nomeadamente a frequência, são fatores importantes e que influenciam a adesão ao regime medicamentoso. Jarab *et al* (2014) refere que existe menor adesão em utentes com maior número de medicamentos prescritos, existindo também relação com a frequência de administração.

Relativamente à avaliação antropométrica verificou-se que 49,4% dos inquiridos, cerca de metade, são pré obesos e 27,7%, mais de um quarto, são obesos. Estes dados vão ao encontro dos dados do INSEF em que aproximadamente dois terços da população adulta portuguesa (67,6%), sofria de excesso de peso ($IMC \geq 25$) ou obesidade ($IMC \geq 30$), sendo que a prevalência de obesidade foi de 28,7%.

No que respeita à avaliação dos valores de hemoglobina glicada esta variou entre 5,4 e 9,4 % (média $6,9 \pm 0,8\%$). Verificou-se que mais de metade da amostra revelou valores de hemoglobina inferiores a 7, o que vai ao encontro do preconizado nas recomendações da ADA (2021). Cerca de 35% da amostra apresentaram valores de hemoglobina entre 7 e 8%, o que segundo as recomendações da ADA (2020), pode considerar-se um valor apropriado em situações de utentes com histórico de hipoglicémia grave, expectativa de vida limitada,

complicações micro e macrovasculares, comorbilidades extensas ou diabetes de longa data. Neste sentido e tendo em conta as características da amostra, considerou-se que existe um bom controlo da doença no que respeita aos valores de hemoglobina glicada.

Relativamente aos conhecimentos acerca da diabetes constatou-se que os utentes inquiridos possuem um elevado nível de conhecimentos acerca da sua doença, com um total de 90,8% de respostas corretas. Verificou-se que utentes com mais conhecimentos acerca da doença tendem a cometer menos erros alimentares específicos. Estes dados vão ao encontro dos estudos de McNicholas (2012), Grilo, Sousa e McIntyre (2008) e Trajano *et al* (2018) em que o nível de conhecimentos acerca da doença se relaciona direta e positivamente com a adesão ao regime terapêutico. Contrariamente, segundo os dados apresentados por Vicente (2018) os participantes, apesar de terem um nível baixo de conhecimento acerca da doença, apresentaram uma boa adesão ao regime terapêutico.

Verificou-se que os participantes do estudo referem uma boa adesão às diferentes dimensões do autocuidado com a diabetes, com exceção do exercício físico em que ocorreu baixa adesão a sessões específicas de exercício físico. Estes dados vão ao encontro dos referidos num estudo realizado por Borba *et al* (2018), em que apenas 38% dos inquiridos praticavam atividade física. O fator educacional, associado a estilos de vida mais sedentários e potenciado por uma amostra que se situa em faixas etárias mais elevadas podem contribuir para esta baixa adesão. Tanto nos cuidados com os pés como na adesão à toma de medicação prescrita, verificou-se uma elevada adesão, contudo, utentes mais idosos tendem a uma menor adesão, o que poderá estar associado ao declínio cognitivo e esquecimento. Jarab *et al* (2018) refere que o esquecimento foi o motivo mais comum para a não adesão ao regime terapêutico, representando cerca de 59% dos casos. Por último, verificou-se que os participantes deste estudo apresentaram valores motivacionais elevados, com predomínio dos fatores de motivação intrínseca. Estes dados são concordantes com Vicente *et al* (2018), que refere que num estudo com 141 participantes em que pretendia relacionar a adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas com diabetes com as variáveis género, idade, tempo de diagnóstico, presença de complicações, tipo de diabetes, antecedentes familiares, escolaridade, conhecimentos e atitudes face à doença, concluiu que atitudes positivas predispõem maior adesão ao tratamento, salientando a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre a adesão e as atitudes para enfrentar a doença. Não observou relação da adesão com as restantes variáveis em estudo. Também Apóstolo *et al* (2007), defende que a ausência de motivação associada à não adesão ao regime terapêutico constituem provavelmente a mais importante causa de insucesso terapêutico. São os utentes com maior incerteza que se sentem menos motivados a cumprir o regime terapêutico acordado.

Guénette *et al* (2016) salienta também a importância da motivação na adesão ao regime terapêutico, quando defende que fatores psicossociais que envolvem tanto aspectos psicológicos como sociais, podem considerar-se fatores potencialmente importantes, que podem ser modificados e devem ser tidos em consideração quando se definem intervenções.

CONCLUSÃO

Tendo por base os resultados do presente estudo podemos concluir que tanto o nível de conhecimentos das pessoas inquiridas, como os níveis de motivação são elevados, o que poderá relacionar-se positivamente com a elevada adesão às diferentes dimensões do autocuidado com a diabetes, com exceção do exercício físico em que ocorreu baixa adesão a sessões específicas, facto que poderá relacionar-se com a faixa etária dos utentes inquiridos. Não existe relação estatisticamente significativa entre os fatores sociodemográficos analisados e a adesão ao regime terapêutico, com exceção da idade, em que se verificou que os utentes mais idosos tendem a uma menor adesão à dimensão medicamentos, que inclui a toma de medicação e os cuidados com os pés.

Relativamente às hipóteses em estudo verificou-se que quanto maior o nível de conhecimentos acerca da diabetes tipo 2, mais elevada é a adesão ao regime terapêutico em pessoas com diabetes tipo 2. Não se verificou relação entre as variáveis sociodemográficas e a adesão ao regime terapêutico em pessoas com diabetes tipo 2, o que torna a hipótese 2 nula.

Face aos resultados obtidos e tendo presente que a diabetes é atualmente um grave problema de saúde pública, sendo considerada pela OMS como uma pandemia, é fundamental nortear os cuidados de enfermagem tendo por base os três pilares do regime terapêutico na diabetes tipo 2 (dieta, exercício físico e o tratamento farmacológico).

O aumento da prevalência da diabetes tipo 2 está maioritariamente associada às rápidas mudanças culturais e sociais, ao envelhecimento da população, à crescente urbanização, às alterações alimentares, à redução da atividade física e a estilos de vida sedentários, que se traduzem em padrões comportamentais pouco saudáveis.

A não adesão ao regime terapêutico tende a aumentar a morbidade e mortalidade, bem como os custos e conseqüente aumento das despesas para o SNS. Neste sentido, é importante perceber quais os fatores que podem influenciar a adesão ao regime terapêutico, contribuindo para um incentivo ao autocuidado.

Embora se assuma como um aspeto imprescindível no controle e gestão da diabetes tipo 2, a mudança comportamental reveste-se de particularidades de difícil implementação. A adesão ao regime terapêutico é vista como um comportamento humano que sofre influências biopsicosocioculturais. Neste sentido, o enfermeiro ao representar o elo de ligação do utente com o sistema de saúde e sendo um agente facilitador do processo de adesão ao regime terapêutico deve, durante a consulta de enfermagem, contemplar todos os aspetos que possam interferir neste processo, independentemente da sua natureza, permitindo ao utente que

exprima todas as suas dificuldades e limitações para implementar e integrar este processo nas suas atividades de vida e da família.

Ponderar a importância de incluir um acompanhante nas consultas de diabetes é fundamental, pois estes podem ter um papel incentivador e facilitador da integração das atividades de autocuidado, melhorando consequentemente a adesão ao regime terapêutico e contribuindo assim, para a obtenção de ganhos efetivos em saúde.

No tratamento das doenças crónicas como a diabetes deparamo-nos frequentemente com um paradoxo, ou seja, a proatividade na autogestão da doença é esperada, mas a participação do utente no processo não é encorajada nem apoiada.

É fundamental o investimento e desenvolvimento de políticas e programas de saúde educacionais que contemplem esta realidade, para que se assuma como uma prioridade a nível nacional. Neste sentido, a enfermagem comunitária e mais especificamente o enfermeiro especialista, assumem um papel primordial não só pela possibilidade de estabelecimento de uma relação de proximidade com a população, mas também pela possibilidade de avaliar necessidades, desenvolvendo e implementando intervenções adequadas e específicas para cada contexto.

Embora sejam diversos os constrangimentos a esta mudança, é fundamental a existência de uma visão partilhada entre os diferentes atores que intervêm no processo de cuidar. Estas pequenas, grandes mudanças estão na génese para melhorar os cuidados de saúde.

Ao longo desta investigação foram diversas as dificuldades sentidas realçando os constrangimentos na aplicação do instrumento de recolha de dados devido à situação pandémica, que levou a uma mobilização de profissionais para áreas COVID e redução substancial do número de consultas presenciais, nomeadamente de diabetes, momento que tinha sido eleito pela investigadora para efetuar a aplicação do formulário. A extensão do instrumento de recolha de dados foi também uma dificuldade sentida, não só pela investigadora, mas também verbalizada pelos participantes, principalmente os pertencentes a uma faixa etária mais elevada.

Relativamente às limitações, foi um estudo que se baseou numa amostra não aleatória, obtida por conveniência da investigadora. O facto da aplicação do formulário ser efetuado pela investigadora poderá ter condicionado e causado enviesamento dos resultados obtidos. Por último, os resultados obtidos não podem ser generalizados.

Seria interessante em estudos futuros, avaliar a importância da inclusão de um cuidador/acompanhante, familiar ou não, na gestão da doença e integração das atividades de autocuidado no quotidiano dos pessoas com diabetes tipo 2.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M. (2011). Explorando la teoria general de enfermeira de Orem. *Enfermeria Neurológica*, 10 (3), 163-167.
- American Diabetes Association (2019). Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 42, 46-60.
- American Diabetes Association (2021). Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 44, 15-33.
- American Diabetes Association (2021). Prevention or Delay of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 44, 34-39.
- American Diabetes Association (2021). Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 44, 53-72.
- American Diabetes Association (2021). Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 44, 73-84.
- American Diabetes Association (2021). Older Adults: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 44, 168-179.
- Apóstolo, J., Viveiros, C., Nunes, H. e Domingues, H. (2007). Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15(4), 575 – 582.
- Arrelias, C., Faria, H., Teixeira, C., Santos, M. e Zanetti, M. (2015). Adherence to diabetes mellitus treatment and sociodemographic, clinical and metabolic control variables. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(4), 315-322.
- Azevedo, C., Santiago, L. (2016). Fiabilidade da Escala de Conhecimento da Diabetes em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 29(9), 499-506.
- Barreto, M., Kislaya, I., Gaio, V., Rodrigues, A., Santos, A., Namorado, S., Antunes, L., Gil, A., Boavida, J., Ribeiro, R., Silva, A., Vargas, P., Prokopenko, T., Nunes e B., Dias. (2018). Prevalence, awareness, treatment and control of diabetes in Portugal: Results from the first National Health examination Survey (INSEF 2015). *Diabetes Research and Clinical Practice*, 140, 271-278.

- Bastos, F., Severo, M. e Lopes, C. (2007). Propriedades Psicométricas da Escala do Autocuidado com a Diabetes traduzida e Adaptada. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 11-20.
- Boavida, J., Pereira, M. e Ayala, M. (2013). A Mortalidade por Diabetes em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 26(4), 315- 317.
- Boavida, J. (2015). Diabetes: a prevenção é a melhor cura. *Revista Fatores de Risco*, 36, 26-29.
- Boavida, J. (2016). Diabetes: uma emergência de saúde pública e de políticas de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 1-2.
- Borba, A., Marques, A., Ramos, V., Leal, M., Arruda, I. e Ramos R. (2018). Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(3), 953-961.
- Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A. e Castro, S. (2011). Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40, 201-219.
- Direção Geral da Saúde (2000). Circular Normativa nº 14/DGCG de 12/12/2000. *Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa, Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2011). Norma nº 026/2011 de 29/09/2011, atualizada em 19/03/2013 relativa à *Abordagem Terapêutica da HTA*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2011). Norma nº 052/2011 de 27/12/2011, atualizada em 27/04/2015. *Abordagem Terapêutica Farmacológica da Diabetes Mellitus tipo 2 no adulto*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2015). *Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Diabetes*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Entidade Reguladora da Saúde (2011). *Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus*. Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde.

- Favaro, D., Sasaki, N., Vendramini, S., Castiglioni, L. e Santos, M. (2016). Impacto f educational group strategy to improve clinical and glyceimic parameters in individuals with diabetes and hypertension. *Investigación y Educacion en Enfermeria*, 34(2), 314-321.
- Ferrito, C., Nunes, L. e Carneiro, A. (2013/2014). Intervenções de enfermagem à pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 em cuidados de saúde primários: elaboração de uma norma de orientação clínica. *Cadernos de Saúde*, (6), 19-29.
- Gandra, F., Silva, K., Castro, C., Esteves, E. e Nobre, L. (2011). Efeito de um programa de educação no nível de conhecimento e nas atitudes sobre a diabetes mellitus. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 24(4), 322-331.
- Guénette, I., Breton, M., Guillaumie, L., Lauzier, S., Grégoire, J. e Moisan J. (2016). Psychosocial factors associated with adherence to non- insulin antidiabetes treatments. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 30, 335-342.
- Guimarães, J. (2010). *Diabetes: uma abordagem global*. Grupo de Estudos da Diabetes, Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, 21-29. Alges: Euromédice edições médicas.
- Grilo, M., Sousa, C. e McIntyre, T. (2008). Conhecimento do diabético sobre a doença e a repercussão no tratamento. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21(4), 281-289.
- Hernández, Y., Pacheco, J., Larreynaga, M. (2017). La teoria deficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19 (3).
- Jarab, A., Almrayat, R., Aquadah, S., Thehairat, E., Mukattash, T., Khmour, M. e Pinto, S. (2014). Predictors of non-adherence to pharmacotherapy in patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Pharmacology*. 36, 725-733.
- Kolchraider, F., Rocha, J., César, D., Monteiro, O., Frederico, G. e Gamba, M. (2018). Nível de atividade física em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cuidarte*, 9(2), 2105-2116.
- Landim, C., Milomens K. e Diógenes M. (2008). Déficits de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 29(3),374-381.
- Lunghi, C., Zongo, A., Moisan, J., Grégoire, J. e Guénette, L. (2017). Factors associated with antidiabetic medication non-adherence in patients with incidente comorbid depression. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 31, 1200-1206.

- Maia, F. e Silva, L. (2005). O pé diabético de clientes e seu autocuidado: A enfermagem na educação em saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 9(1), 95-102.
- Maroco, J. (2010). Análise estatística com PASW statistics (ex-SPSS). *ReportNumber*, Pero Pinheiro.
- McNicholas, F. (2012). To adhere or not, and what we can to help. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21, 657-663.
- Mendes, P. (2010). *Diabetes: uma abordagem global*. Grupo de Estudos da Diabetes, Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, 115-122. Algés: Euromédice edições médicas.
- Menino, E., Dixe, M., Louro, M. e Roque, S. (2013). Programas de Educação dirigidos ao utente com diabetes mellitus tipo 2: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 10, 135-143.
- Menino, E., Dixe, M. e Louro, M. (2016). Construção e Validação da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado na Diabetes. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 35-44.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho publicado no Diário da República 2.ª série - N.º 135.
- Peña, N. e Salas, M. (2010). Modelo de Dorothea Orem adaptado a um grupo comunitário através del processo de enfermeria. *Enfermeria Global*, 19, 1-14.
- Phillips, I., Cohen, J., Burns, E., Abrams, J. e Renninger, S. (2016). Self-management of chronic illness role of “habit” versus reflective factors in exercise and medication adherence. *Journal of Behavioral Medicine*, 39, 1076-1091.
- Prado, M., e Soares, D. (2015). Limites e estratégias dos profissionais de saúde na adesão ao tratamento da diabetes: revisão integrativa. *Journal of Research Fundamental Care Online*, 7 (4), 3110-3124.
- Queirós, P., Vidinha, T. e Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 157-164.

Raimondo, M., Fegadoli, D., Méier, M., Loewen, M., Labroniá, L. e Raimondo-Ferraz, M. (2012). Produção Científica Brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (3), 529-534.

Raposo, J. (2020). Diabetes: Fatos e Números 2016, 2017, 2018. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 15 (1); 19-27.

Reiners, A., Azevedo, R., Vieira, M. e Arruda, A. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13, 2299-2306.

Rodríguez, L. e Plata, G. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investigacion Enfermagem*, 17 (1), 131-148.

Rosas, S. (2010). *Diabetes: uma abordagem global*. Grupo de Estudos da Diabetes, Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, p 11-16. Algés, Euromédice, edições médicas.

Schober et al. (2018). Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesthesia & Analgesia*. 126(5), 1763-1768.

Serrabulho, L., Mota, T., Raposo, J., Boavida, J., Nunes, J., Cernadas, R., Carqueja, T. (2014). Mudança de estilo de vida e gestão do peso na diabetes: programa de formação de formadores Juntos é Mais Fácil. *Revista Factores de Risco*, 34, 108-118.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016). *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Sousa, M., Peixoto, M. e Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 59-67.

Sousa, M., Landeiro, M., Pires, R. e Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 151-160.

Sousa, M., Matins, T. e Pereira, F. (2015). O Refletir das Práticas dos Enfermeiros na Abordagem à Pessoa com Doença Crónica. *Revista de Enfermagem Referência*, 6, 55-63.

Sousa, M.R., McIntyre, T., Martins, T. e Silva, S. (2015). Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD): propriedades psicométricas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 33-41.

Tanqueiro, M. (2013). A gestão do cuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 151-160.

Teston, E., Arruda, G., Sales, C. e Marcon, S. (2017). Consulta de Enfermagem e Controle metabólico de Diabéticos: ensaio clínico randomizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 492-498.

Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua obra*. Loures: Lusociência.

Trajano, S., Martins, L., Matos, T., Falcão, C., Bezerra, L., Abdon, A. E Catrib, A. (2018). Percepção de Pacientes com Diabetes sobre o Autocuidado. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(3), 1-10.

Vicente, N.; Goulart, B.; Iwamoto, H. e Rodrigues, L. (2018); Prevalence of adherence to the medical treatment of people with diabetes mellitus; *Revista Enfermeria Global*, 52, 474-484.

Villas Boas, L., Foss-Freitas, M. e Pace, A. (2014). Adesão das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), 268-273.

Vilelas, J. (2017). *Investigação o processo de construção do conhecimento (2ª ed.)*. Lisboa: Sílabo.

World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2013). *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: World Health Organization.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DAS ESCALAS UTILIZADAS

**ANEXO III – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO
INFORMADO**

