



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

O AUTOCAUIDADO DAS PESSOAS COM DIABETES

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Avançada

Por

Pedro Miguel da Cunha Borda de Água

Porto, Julho de 2012



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

O AUTOCUIDADO DAS PESSOAS COM DIABETES

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica

Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem Avançada

Por

Pedro Miguel da Cunha Borda de Água

Sob orientação do Professor Doutor Filipe Pereira e

co-orientação da Mestre Fernanda Bastos

Porto, Julho de 2012

Pensamento

“Leva tempo para alguém ser bem sucedido porque o êxito não é mais do que a recompensa natural pelo tempo gasto em fazer algo direito.”

Joseph Ross

Agradeço,

Ao Professor Doutor Filipe Pereira por toda a sua enorme dedicação, pela disponibilidade demonstrada, pelo tempo despendido, por tudo o que me ensinou e, pela compreensão perante as minhas dificuldades.

À Professora Mestre Fernanda Bastos por todo o apoio, empenho, disponibilidade e pela partilha de conhecimentos e reflexões, assim como esclarecimento das minhas dúvidas.

Aos profissionais e em particular aos Enfermeiros do Centro de Saúde de Matosinhos por toda a sua colaboração no estudo.

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

Aos meus amigos pela amizade e paciência.

Aos meus pais por todo o incentivo e compreensão.

À Liliana que muito me apoiou e ajudou.

A todos, Muito Obrigado!

Resumo

A investigação apresentada nesta dissertação situa-se no domínio do autocuidado, tomando por objeto de estudo os clientes com diabetes de uma determinada região do grande Porto. Emerge de um percurso de investigação que decorreu entre Janeiro de 2010 e Setembro de 2011, envolvendo um Centro de Saúde da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Seguindo uma investigação quantitativa, orientada para a identificação de padrões e regularidades estatísticas, este estudo de investigação é do tipo descritivo e exploratório, centrando-se na descrição dos problemas em estudo – os níveis de autocuidado dos diabéticos, através de um processo de recolha de dados num único momento, e os níveis de tomada de decisão e de participação nas decisões em saúde, por parte desses mesmos pacientes. Concetualmente este estudo foi influenciado pela teoria do autocuidado, de Orem, e pela teoria das transições, de Meleis.

A amostra foi constituída por 200 participantes tendo sido obtida por conveniência e estratificada por Unidade de Saúde Familiar, sexo, idade e tipo de tratamento, com ou sem insulina.

Os resultados apurados permitem-nos afirmar que, a grande maioria dos participantes evidenciam um maior nível de autocuidado para com a diabetes, ao nível da medicação, descuidando particularmente a atividade física.

No que respeita à tomada de decisão por parte das pessoas, obtiveram-se valores bastante baixos, tendo-se obtido valores superiores quando se fala da participação nas decisões relacionadas com os cuidados de saúde.

Palavras-chave: Autocuidado, Diabetes Mellitus, Transições, Tomada de Decisão.

Abstract

The research presented in this dissertation is related with self-care, taking as its object of study the diabetic people of a certain region inside the area of Grande Porto. The study emerges from a research path since January 2010 until September 2011, involving a Health Centre of the *Unidade Local de Saúde de Matosinhos*.

According a quantitative research paradigm, oriented towards the identification of patterns and regularities statistics, this research is descriptive and exploratory type, focusing on the description of the problems in the study – the levels of self-care of diabetics through a process of data collection in a single moment, and the levels of decision-making and participation in decisions on health, by these same patients. The core aspects of this research were the self-care theory, by Orem, and the transitions theory, by Meleis.

The sample consisted in 200 participants having been obtained by convenience and stratified by *Unidade de Saúde Familiar*, sex, age and type of treatment, with or without insulin.

The results obtained allow us to say that the vast majority of participants show, on one hand, a greater level of self-care to diabetes regarding medication, but on the other hand a low self-care when we refer to physical activity.

Regarding the decision-making of people, the obtained values were very low, meanwhile the values obtained about participation in decisions relating to health care were a bit higher.

Key words: Self-care, Diabetes, Transitions, Decision Taking.

Abreviaturas e Siglas

ADA – American Diabetes Association.

AVD – Actividades de Vida Diárias.

CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem.

DM – Diabetes *Mellitus*.

DGS – Direcção Geral de Saúde.

DP – Desvio Padrão.

ICN – International Council of Nurses (Conselho Internacional de Enfermagem).

MAR – Modelo de Auto-Regulação.

MCS – Modelo de Crenças de Saúde.

NOC – Nursing Outcomes Classification (Classificação dos Resultados de Enfermagem).

OE – Ordem dos Enfermeiros.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

SASU – Serviço de Atendimento de Situações Urgentes.

SDSCA – The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (Escala das Actividades de Autocuidado com a Diabetes).

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences (Programa de Estatística para as Ciências Sociais).

SU – Serviço de Urgência.

ULS – Unidade Local de Saúde.

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

USF – Unidade de Saúde Familiar.

WHO – World Health Organization (Organização Mundial de Saúde).

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

Quadro I - Variáveis de Estudo	32
Tabela I - Distribuição da amostra em função da variável <i>USF</i>	34
Tabela II - Distribuição da amostra em função da variável <i>Sexo</i>	34
Tabela III - Distribuição da amostra em função das variáveis <i>Idade e Habilidades Literárias</i>	35
Tabela IV - Distribuição da amostra em função da variável <i>Estado Civil</i>	35
Tabela V - Distribuição da amostra em função do <i>Tratamento com Insulina</i>	35
Tabela VI - Distribuição da amostra em função do <i>Tipo de Tratamento</i>	36
Tabela VII - Distribuição da amostra em função de <i>Outros Diagnósticos</i>	36
Tabela VIII - <i>Complicações da diabetes mellitus</i> referenciadas pelos participantes	41
Tabela IX - <i>Idas ao Serviço de Urgências ou SASU devido à diabetes mellitus</i> no último ano	42
Tabela X - <i>Internamentos relacionados com a diabetes mellitus</i>	42
Tabela XI - <i>Score final das Intercorrências (nº total de intercorrências)</i>	43
Tabela XII – Frequências da <i>Alimentação geral</i> e da <i>Alimentação específica</i>	44
Tabela XIII - Descrição da <i>Alimentação geral</i> e da <i>Alimentação específica</i>	44
Tabela XIV - Correlações inter-item na <i>Alimentação geral</i> para testes de confiança	45
Tabela XV - Correlações inter-item na <i>Alimentação específica</i> para testes de confiança	46
Tabela XVI - Correlação entre a <i>Alimentação</i> e o <i>Score das Intercorrências</i>	46
Tabela XVII - Diferença na <i>Alimentação geral e específica</i> em função do <i>Estado civil</i>	47
Tabela XVIII - Diferença na <i>Alimentação geral e específica</i> em função do <i>Sexo</i>	47
Tabela XIX - Diferença na <i>Alimentação geral e específica</i> em função do <i>Tratamento com insulina</i>	47

Tabela XX - Descrição da <i>Alimentação geral e específica</i> em função da <i>USF</i>	48
Tabela XXI - Comparação dos <i>scores</i> da <i>Alimentação geral e específica</i> por <i>USF</i> (<i>Teste Kruskal-Wallis</i>)	48
Tabela XXII – Frequências da <i>Atividade física</i>	49
Tabela XXIII - Descrição da <i>Atividade física</i>	49
Tabela XXIV - Correlações inter-item na <i>Atividade física</i>	50
Tabela XXV - Correlação entre a <i>Atividade física</i> e o <i>Score das Intercorrências</i>	50
Tabela XXVI - Diferença na <i>Atividade física</i> em função do <i>Estado civil</i>	50
Tabela XXVII - Diferença na <i>Atividade física</i> em função do <i>Sexo</i>	50
Tabela XXVIII - Diferença na <i>Atividade física</i> em função do <i>Tratamento com</i> <i>insulina</i>	51
Tabela XXIX - Médias da <i>Atividade física</i> em função da <i>USF</i>	51
Tabela XXX - Comparação dos <i>scores</i> de <i>Atividade física</i> em função da <i>USF</i>	51
Tabela XXXI – Frequências da <i>Auto-monitorização da glicemia capilar</i>	52
Tabela XXXII - Correlação entre a <i>Auto-monitorização da glicemia capilar</i> e o <i>Score das Intercorrências</i>	52
Tabela XXXIII - Diferenças na <i>Auto-monitorização da glicemia capilar</i> em função do <i>Estado civil</i>	52
Tabela XXXIV - Diferenças na <i>Auto-monitorização da glicemia capilar</i> em função do <i>Sexo</i>	53
Tabela XXXV - Diferenças na <i>Auto-monitorização da glicemia capilar</i> em função do <i>Tratamento com insulina</i>	53
Tabela XXXVI - Descrição da <i>Auto-monitorização da glicemia capilar</i> em função da <i>USF</i>	53
Tabela XXXVII - Diferenças na <i>Auto-monitorização da glicemia capilar</i> em função da <i>USF (Teste de Kruskal-Wallis)</i>	53
Tabela XXXVIII – Frequências dos <i>Cuidados com os pés</i>	54
Tabela XXXIX - Descrição dos <i>Cuidados com os pés</i>	54

Tabela XL - Correlação entre os <i>Cuidados com os pés</i> e o <i>Score das Intercorrências</i> ..	55
Tabela XLI - Diferenças nos <i>Cuidados com os pés</i> em função do <i>Estado civil</i>	55
Tabela XLII - Diferenças nos <i>Cuidados com os pés</i> em função do <i>Sexo</i>	55
Tabela XLIII - Diferenças nos <i>Cuidados com os pés</i> em função do tipo de <i>Tratamento com insulina</i>	56
Tabela XLIV - Descrição dos <i>Cuidados com os pés</i> em função da <i>USF</i>	56
Tabela XLV – Frequências da <i>Tomada de decisão</i> e da <i>Participação nas decisões de saúde</i>	57
Tabela XLVI - Descrição da <i>Tomada de decisão</i> e da <i>Participação nas decisões de saúde</i>	59
Tabela XLVII - Consistência Interna das Escalas de <i>Tomada de decisão</i> e da <i>Participação nas decisões de saúde (estatística Alpha de Cronbach)</i>	59
Tabela XLVIII - Correlação entre a <i>Tomada de decisão</i> , a <i>Participação nas decisões de saúde</i> e o <i>score de Intercorrências</i>	59
Tabela XLIX - Diferenças na <i>Tomada de decisão</i> e na <i>Participação nas decisões de saúde</i> em função do <i>Estado civil</i>	60
Tabela L - Diferença na <i>Tomada de decisão</i> e na <i>Participação nas decisões de saúde em função do Sexo</i>	60
Tabela LI - Diferenças na <i>Tomada de decisão</i> e da <i>Participação nas decisões de saúde</i> em função do <i>Tratamento com insulina</i>	61
Tabela LII - Descrição da <i>Tomada de decisão</i> e da <i>Participação nas decisões de saúde</i> em função da <i>USF</i>	61
Tabela LIII – Diferenças na <i>Tomada de decisão</i> e na <i>Participação nas decisões de saúde</i> por <i>USF (Teste de Kruskal-Wallis)</i>	62

ÍNDICE GERAL

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	19
2.1	O AUTOCUIDADO E A GESTÃO DA DIABETES.....	19
2.2	CONTRIBUTO DE MODELOS E TEORIAS PARA A COMPREENSÃO DA PROBLEMÁTICA	24
2.2.1	TEORIA DAS TRANSIÇÕES	24
2.2.2	MODELOS SÓCIO-COGNITIVOS	26
2.3	JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	27
2.4	FINALIDADE.....	28
2.4.1	OBJETIVOS	28
2.5	VISÃO GERAL DO ESTUDO	28
2.6	VISÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO.....	29
3	METODOLOGIA.....	31
3.1	TIPO DE ESTUDO	31
3.2	VARIÁVEIS EM ESTUDO	31
3.2.1	OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	32
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	32
3.3.1	PLANO DE AMOSTRAGEM	33
3.3.2	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	33
3.3.2.1	Organização da amostra segundo a origem dos participantes.....	34
3.3.2.2	Organização da amostra segundo o perfil sócio demográfico.....	34
3.3.2.3	Organização da amostra segundo o perfil de tratamento e complicações.....	35
3.4	PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	36
3.4.1	INSTRUMENTO(S) DE RECOLHA DE DADOS	37
3.4.1.1	Escala de atividades de autocuidado com a diabetes	37
3.4.1.2	Escala de tomada de decisão	38
3.4.1.3	Escala de participação nas decisões sobre cuidados de saúde	39
3.5	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	39
3.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	40

4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
4.1	O AUTOCUIDADO COM A DIABETES.....	41
4.1.1	ALIMENTAÇÃO	43
4.1.2	ATIVIDADE FÍSICA	49
4.1.3	AUTO-MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR.....	51
4.1.4	CUIDADOS COM OS PÉS	54
4.2	A TOMADA DE DECISÃO E A PARTICIPAÇÃO NAS DECISÕES SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE	56
5	CONCLUSÕES.....	63
6	BIBLIOGRAFIA	65
	ANEXOS	69

1 Introdução

Este documento integra-se no percurso do programa de Mestrado em Enfermagem Avançada de 2008, da Universidade Católica Portuguesa, ministrado no Porto, no Instituto de Ciências da Saúde. Representa assim o relatório do percurso de investigação do candidato - dissertação, inscrita na área temática do autocuidado dos clientes diabéticos; e pretende constituir-se como instrumento para análise, por parte do Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para efeitos de apreciação relativamente ao interesse, pertinência e mérito metodológico, do projeto.

Para a realização deste projeto foi feita uma pesquisa bibliográfica no âmbito da temática do autocuidado, enfatizando a área da gestão do regime terapêutico da diabetes *mellitus* e enquadrado na perspetiva da teoria das transições. A problemática do autocuidado e do regime terapêutico dos clientes, em particular dos portadores de doenças crónicas, tem merecido um forte investimento de pesquisa, no âmbito dos programas de Mestrado e Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica. Este facto, para além de atestar a relevância da área problemática em que se insere este projeto, radica na centralidade do tema para a disciplina e profissão de Enfermagem (Silva, 2007).

Atendendo a que se deve investigar “o que não se sabe, o que se quer saber e é possível de saber pelo método científico”, e sendo a gestão do regime terapêutico uma área basilar para o controlo da diabetes *mellitus*, a literatura refere a importância e necessidade do desenvolvimento de mais estudos, que permitam uma maior compreensão do fenómeno e dos fatores que o influenciam, de forma a evoluirmos para estratégias terapêuticas progressivamente mais efetivas.

No âmbito do autocuidado iremos considerar o conceito de Orem (1971) no qual a autora o refere como sendo um conjunto de atividades iniciadas e realizadas pelo próprio, num determinado período de tempo, com o objetivo de manter o bem-estar, a saúde e o desenvolvimento pessoal. O autocuidado parte de cada um e tem como objetivo a sua pessoa, consistindo num conjunto de atividades deliberadas, padronizadas, sequenciais e

autopropostas. Tal como nos dizem Silva (2007) e Pereira (2007), um dos elementos centrais dos contributos dados pelos cuidados de enfermagem inscreve-se na promoção da autonomia no autocuidado por parte das pessoas doentes.

No trabalho de investigação em questão verifica-se que a população alvo passou por um processo de transição aquando do diagnóstico da doença, transição essa que, eventualmente lhe alterou os hábitos diários e a sua maneira de viver. Como as transições se referem a algo vivido de uma forma muito pessoal, é natural que diferentes pessoas apresentem diferentes formas de adaptação à nova situação e, como tal, possam vir a apresentar diferentes resultados, com um diferente desenrolar ao nível da saúde pessoal.

A gestão do regime terapêutico consiste numa das dimensões do autocuidado das pessoas com diabetes *mellitus*, na medida em que diz respeito à integração nas atividades diárias do conjunto de orientações terapêuticas: dietéticas, autovigilância e medicamentosas, necessárias ao controlo da doença e à prevenção das suas complicações.

Em relação à teoria das transições e segundo Meleis, esta remete para uma mudança do estado de saúde nos papéis desempenhados pelos clientes, nas expectativas de vida, nas habilidades ou mesmo na capacidade de gerir as condições de saúde. Assim sendo, as transições com relevância para a enfermagem desafiam o cliente a incorporar novos conhecimentos e novas habilidades, capazes de modificar comportamentos e a definição que o cliente faz de si e da sua condição.

No âmbito da diabetes *mellitus*, será utilizada a definição de Foster (1998) juntamente com a da American Diabetes Association (1995) que refere tratar-se de um grupo de doenças metabólicas de etiologia múltipla, caracterizado por uma hiperglicemia crónica, com alterações do metabolismo dos glicídios, lípidos e prótidos, resultando de uma deficiente insulinossecreção, relativa ou absoluta, a que se pode associar graus variáveis de insulinoresistência, e um conjunto de complicações neurológicas, micro e macrovasculares relacionadas, cuja prevenção passa por um diagnóstico e tratamento precoces.

Posto isto, com o estudo desenvolvido pretende-se identificar as necessidades das populações de modo a se melhorar as respostas dos serviços de saúde e das equipas de enfermagem, sendo este o objetivo principal do trabalho. Sendo cada pessoa única, torna-se importante perceber até que ponto pessoas e contextos diferentes necessitam de cuidados diferenciados, tornando-se assim pertinente conhecer até que ponto algumas

variáveis de atributo podem interferir no autocuidado e na tomada de decisão.

Relativamente à organização do presente trabalho de investigação, este encontra-se dividido em cinco capítulos fundamentais, sendo abordado no primeiro a problemática em estudo, onde está presente a finalidade e os objetivos. No segundo capítulo, uma revisão teórica dos assuntos abordados, tais como o Autocuidado, a Diabetes *Mellitus* e as Transições, ao qual é acrescida uma visão geral do estudo realizado e da dissertação.

No terceiro capítulo encontra-se patente a componente metodológica do trabalho de investigação realizado. Aí, são enunciados o tipo de estudo realizado, as variáveis em causa, as questões referentes à população e à amostra, bem como os aspetos relativos ao processo de colheita de dados e os instrumentos utilizados para o efeito, os procedimentos referentes à respetiva análise e as considerações éticas.

O quarto capítulo diz respeito à apresentação e discussão dos resultados obtidos, com destaque para as componentes do autocuidado face à doença, tais como a alimentação, a atividade física, a auto monitorização da glicemia capilar, os cuidados com os pés e a medicação, assim como para os aspetos relacionados com a tomada de decisão e participação nas decisões sobre cuidados de saúde.

Por último, o quinto capítulo corresponde às conclusões finais da Tese de Mestrado tendo por base os objetivos inicialmente traçados.

No final da dissertação são apresentados os anexos que consideramos importantes incluir para melhor compreender a investigação efetuada, nomeadamente o documento referente ao pedido de autorização do trabalho, o consentimento pedido aos participantes para que colaborassem neste estudo, os instrumentos de recolha de dados utilizados, e os dados obtidos através do SPSS aquando da análise estatística.

2 Problemática em estudo

A delimitação do contexto problemático em que se situa a temática deste estudo constitui um elemento essencial para a compreensão da abordagem adotada ao longo desta investigação. O tema central, em estudo, neste trabalho é o do autocuidado das pessoas com a diabetes. Como tal, o presente estudo pretende ser mais um contributo para toda a pesquisa que visa melhorar os cuidados de enfermagem prestados.

O conceito de autocuidado tem acompanhado o processo de afirmação disciplinar da Enfermagem, pela relevância que assume para o quotidiano profissional dos enfermeiros, maior grupo profissional da saúde. Uma parte significativa dos processos e condições de compromisso na saúde dos clientes faz-se acompanhar de limitações, dependência e/ou perda de autonomia no autocuidado, o que justifica todo o investimento a que assistimos, em termos de investigação, neste domínio problemático.

2.1 O Autocuidado e a gestão da Diabetes

O autocuidado baseia-se num conceito desenvolvido por Orem que o caracterizou como sendo o conjunto de atividades que cada pessoa inicia e realiza com o objetivo de manter a vida, o bem-estar e a saúde (Orem, 1971). Anos mais tarde, a mesma autora enfatizou a relação entre o ambiente e a pessoa, referindo que pesa embora o Homem seja um ser único e com sistemas próprios de subsistência, existem outros aspetos a ter em conta, tais como a psicologia e a sociologia (Orem, 1985).

Segundo Lenihan, o autocuidado em saúde diz respeito às atividades que o indivíduo, a família e a sociedade realizam com o objetivo de promoverem a saúde, prevenirem a doença, diminuir os problemas de saúde e restabelecerem novamente a saúde. Assim sendo, quando existe alguma alteração a nível do estado de saúde do indivíduo, também o seu autocuidado ficará comprometido (Lenihan, 1988).

Em 1989, Brooke e colaboradores definiram o autocuidado como sendo o conjunto

de atividades que cada pessoa inicia e realiza com o objetivo de manter a vida, o bem-estar e a saúde, condicionadas pela idade, desenvolvimento psicológico-social e recursos. Toda esta definição engloba os padrões que, segundo Orem, devem estar patentes quando se fala do autocuidado, do indivíduo, da sua saúde, dos cuidados de enfermagem e do relacionamento entre estes quatro aspetos.

Em 1991, Orem acrescentou à sua definição de autocuidado o facto de a pessoa procurar o seu desenvolvimento pessoal e de essas atividades serem realizadas num determinado espaço de tempo. Segundo a mesma, o paciente participa ativamente no seu tratamento, inclusive na definição de metas para o alcance do maior grau possível de independência (Orem, 1991).

Os seres humanos são capazes de cuidar de si próprios e quando surgem situações de desvio da saúde ou quando os mesmos atravessam etapas de desenvolvimento, nas quais esta capacidade para o autocuidado se torne menor do que as exigidas para a manutenção da saúde, torna-se necessário auxiliá-los, sendo este o principal papel dos enfermeiros. Como tal, o autocuidado, é o cuidado pessoal que os indivíduos necessitam diariamente para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, podendo estes ser afetados por fatores como a idade, a etapa de desenvolvimento, o estado de saúde, as condições ambientais e até mesmo os efeitos da prestação de cuidados.

Quando uma alteração do *status* de saúde aumenta a complexidade das necessidades de autocuidado e/ou diminui a capacidade para o desempenho do mesmo, estão criadas as condições para uma transição na vida da pessoa – mudanças e novos conhecimentos são necessários para desenvolver novas competências de modo a repor os níveis ideais de autocuidado que a pessoa dispunha antes do aparecimento do problema de saúde, de modo a alcançar a mestria das atividades desempenhadas.

Em 1999, Backman e Hentinen realizaram um estudo, tendo por objetivo desenvolver um modelo explicativo do autocuidado de idosos no domicílio, em que identificaram e caracterizaram quatro perfis de autocuidado, cada um com diferentes condições para a ação e diferentes significados: o autocuidado responsável, o autocuidado formalmente guiado, o autocuidado independente e o autocuidado de abandono (Backman & Hentinen, 1999).

O autocuidado responsável implica a atividade e responsabilidade face às AVDs. As pessoas com este perfil possuem uma visão positiva para com o futuro, tendo tido um

envelhecimento gratificante e com boas experiências apresentam um forte desejo pela vida e por tudo o que esta lhes tem trazido de bom.

Um autocuidado formalmente guiado é característico de pessoas, que já possuem experiências prévias de cuidarem de terceiros e que têm uma visão realista das mudanças que o envelhecimento acarreta. São pessoas que têm muita tendência a aceitarem as coisas tal e qual como elas são, quer sejam boas ou más, já que as consideram como parte integrante e normal do envelhecer.

O perfil de autocuidado independente é característico de pessoas idosas que sempre sentiram auto-suficientes e capazes de se orientarem a si mesmas, rejeitando assim a perspectiva do envelhecimento e da possibilidade de virem a depender de terceiros para as tarefas mais básicas do dia-a-dia, tentam pois manter uma vida constante e sem grandes alterações da sua rotina, nem deixando que outros a alterem por eles.

Um perfil de autocuidado de abandono é caracterizado pela impotência e falta de responsabilidade. As pessoas demonstram tristeza e amargura para com o envelhecimento, que segundo elas só lhes trouxe aspetos negativos, assim sendo, são muitas vezes levadas a querer desistirem da vida, já que para eles o futuro encontra-se desprovido de sentido.

O conhecimento da predominância de um determinado perfil poderá ter um impacto muito significativo na natureza dos cuidados a prestar, verificando-se diferentes necessidades e necessidade de diferentes intencionalidades.

Theuerkauf (2000) refere que o autocuidado *“é mais do que um grupo de capacidades aprendidas. É um adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir a responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais”* (Theuerkauf, 2000, p. 173). Emerge, portanto, a relevância da capacidade resultante da preparação, em paralelo com a capacidade, intrínseca, para a auto-responsabilização e para o autocuidado.

A definição de autocuidado, com grande frequência e em muitos estudos, tende a ser circunscrito às AVD mais básicas, o que entra em desacordo com a conceção de Orem. Na realidade, o próprio ICN (2005, 2010) expande o conceito a aspetos mais elaborados da vida dos clientes, ao dizer que o autocuidado *“é uma atividade realizada pelo próprio ...”, que consiste no “... tratar do que é necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”*. Assim sendo, o autocuidado é concebido como uma prática constante da vida das pessoas, já que

corresponde não só às AVDs, mas também a todas as necessidades da própria pessoa. Sendo certo que o autocuidado é algo constante na vida das pessoas, podemos assumir que existem elementos que o definem, que se vão consolidando ao longo do percurso biográfico de cada um. É neste contexto que a OE, já em 2003, destacava a promoção do autocuidado como um dos pilares estruturais da construção da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Um dos pontos que também se inserem no contexto do autocuidado é o da gestão de regime terapêutico que, engloba a adesão ao mesmo. Segundo a OMS, aderir ao regime terapêutico engloba, além de seguir os conceitos e as prescrições clínicas, adotar e manter um comportamento que lhe permita gerir os fatores biológicos, comportamentais e sociais, de modo a influenciar positivamente a sua saúde.

Segundo Myers & Midence (1998), uma má gestão do regime terapêutico pode ser devida a diversos fatores, daí se tratar de um problema complexo e sempre presente em qualquer comportamento que esteja dependente do comportamento do paciente. Decorrendo deste facto que em função da alteração da situação os doentes podem ter que alterar os seus comportamentos de autocuidado, não sendo possível a existência de uma prescrição padronizada, que lhes seja dada e se mantenha válida em qualquer situação. Para McNabb (1997) trata-se de uma situação extremamente desafiante pelo grau de envolvimento necessário e pelo facto da adesão não poder ser percecionada numa dicotomia sucesso/insucesso, mas através de um *continuum*.

As consequências de uma má gestão do regime terapêutico são nefastas ao nível das populações (Turk & Meichenbaum, 1991):

- Maior progressão das doenças;
- Desenvolvimento de complicações secundárias;
- Maior necessidade de emergências médicas;
- Necessidade de se recorrer a fármacos com maior potência e toxicidade;
- Aumento da resistência aos fármacos por parte dos microrganismos patogénicos;
- Possível falha no tratamento.

Segundo a WHO (2003) não são apenas os fatores diretamente relacionados com a pessoa doente que interferem na boa ou má gestão, mas também fatores relacionados com a relação doente/profissional de saúde, fatores relacionados com a doença em questão e o seu tratamento, e o contexto social no qual a pessoa se encontra. De acordo com esta

organização, “*patients should be active partners with health professionals in their own care and that good communication between patients and health professionals is a must for an effective clinical practice*” (WHO, 2003, p. 4).

Tal aspeto da gestão do regime terapêutico é de fulcral importância quando se fala de uma patologia como a diabetes *mellitus* já que, tratando-se esta de uma doença crónica é importante que a pessoa seja capaz de possuir um apropriado nível de autocuidado de modo a não agravar a sua situação clínica e se possível até mesmo melhorá-la.

Segundo a sociedade científica e no âmbito da diabetes *mellitus*, o conceito adotado caracteriza-a como tratando-se de uma doença crónica que apresenta poliúria com polidipsia, glicosúria persistente e hiperglicemia ($> 6\text{mmol/L}$, norma OMS). Tal patologia é devida a uma insuficiente produção de insulina por parte do pâncreas. Se não existir um tratamento regular, poderá haver um agravamento da situação levando a uma grave acidose e consequente coma, ou também a outras lesões degenerativas tais como acidentes vasculares cerebrais ou cardíacos, retinopatia, lesões renais ou perturbações nervosas (Manuila et. al., 2000).

Segundo Correia (2001), existiam no ano de 2000, em Portugal, cerca de 400.000 diabéticos, estimando-se que no ano de 2025, esse número atingiria os 700.000, demonstrando assim um aumento de quase 100% só em 25 anos.

Carvalho (2004) menciona que existem diversos tipos de diabetes *mellitus*: a diabetes *mellitus* tipo 1, a diabetes *mellitus* tipo 2 e a diabetes gestacional e ainda outros casos específicos derivados de outras patologias. Comparando a diabetes *mellitus* 1 com a diabetes *mellitus* 2 e, pesa embora ambas se caracterizarem por valores elevados de glicémia, diferenciam-se pelo facto de na diabetes *mellitus* tipo 1 ser necessário recorrer-se à administração de insulina de modo a se estabilizarem os valores de glicemia mais proximamente dos valores recomendados para uma pessoa saudável, já que existe uma incapacidade de produção de insulina; enquanto na diabetes *mellitus* tipo 2, essa mesma correção glicémica pode ser feita através de medidas farmacológicas que podem englobar ou não a insulina e podem constar de anti-diabéticos orais, que irão aumentar a secreção de insulina a nível do pâncreas ou melhorar a sensibilidade tecidual à mesma. Em ambos os casos, o regime terapêutico deve englobar medidas não farmacológicas.

No que respeita à diabetes gestacional, esta caracteriza-se pela existência de uma prova de tolerância oral à glicose com valores superiores ao valor-padrão durante a

gravidez, em mulheres não previamente diabéticas (Marek et. al., 2003).

Segundo a DGS (2002) os valores do plasma venoso em que se baseiam são os seguintes:

- Glicemia em jejum maior ou igual a 126 mg/dl (7,0 mmol/l);
- Sintomas clássicos de diabetes *mellitus* e glicemia ocasional maior ou igual a 200mg/dl (11,1mmol/l). Critérios esses que devem ser confirmados numa segunda oportunidade;
- Glicemia maior ou igual a 200mg/dl (11,1mmol/l), na prova de tolerância à glicose oral, com 75g de glicose, às duas horas.

Segundo a ADA (2008) a hemoglobina glicosada (HbA_{1C}) é o melhor teste para avaliar o controlo glicémico, pois indica a média dos valores da glicose no sangue de um paciente nos últimos dois a três meses, o tempo normal de vida das hemácias. A HbA_{1C} é formada quando a glicose no sangue se liga irreversivelmente à hemoglobina, para formar um complexo estável de hemoglobina glicosada. Segundo esta mesma associação, a diabetes está sob controlo quando o resultado da HbA_{1C} for igual ou inferior a 7% que corresponde a uma média de 156 mg/dl.

Marek et. al. (2003) referem que os sintomas clássicos de um doente com possível diagnóstico de diabetes *mellitus* são: poliúria (urinar em grandes quantidades), polidipsia (sede constante), polifagia (fome constante), fadiga, visão turva e perda de peso. E que a etiologia da diabetes *mellitus* pode ser de ordem genética ou hereditária, ambiental ou de base autoimune.

2.2 Contributo de Modelos e Teorias para a compreensão da problemática

Para uma melhor compreensão da problemática passamos a fazer uma breve abordagem da teoria e dos modelos explicativos sobre o comportamento humano que influenciam o nosso olhar sobre a mesma.

2.2.1 Teoria das Transições

Segundo Meleis e colaboradores (2000), o conceito de transição, no contexto da

enfermagem, remete para uma mudança do estado de saúde, nos papéis desempenhados, nas expectativas de vida, nas habilidades ou mesmo na capacidade de gerir as condições de saúde. Para aqueles autores, as transições com relevância para a enfermagem desafiam o cliente a incorporar novo conhecimento e novas habilidades, capazes de modificar comportamentos e a definição que o cliente faz de si e da sua condição.

As transições levam a alterações na vida e na saúde dos clientes mas também podem ser consequência das mesmas, sendo assim vistas como a passagem ou movimento de uma fase da vida para outra, de uma condição ou *status* para outro (Meleis et. al., 2000; Meleis, 2005). Para Meleis (2005) os processos de desenvolvimento da pessoa e do seu ciclo de vida, onde se inserem as experiências de saúde e doença, tratam-se de situações de transição devido às mudanças que provocam nas pessoas e no meio ambiente. Assim sendo, a enfermagem, deve procurar identificar tais mudanças, identificar os fatores que as influenciam para, deste modo, ajudar os clientes a viverem essas transições de modo saudável.

Aquando do diagnóstico de uma doença que exige cuidados especiais, o autocuidado no que respeita ao regime terapêutico deverá assentar numa mudança comportamental, que consiste numa transição que irá culminar numa adaptação ao problema em questão.

Uma pessoa a quem foi diagnosticada diabetes *mellitus* terá que integrar não apenas a doença na sua vida, como também de se adaptar a variadas recomendações, tendo então de passar por um período de transição, já que esta, consiste numa *“passagem ou movimento de um estado, condição (...) refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interação entre pessoa – ambiente”* (Meleis, 2000, p. 12-28). Após esse processo de transição, a pessoa fará a própria adaptação à sua nova condição, tratando-se de um processo durante o qual o doente deixa progressivamente de estar preocupado com a doença, integrando-a na sua vida de forma a manter o seu equilíbrio.

Estes processos de transição são influenciados por diversas condições pessoais, o significado atribuído aos eventos que levaram à transição, as atitudes, o *status* económico e claro o conhecimento acerca do processo de transição.

As terapêuticas de enfermagem, capazes de ajudar os clientes a viverem as transições no sentido da saúde com vista à “Mestria” (Meleis, 2005), devem incluir e mobilizar os fatores que podem facilitar ou dificultar o sucesso das transições. Na opinião

de Meleis e colaboradores (2000), tais factores ou “condicionalismos” podem ser categorizados em três dimensões: pessoal, da comunidade e da sociedade.

2.2.2 Modelos sócio-cognitivos

Fazemos, agora, uma breve revisão de alguns modelos sociocognitivos que pretendem analisar o nível em que os vários componentes afetam o comportamento.

O Modelo de Crenças de Saúde (MCS) consistiu na primeira teoria desenvolvida com o objetivo de explicar o comportamento das pessoas em situações de doença. O MCS foi inicialmente desenvolvido por Rosenstock, em 1966, e depois revisto por Becker e seus colaboradores nas décadas de 70 e 80, com o objetivo de prever os comportamentos relacionados com a prevenção em saúde, bem como os comportamentos dos doentes agudos e crónicos.

Este modelo preconiza a existência de quatro crenças que influenciam a adesão e também a procura de bem-estar: a susceptibilidade à doença, a gravidade da doença, os custos e os benefícios envolvidos. Na década de 80 foi adicionada mais uma componente que consistia num sinal ou estímulo necessário para desenvolver este, ou aquele, comportamento.

Em 1990, Rosenstock agrupou as variáveis que compõem o MCS: a ameaça (perceção de susceptibilidade e perceção da gravidade), a expectativa de resultado (perceção dos benefícios e perceção das barreiras) e a expectativa da eficácia (convicção acerca da capacidade pessoal).

A evidência disponível suporta a noção de que a compreensão da adesão passa por conhecer as ideias dos doentes acerca da doença e do tratamento. Contudo, o MCS também apresenta algumas falhas, tais como: a focalização no processamento racional, a ênfase no individual, a ausência de um papel para os fatores emocionais e a não explicação da relação entre as variáveis.

A noção de *locus* de controlo, formulada por Rotter (1966) demonstra as perceções da pessoa sobre a eficácia das suas ações no controlo da saúde. O *locus* pode ser interno (a pessoa acredita que as consequências resultam inteiramente das suas ações, ou seja, ele mesmo controla a sua vida) ou externo (a pessoa julga que as ações dependem de fatores externos, tais como o azar e a sorte).

Alguns estudos demonstram que a relação entre o *locus* de controlo e a adesão é

inconclusiva. Contudo, na prática, os princípios comportamentais podem ser usados para planejar intervenções que possam influenciar os comportamentos e assim promover a adesão terapêutica.

Um outro tipo de modelo sociocognitivo, é o Modelo de Auto-Regulação (MAR) que foi criado por Leventhal e resulta da incorporação do modelo de cognições de doença, definidas como as “*crenças implícitas do senso comum que o paciente tem sobre a sua doença*” (Leventhal, 1980, p. 7), com o comportamento de doença de modo a analisar a relação entre o conhecimento que o doente tem da doença e o seu consequente comportamento de *coping*.

De acordo com o MAR, a pessoa assume um papel fulcral na resolução dos seus problemas, assim sendo, a ameaça à saúde motiva a pessoa para empreender ações que visem a normalização. “*Patients respond to illness in a dynamic way based on their interpretation and evaluation of the illness.*” (Leventhal, 1987, p. 117). Podemos assim dizer que, por exemplo, a decisão de tomar, ou não, a medicação depende do facto de essa ação fazer, ou não, sentido, tendo em conta as considerações do doente perante a doença.

O MAR refere três fases de resposta à doença, as quais ocorrem tanto ao nível cognitivo como emocional, estabelecendo uma relação dinâmica entre a representação da doença, o *coping* e a avaliação: a representação cognitiva da ameaça à saúde ou interpretação, o desenvolvimento e implementação de um plano de ação ou *coping*, e a avaliação do resultado do plano de ação ou ponderação.

As estratégias de *coping* usadas pelos doentes também são diferentes e consoante elas, o doente poderá, ou não, estar mais próximo ou a afastar-se do que pretende, ou seja, da sua adesão à terapêutica.

Em 1996, Connor & Norman referiram que os modelos de cognição social parecem ter maior aplicabilidade em decisões sobre a manutenção da saúde e menos no que respeita à explicação dos comportamentos de adesão em contexto de doenças crónicas.

2.3 Justificação do estudo

O estudo aqui relatado assenta no conceito do Autocuidado, inscrevendo-se no domínio disciplinar da Enfermagem, já que o autocuidado é essencial para o funcionamento humano (Orem, 1991). Segundo Evers (2003), um dos principais focos de

interesse da investigação em enfermagem para os próximos anos, passa pela intensificação de pesquisas dirigidas pelo conceito de “ações de autocuidado”. É neste movimento que se situa o estudo que desenvolvemos.

O objetivo central do processo de investigação em enfermagem é, como nos disse Pereira (2007), o desenvolvimento de conhecimento capaz de explicar e compreender a natureza dos fenómenos de interesse para a enfermagem, as relações que se estabelecem entre eles e as condições/contextos sob os quais ocorrem e se desenvolvem.

O presente estudo de investigação apresenta relevância científica por se pretender que seja um contributo para melhorar a resposta oferecida pelos enfermeiros aquando do atendimento e acompanhamento de clientes com diabéticos, partindo do conhecimento adquirido acerca do seu autocuidado em relação à diabetes.

2.4 Finalidade

Este estudo visa descrever os níveis de Autocuidado numa população de clientes diabéticos pertencentes a um centro de saúde da região do grande Porto, assim como descrever os níveis de tomada de decisão e de participação nas decisões em saúde, por parte desses mesmos pacientes. Pretende-se, portanto, aprofundar o conhecimento de características dos clientes, com vista a uma melhoria de cuidados por parte dos enfermeiros.

2.4.1 Objetivos

Os objetivos preconizados por nós foram:

- Descrever os níveis de Autocuidado numa população de clientes diabéticos, de um centro de saúde da região do grande Porto;
- Identificar e explorar as relações existentes entre as variáveis de atributo dos clientes e os níveis de Autocuidado da diabetes *mellitus* por extenso;
- Descrever os níveis da Tomada de decisão e da Participação nas decisões sobre cuidados de saúde por parte dos clientes.

2.5 Visão geral do estudo

Nesta fase do trabalho, é pertinente dar uma visão geral do estudo realizado

(*Quadro I*), podendo desta forma melhor compreender o estudo em questão. Inicialmente, foi feita uma pesquisa bibliográfica tendo em vista a escolha de um subtema dentro da grande abrangência do Autocuidado, pesquisa essa que nos levou para o âmbito da Gestão do Regime Terapêutico em diabéticos.

Depois de definido o tema em que nos iríamos debruçar, foi necessário selecionar uma população que se inserisse na área metropolitana do grande Porto, dentro desta foi feita a seleção da amostra perante a qual, posteriormente, foi efetuada a colheita de dados, por entrevista, tendo por base o uso de um formulário composto por uma primeira parte onde se fez o levantamento sociodemográfico e três escalas: a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes, a Escala de Tomada de Decisão e a Escala de Participação nas Decisões sobre Cuidados de Saúde.

2.6 Visão geral da dissertação

A presente dissertação segue um modelo de organização e sequência de capítulos que procura ser fiel ao faseamento do estudo realizado.

Desta forma, num primeiro capítulo desta dissertação, é feita uma abordagem teórica dos assuntos em questão, tais como o autocuidado, a diabetes *mellitus* e as transições ao nível dos cuidados de saúde. É também apresentada a justificação, a finalidade e os objetivos do estudo em base para a investigação realizada.

Após a abordagem teórica em que se baseia a investigação, o terceiro capítulo apresenta as opções metodológicas efetuadas e o paradigma de investigação adotado.

No terceiro capítulo, são apresentados e analisados os resultados obtidos aquando da colheita de dados efetuada.

3 Metodologia

Neste capítulo serão abordadas as questões metodológicas do estudo, sendo enunciados os objetivos da investigação e apresentado o tipo de estudo que se pretende efetuar, técnica de recolha de dados e ao tratamento dos mesmos. De seguida, será definida a população e a amostra, assim como as questões éticas intrínsecas à investigação.

3.1 Tipo de estudo

As opções metodológicas realizadas para um estudo de investigação, bem como o tipo de abordagem a cumprir, dependem daquilo que o investigador pretende saber (Polit, Beck & Hungler, 2004).

O estudo que se pretende realizar, filia-se num paradigma de investigação quantitativa, orientado para a identificação de padrões e regularidades estatísticas, sendo do tipo descritivo e exploratório, centrando-se na descrição do problema em estudo – os níveis de autocuidado de clientes diabéticos, através de um processo de recolha de dados num único momento, o que lhe confere um carácter transversal (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Nos estudos quantitativos, à partida, as variáveis tendem a ser muito bem identificadas e operacionalizadas.

3.2 Variáveis em estudo

Na literatura disponível, existem diversas tipologias para categorizar as variáveis de um estudo. No presente trabalho de investigação, optámos por falar em variáveis de “atributo”, que nos permitem caracterizar cada um dos casos em estudo; e variáveis “em estudo”, quando nos referimos ao conceito central em estudo (Polit,

Beck & Hungler, 2004).

As variáveis em estudo são apresentadas no quadro seguinte (*Quadro II*), em função do seu tipo e nível de mensuração.

Quadro I - Variáveis de Estudo

Variáveis em estudo		Variáveis de atributo	
Níveis de Autocuidado enunciados pela Escala de Atividades com a Diabetes (Bastos e Lopes, 2004)	Métrico	USF	Nominal
		Sexo	Nominal
Tomada de Decisão	Ordinal	Idade	Métrico
	Métrico (após recodificação no SPSS)	Tratamento, ou não, com insulina	Nominal
Participação nas Decisões sobre Cuidados de Saúde	Ordinal	Estado Civil	Nominal
	Métrico (após recodificação no SPSS)		

3.2.1 Operacionalização das variáveis

Os níveis de autocuidado enunciados pela Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes tiveram por base um trabalho de investigação levado a cabo pela Professora Fernanda Bastos e pela Professora Doutora Carla Lopes (2007), as quais haviam procedido à tradução e validação para a população portuguesa, da SDSCA (2000).

A avaliação dos níveis de Tomada de Decisão e de Participação nas Decisões sobre Cuidados de Saúde foi efetuada a partir de uma escala construída pelos autores, tendo por base a Nursing Outcomes Classification (NOC). Em ambas as escalas foram utilizados cinco níveis de resposta, desde o *nunca* até ao *sempre*.

3.3 População e amostra

A população é definida por Polit et. al.. (2004) como “...o conjunto de indivíduos ou objetos com alguma característica comum, definidora.”. No estudo, que se pretende efetuar, a população em questão corresponde aos clientes com o diagnóstico médico de diabetes *mellitus*, inscritos no Centro de Saúde de Matosinhos,

sem défices cognitivos ou de memória.

Delimitada a população acessível, definimos um conjunto mais restrito de critérios de inclusão no estudo, estando nós conscientes das dificuldades de incluir todos os casos da população.

3.3.1 Plano de amostragem

Segundo Fortin (2000), a amostragem é o procedimento essencial num projeto de investigação, através do qual um grupo de pessoas (amostra) é incluído no estudo, definindo as fontes e estratégias de acesso aos casos/dados.

Neste enquadramento, tendo por base o tipo de estudo e os seus objetivos; assim como o tempo disponível para a realização da investigação, a técnica de amostragem que nos pareceu mais pertinente foi a amostragem por conveniência, onde os participantes foram reunidos por conveniência ou facilidade. Desta forma podemos falar de uma amostra de conveniência, por critério temporal e presencial aquando das idas ao Centro de saúde. A amostra foi então definida como sendo não probabilística por “quotas”: USF; dependência, ou não, da insulina; sexo; e, idades.

O projeto foi apresentado e partilhado com os enfermeiros do Centro de Saúde de Matosinhos, tendo-nos sido dadas algumas indicações que foram pertinentes aquando da Colheita de Dados.

3.3.2 Caracterização da amostra

A amostra em estudo será definida como sendo não probabilística por “quotas”, que é o equivalente a estratificada na probabilística (Carmo & Ferreira, 1998). Os critérios de quotização para estabelecimento de quotas foram: a proporção de pessoas com diabetes por USF, no Centro de Saúde; a distribuição percentual por grupo etário e sexo; e ainda, pela proporção de pessoas tratadas com ou sem insulina. A utilização destes critérios de amostragem prende-se com a natureza da informação disponível nos sistemas de informação em uso na ULSM

Como tal, estipulamos os seguintes critérios de inclusão na amostra:

- Idade superior a 18 anos;
- Falar fluentemente e compreender Português;
- Não apresentar nenhum défice cognitivo (temporário ou permanente);
- Cliente inscrito no Centro de Saúde de Matosinhos;

- Cliente com diagnóstico médico de diabetes *mellitus*;
- Clientes que aceitem participar no estudo, depois de devidamente informados da natureza e objetivos do mesmo.

3.3.2.1 Organização da amostra segundo a origem dos participantes

Como já foi referido, a população escolhida encontra-se inscrita na ULSM, fazendo parte das três Unidades de Saúde Familiar daquela instituição.

Tabela I - Distribuição da amostra em função da variável *USF*

USF	Frequência	Percentagem
Oceanos	92	46,0
Horizonte	66	33,0
Atlântida	42	21,0

No total dos 200 entrevistados, 42 (21%) estão inscritos na USF Atlântida, 66 (33%) na USF Horizonte e 92 (46%) na USF Oceanos (*Tabela I*). Estas percentagens partiram dos dados inicialmente fornecidos por cada USF e foram calculados de modo a termos valores aproximadamente proporcionais à totalidade dos clientes de cada USF.

3.3.2.2 Organização da amostra segundo o perfil sócio demográfico

Das variáveis anteriormente mencionadas, existem algumas que nos permitem caracterizar o perfil sociodemográfico da amostra estudada, tais como: o sexo, a idade, o estado civil e as habilitações literárias.

As seguintes tabelas mostram alguns dos valores descritivos:

Tabela II - Distribuição da amostra em função da variável *Sexo*

Sexo	Frequência	Percentagem
Masculino	89	44,5
Feminino	111	55,5

Como se pode constatar, de entre uma amostra de 200 pacientes, foram abordados 89 (44,5%) homens e 111 (55,5%) mulheres (*Tabela II*). Este aspeto foi tido em conta, de modo a se tentar obter um número equilibrado de homens e mulheres, tendo por base os valores da população inicialmente fornecidos.

Tabela III - Distribuição da amostra em função das variáveis *Idade e Habilitações Literárias*

	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão
Idade dos participantes	29	87	66,65	67,00	65	10,53
Idade à data do diagnóstico	16	81	54,80	56,50	70	13,27
Habilitações literárias (anos completos)	0	17	4,73	4,00	4	2,88

As idades dos participantes (*Tabela III*), à data dos questionários, compreendem-se entre os 29 e os 87 anos, sendo a média de aproximadamente 67 anos. O valor da idade mais comum é de 65 anos e metade dos entrevistados tem mais de 67 anos. Aquando do diagnóstico da doença, as idades compreendiam-se entre os 16 e os 81 anos, e apresentavam uma média de aproximadamente 55 anos. O valor da idade mais comum na altura do diagnóstico era de 70 anos e metade dos entrevistados tinham mais de 56 anos.

Em relação às habilitações literárias dos pacientes (*Tabela III*), compreendem-se entre os 0 e os 17 anos de escolaridade, sendo a média de aproximadamente 4 a 5 anos, o valor mais comum é de 4 anos, ou seja, o 1º ciclo do ensino básico, e metade dos entrevistados tem mais de 4 anos de escolaridade.

Tabela IV - Distribuição da amostra em função da variável *Estado Civil*

Estado Civil	Frequência	Percentagem
Casado / União de facto	160	80,0
Viúvo	31	15,5
Divorciado / Separado	6	3,0
Solteiro	3	1,5

Relativamente ao estado civil, a grande maioria dos entrevistados (80%) são casados ou vivem em união de facto, aproximadamente 15% estão viúvos e um pequeno número de 4,5% encontram-se solteiros ou divorciados/separados (*Tabela IV*).

3.3.2.3 Organização da amostra segundo o perfil de tratamento e complicações

Nos 200 diabéticos entrevistados obtivemos a seguinte caracterização:

Tabela V - Distribuição da amostra em função do *Tratamento com Insulina*

	Frequência	Percentagem
Insulino Tratado	32	16,0
Não Insulino Tratado	168	84,0

Isto mostra que apenas 32 (16%) diabéticos fazem tratamento com insulina e

que os restantes 168 (84%) não necessitam da administração da mesma (*Tabela V*).

Tabela VI - Distribuição da amostra em função do Tipo de Tratamento

Tipo de Tratamento	Frequência	Percentagem
Medicação Oral	178	89,0
Tratamento com Insulina	32	16,0
Nenhum Tratamento	15	7,5

No que respeita ao tipo de tratamento seguido por cada entrevistado (*Tabela VI*), obtivemos que 178 (89%) dos entrevistados seguem uma terapêutica oral, desses, 25 (12,5%) fazem também insulina, 15 (7,5%) não têm qualquer medida terapêutica e como tal controlam a glicemia através de medidas não farmacológicas, e 7 (3,5%) clientes fazem unicamente insulina.

Alguns dos participantes apresentam problemas diretamente relacionados com a diabetes *mellitus*, tais como o pé diabético, problemas do foro renal e visual. Existem também outras complicações como problemas do foro cardiovascular e, concomitantemente, alguns participantes apresentam problemas do foro respiratório, relevantes por interferirem com a capacidade para a realização de actividade física (*Tabela VII*).

Tabela VII - Distribuição da amostra em função de Outros Diagnósticos

Outros Diagnósticos	Frequência	Percentagem
Problemas circulatórios ou vasculares	157	78,5
Problemas respiratórios	56	28,0

3.4 Procedimentos de recolha de dados

Os dados foram colhidos mediante o preenchimento de três formulários, em que num primeiro se descrevem as variáveis de atributos em estudo, num outro se descrevem os níveis de Autocuidado com base nas dimensões do Regime Terapêutico e num último formulário onde abordamos a temática da Tomada de Decisão e Participação nas Decisões em Saúde. Os formulários são anónimos e voluntários. A utilização de formulários é um procedimento amplamente utilizado neste tipo de pesquisas (Polit & Hungler, 1995), na medida em que permite a participação, no estudo, de pessoas com níveis de literacia mais baixos, o que é compreensível dada a faixa etária predominante no universo da população diabética inscrita no Centro de Saúde de Matosinhos.

3.4.1 Instrumento(s) de recolha de dados

A primeira parte do formulário, de cariz sociodemográfico, foi construída para este trabalho de Investigação e tem em vista a descrição da amostra em estudo, abordando a idade, o sexo, o estado civil, as habilitações literárias, o agregado e aspetos relacionados com a doença.

3.4.1.1 Escala de atividades de autocuidado com a diabetes

O Instrumento a utilizar para a identificação dos níveis de Autocuidado será a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes, a qual consiste numa tradução, já validada para a População Portuguesa, efetuada por Bastos et. al., a partir da *The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure* (2000, Deborah et. al.).

A escala *The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure* (2000) encontra-se dividida em seis partes: *alimentação (dois itens referentes à alimentação em geral e três itens relativos à alimentação específica); exercício físico (dois itens); monitorização da glicemia (dois itens); medicação (um item ou a média de dois, em alternativa); cuidados com os pés (cinco itens); hábitos tabágicos (quatro itens)*. A SDSCA foi parametrizada em “dias por semana em que os indivíduos apresentam determinado comportamento”, variando o *score* de cada item entre 0 e 7 dias. O *score* por dimensão resultou da média do número de dias dos itens que constituem cada dimensão.

Até ao ano 2000 haviam sido realizados sete estudos científicos usando a SDSCA, tendo o primeiro sido realizado no início dos anos 90. Nesta escala foi usada a correlação de Pearson de modo a avaliar a associação entre a primeira colheita de dados e o teste-reteste, assim como para avaliar a associação entre as seis mini-escalas e as variáveis de atributo; ao invés do Alpha (α) de Cronbach usou-se a correlação inter-item de modo a se correlacionarem os itens dentro das diversas mini-escalas, já que o α de Cronbach é influenciado tanto pelo número de itens como pela relação entre os mesmos. A consistência interna das diversas escalas foi aceitável (média = 0,47), havendo contudo um reduzido número de correlações significativas.

Todos os estudos realizados, onde se aplicava a SDSCA, demonstraram que consiste numa forma multidimensional de avaliar o autocuidado da diabetes, o qual se trata de uma medida multidimensional de autogestão da diabetes, com adequada fiabilidade teste-reteste, e evidência de validade e sensibilidade à mudança. O pequeno

número de correlações encontradas entre as diversas sub-escalas da SDSCA e as características socio-demográficas demonstra que esta escala pode ser amplamente usada com vista a uma generalizada população diabética, independentemente do sexo, do tempo de diagnóstico e da dependência, ou não, de insulina. A escala mede indiretamente a adesão (*adherence*), através dos níveis de autocuidado, não avaliando a concordância (*compliance*) com o regime prescrito.

Em 2004, Bastos & Lopes concluíram a tradução e validação da *The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure*, criando assim a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (2004), a qual foi testada quanto às suas propriedades, sendo considerada como um instrumento fiável e válido na avaliação do autocuidado com a Diabetes.

O trabalho realizado por estas autoras tinha como objetivo: traduzir para língua portuguesa, adaptar culturalmente e avaliar as propriedades psicométricas da escala. A SDSCA foi, não apenas traduzida, mas foram também acrescentados alguns pontos e subdivididos outros de acordo a sua pertinência e relevância. O estudo realizado Bastos & Lopes por feito em dois períodos distintos do tempo de modo a se avaliar os níveis de adesão, antes e depois da aplicação de um plano educacional. A versão final, portuguesa da escala foi constituída por 23 itens: alimentação (três itens referentes à alimentação geral e sete itens relativos à alimentação específica); exercício físico (dois itens); monitorização da glicemia (dois itens); cuidados com os pés (três itens); medicação (um item ou a média de dois, em alternativa); e hábitos tabágicos (três itens).

A consistência interna da escala traduzida e validada, considerando todos os itens globalmente, foi baixa dado que o comportamento de adesão é multidimensional.

3.4.1.2 Escala de tomada de decisão

Esta escala foi construída a partir de conteúdos da Classificação de resultados em enfermagem mais amplamente utilizada (NOC), tendo por base dois argumentos: por um lado o facto dos autores, Bastos & Pereira (n.p.), reconhecerem a validade do conteúdo dos itens, e por outro, as experiências anteriores de construção de outras escalas a partir de conteúdos incluídas nessa classificação demonstram uma elevada validade e fidelidade.

Os níveis de Tomada de decisão tiveram como base a NOC. Foram utilizados

cinco níveis de resposta: *nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre.*

A escala da Tomada de decisão define-se pelo facto de relatar a capacidade de fazer julgamentos e escolher entre duas ou mais alternativas. Trata-se de uma escala que apresenta fidelidade, ou seja, possui um elevado grau de precisão e constância dos resultados, apresentando esta escala um $\alpha = 0,931$ (8 itens). É também uma escala que apresenta validade nas suas diversas vertentes: validade de conteúdo, já que se baseia em dados cientificamente e amplamente estudados como os que provêm da NOC; validade de constructo, pois a escala provém de uma sólida estrutura teórica; e, validade a nível de critérios usados ao longo da escala.

3.4.1.3 Escala de participação nas decisões sobre cuidados de saúde

Esta escala, tal como a anteriormente referida, construída Bastos & Pereira (n.p.), foi baseada igualmente na NOC, pelas razões anteriormente apontadas.

Os níveis de Participação nas decisões sobre cuidados de saúde tiveram como base a NOC. Foram utilizados cinco níveis de resposta: *nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre.*

A escala da Participação nas decisões sobre cuidados de saúde define-se pelo facto de relatar a capacidade de fazer julgamentos e escolher entre duas ou mais alternativas. Trata-se de uma escala que apresenta fidelidade, ou seja, possui um elevado grau de precisão e constância dos resultados, apresentando esta escala um $\alpha = 0,944$ (21 itens). É também uma escala que apresenta validade nas suas diversas vertentes: validade de conteúdo, já que se baseia em dados cientificamente e amplamente estudados como os que provêm da NOC; validade de constructo, pois a escala provém de uma sólida estrutura teórica; e, validade a nível de critérios usados ao longo da escala.

3.5 Procedimentos de análise dos dados

Os dados recolhidos serão processados e analisados através dos procedimentos de estatística descritiva e inferencial adequado, com base no programa informático SPSS versão 18.0 em vigor na Escola Superior de Enfermagem do Porto à data do tratamento dos dados.

3.6 Considerações éticas

Deste trabalho não resultou qualquer prejuízo para os participantes a não ser o tempo despendido aquando da colheita de dados. No que respeita a benefícios, irá aumentar o conhecimento dos serviços de saúde sobre a forma como gerem a doença, sendo positivo tanto para os profissionais como para os clientes.

Foi assegurada a confidencialidade e o anonimato dos envolvidos aquando da colheita de dados e do seu tratamento, já que em nenhum momento foi associado o nome ou qualquer outro aspeto identificativo do cliente.

Foi fornecida a informação de que a participação no estudo foi voluntária. Se tivessem decidido não participar no estudo, não teria resultado qualquer alteração nos cuidados que são prestados no serviço. No caso de terem decidido participar no estudo, poderiam a qualquer momento deixar de o fazer; a desistência não implicaria qualquer prejuízo ou mudança no plano assistencial.

4 Apresentação e discussão dos resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos após este estudo, focado na problemática do autocuidado com a diabetes.

4.1 O Autocuidado com a diabetes

Como já foi mencionado, e segundo Orem (1971), o autocuidado consiste num conjunto de atividades que cada pessoa inicia e realiza com o objetivo de manter a vida, o bem-estar e a saúde. Como tal, uma pessoa a quem tenha sido diagnosticada a diabetes *mellitus* deverá adotar determinados hábitos que promovam e mantenham bons níveis de saúde, esses hábitos podem passar por uma manutenção de uma saudável e regrada dieta alimentar, pela toma de medicação oral ou mesmo pela administração de insulina.

A adoção de hábitos saudáveis, isto é, a adoção de um bom nível de autocuidado por parte do cliente, poderá ajudar a reduzir as complicações inerentes à diabetes *mellitus* e também a reduzir o impacto que outros diagnósticos possam ter juntamente com a mesma e que, conseqüentemente, agravarão o estado geral de saúde.

Do agravamento da condição de saúde salientam-se as complicações, apresentando-se na tabela VIII a referência obtida por auto-relato dos participantes.

Tabela VIII - Complicações da diabetes mellitus referenciadas pelos participantes

Complicações da diabetes <i>mellitus</i>	Frequência	Porcentagem
Visão	16	8,0
Pé Diabético	2	1,0
Renal	2	1,0
<i>Sem outros problemas</i>	182	91,0

Debruçando-nos sobre a tabela acima apresentada (*Tabela VIII*), a mesma mostra que os problemas que os participantes associam com maior frequência à diabetes, enquanto complicações, estão relacionados com a visão, estando presentes em 16 (8%) dos 200 inquiridos.

No que respeita à distribuição da amostra em função de “Outros Diagnósticos” (Tabela VII), constatou-se que 157 (78,5%) dos diabéticos sofrem de problemas do foro circulatório e, destes, 46 (23% do total) apresentam, também, problemas respiratórios. Contudo, 32 diabéticos (16% dos inquiridos) referem não sofrer de qualquer patologia além da diabetes *mellitus*.

Uma das consequências da morbilidade da diabetes é a necessidade de recorrer ao serviço de urgências ou mesmo ser internado devido a complicações relacionadas com a diabetes *mellitus*. Verificamos que 10% dos inquiridos já teve de se deslocar ao serviço de urgências ou ao SASU por problemas relacionados com a diabetes *mellitus* (Tabela IX).

No presente estudo obtivemos alguns valores sobre esses aspetos.

Tabela IX - Idas ao Serviço de Urgências ou SASU devido à diabetes mellitus no último ano

Idas ao SU ou SASU devido à diabetes <i>mellitus</i>	Frequência	Percentagem	Percentagem Relativa
Sim	20	10,0	10,1
Não	179	89,5	89,9
<i>Total</i>	199	99,5	

Dos 200 inquiridos, 139 já estiveram internados, sendo que 15 destes participantes referenciam que tiveram internamentos relacionados com a diabetes *mellitus* ou complicações relacionadas com a mesma (Tabela X).

Tabela X - Internamentos relacionados com a diabetes mellitus

Internamentos	Frequência	Percentagem	Percentagem Relativa
Não relacionados com a DM	124	62,0	89,2
Relacionados com a DM	15	7,5	10,8
<i>Total</i>	139	69,5	

Associando as variáveis *Complicações da diabetes mellitus*, a *Outros Diagnósticos associados*, às *Idas às Urgências ou SASU devido à diabetes mellitus* e *Internamentos relacionados com a diabetes mellitus* mencionados, criamos uma nova variável que identificamos como *score das Intercorrências* (Tabela XI). Verificando-se que, embora a maior parte dos indivíduos da amostra não refira qualquer intercorrência (82,5%), 10,5% apresenta pelo menos uma intercorrência relacionada com a diabetes e 2% referem quatro intercorrências.

Tabela XI - Score final das Intercorrências (nº total de intercorrências)

Score final das Intercorrências	Frequência	Porcentagem
Sem qualquer Intercorrência	165	82,5
Com uma das Intercorrências mencionadas	21	10,5
Com duas das Intercorrências mencionadas	10	5,0
Com as quatro Intercorrências mencionadas	4	2,0
<i>Total</i>	200	100,0

4.1.1 Alimentação

Considerando os diferentes componentes do regime terapêutico da pessoa com diabetes, a alimentação é a componente, depois da medicação, que comumente mais se associa ao controle da mesma, estabelecendo uma relação mais direta entre a ingestão alimentar e os níveis de glicose no sangue.

Na Escala de atividades de autocuidado com a diabetes a alimentação encontra-se dividida em alimentação geral (3 itens) e alimentação específica (7 itens). Obtiveram-se valores que nos permitem apresentar as frequências das respostas dadas em cada uma das perguntas que compõem a componente da alimentação geral e da alimentação específica (*Tabela XII*), assim como alguns valores descritivos que nos deram uma panorâmica geral das repostas apresentadas (*Tabela XIII*), em que o valor varia entre 0 e 7, representando o número de dias por semana, em que 7 é o valor mais favorável. Assim, a “alimentação geral”, neste caso, corresponde à média, ignorando os nulos, dos 3 itens específicos incluídos na escala.

Tabela XII – Frequências da *Alimentação geral* e da *Alimentação específica*

Aspetos focados	Dias da semana	0	1	2	3	4	5	6	7	Total
Alimentação Geral saudável		0 (0%)	2 (1%)	16 (8%)	22 (13%)	25 (12,5%)	34 (17%)	37 (18,5%)	60 (30%)	200 (100%)
Alimentação Geral recomendada, último mês		24 (12%)	21 (10,5%)	35 (17,5%)	26 (13%)	20 (10%)	26 (13%)	19 (9,5%)	29 (14,5%)	200 (100%)
Alimentação Geral de frutas e vegetais (mais que 5 doses)		1 (0,5%)	2 (1%)	9 (4,5%)	6 (3%)	8 (4%)	11 (5,5%)	3 (1,5%)	160 (80%)	200 (100%)
Alimentação Específica de carnes vermelhas		2 (1%)	7 (3,5%)	15 (7,5%)	43 (21,5%)	67 (33,5%)	27 (13,5%)	27 (13,5%)	12 (6%)	200 (100%)
Alimentação Específica de pão às refeições principais		118 (59%)	0 (0%)	2 (1%)	12 (6%)	7 (3,5%)	2 (1%)	10 (5%)	49 (24,5%)	200 (100%)
Alimentação Específica mistura de hidratos de carbono		7 (3,5%)	2 (1%)	0 (0%)	1 (0,5%)	15 (7,5%)	27 (13,5%)	59 (24,5%)	89 (44,5%)	200 (100%)
Alimentação Específica álcool às principais refeições		53 (26,5%)	1 (0,5%)	0 (0%)	1 (0,5%)	2 (1%)	6 (3%)	12 (6%)	125 (62,5%)	200 (100%)
Alimentação Específica álcool fora das refeições		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (2,5%)	195 (97,5%)	200 (100%)
Alimentação Específica de doces		8 (4%)	1 (0,5%)	5 (2,5%)	4 (2%)	9 (4,5%)	21 (10,5%)	74 (37%)	78 (39%)	200 (100%)
Alimentação Específica adoçar as bebidas com açúcar		78 (39%)	0 (0%)	2 (1%)	7 (3,5%)	3 (1,5%)	4 (2%)	1 (0,5%)	105 (52,5%)	200 (100%)

Através destes resultados obtidos verifica-se que no âmbito da alimentação geral, a maioria dos clientes referem seguir uma alimentação saudável com um consumo regular de frutas e vegetais, já no âmbito da alimentação específica verificam-se alguns valores menos positivos tais como sendo o consumo de carnes vermelhas, hidratos de carbono, consumo de álcool e de doces. Assim sendo, verifica-se que os profissionais de enfermagem poderiam focar a sua atenção no âmbito destes aspectos de modo a tentar ajudar as pessoas a corrigirem alguns hábitos e de modo a contribuírem para uma melhoria da sua saúde.

Tabela XIII - Descrição da *Alimentação geral* e da *Alimentação específica*

Valores descritivos	N	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Alimentação geral	200	4,97	5,00	1,32	1,00	7,00
Alimentação específica	200	4,86	4,86	0,97	2,14	6,86

Verifica-se que, em média, os participantes referem seguir o plano alimentar

recomendado e comportamentos específicos adequados para quem tem diabetes, perto dos cinco dias por semana. Contudo, verifica-se que os valores para a alimentação geral se encontram dispersos entre esse comportamento desde só existir num único dia (mínimo) e estar presente em todos os dias da semana (máximo). Verificando-se, ainda, que cinquenta por cento das pessoas referenciam este comportamento em cinco, dos sete dias, podendo colocar-se em hipótese que o fim-de-semana pode estar associado a esta prevaricação. Já para a alimentação específica, verifica-se uma menor flexibilidade em termos do valor mínimo (2,14), o que pode significar que os participantes atribuem maior significado a estes comportamentos (ingestão de doces, álcool, etc.) do que a uma alimentação saudável.

Verificamos, também, a consistência interna nas diferentes subescalas, sendo esperado que o *alfa de Cronbach* fosse baixo, tendo em conta os resultados de outros estudos (Bastos et. al., 2007). Esta assunção é, em parte, explicada pelo reduzido número de itens de cada subescala. Esta é, no entanto, uma vantagem para a sua aplicação permitindo uma ideia clara da forma como é gerido o regime terapêutico em tempo reduzido e uma vantagem clínica porque permite identificar incongruências entre o que a pessoa percebe como sendo o seu regime terapêutico e o seu comportamento em aspetos específicos. No que se reporta ao padrão alimentar, verificamos uma baixa consistência interna, avaliada pelo Alpha de Cronbach, com $\alpha = 0,509$ na alimentação geral e $\alpha = 0,351$ na alimentação específica. Ambas as subescalas são compostas por menos de 10 elementos (3 e 7, respetivamente). Verificamos, também, as correlações inter-item, as quais devem ter um valor entre os 0,2 e os 0,4 de modo a serem consideradas como aceitáveis (Briggs and Cheek, 1986). Verifica-se que existe uma reduzida correlação entre as três perguntas que fazem parte da subescala da alimentação geral (*Tabela XIV*).

Nas seguintes tabelas (*Tabela XIV* e *Tabela V*) foi usada uma nomenclatura referente a cada uma das perguntas presentes na Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes, para uma melhor compreensão do significado de cada uma das expressões usadas nas tabelas, pode consultar o Anexo II.

Tabela XIV - Correlações inter-item na Alimentação geral para testes de confiança

Correlações inter-item Alimentação geral	Alimentação geral 1	Alimentação geral 2	Alimentação geral 3
Alimentação geral 1	1,000	0,346	0,266
Alimentação geral 2	0,346	1,000	0,158
Alimentação geral 3	0,266	0,158	1,000

Contudo, no que se refere à alimentação específica a correlação inter-item é

praticamente inexistente, salvo muito raras exceções (*Tabela XV*). Estas exceções referem-se ao consumo de álcool (na e fora das refeições) e entre o consumo de carnes vermelhas e álcool às refeições, estando de acordo com o estudo de Bastos et. al., 2007.

Tabela XV - Correlações inter-item na Alimentação específica para testes de confiança

Correlações inter-item Alim. esp.	Alim. esp. 1	Alim. esp. 2	Alim. esp. 3	Alim. esp. 4	Alim. esp. 5	Alim. esp. 6	Alim. esp. 7
Alim. esp. 1	1,000	-0,093	0,047	0,230	0,094	0,066	0,061
Alim. esp. 2	-0,093	1,000	0,197	0,194	0,052	0,026	0,047
Alim. esp. 3	0,047	0,197	1,000	0,006	0,050	-0,060	0,026
Alim. esp. 4	0,230	0,194	0,006	1,000	0,260	0,070	-0,106
Alim. esp. 5	0,094	0,052	0,050	0,260	1,000	0,151	0,125
Alim. esp. 6	0,066	0,026	-0,060	0,070	0,151	1,000	0,063
Alim. esp. 7	0,061	0,047	0,026	-0,106	0,125	0,063	1,000

Na perspetiva de conhecer o panorama dos clientes do centro de saúde em questão, quisemos verificar se existe alguma associação entre a gestão do padrão alimentar e a existência de intercorrências tais como internamento, complicações relacionadas com a diabetes *mellitus* ou idas ao SU/SASU, utilizando para o efeito a correlação de Spearman. Tendo-se verificado a inexistência de correlações significativas entre as intercorrências e a alimentação, geral e específica (*Tabela XVI*), verificando-se, como esperado, uma correlação fraca, mas significativa entre a alimentação geral e específica.

Tabela XVI - Correlação entre a Alimentação e o Score das Intercorrências

Coefficientes de Correlação de Spearman	Score das Intercorrências <i>p</i>	Alimentação geral <i>p</i>	Alimentação específica <i>p</i>
Score das Intercorrências	1,000	0,059 (<i>p</i> =0,406)	-0,006 (<i>p</i> =0,929)
Alimentação geral	0,059 (<i>p</i> =0,406)	1,000	0,145 (<i>p</i> = 0,040)
Alimentação específica	-0,006 (<i>p</i> =0,929)	0,145 (<i>p</i> = 0,040)	1,000

No presente trabalho de investigação foram calculados alguns dados descritivos da amostra assim como foi ainda usado o teste de Mann-Whitney (teste não-paramétrico) com o objectivo de testar as diferenças entre dois grupos independentes (Julie Pallant, 2001).

No que respeita ao estado civil, foram apenas contabilizados os valores apresentados pelos casados/união de facto e pelos viúvos, já que os valores referentes aos diabéticos solteiros e aos separados/divorciados têm uma representatividade muito baixa.

Tabela XVII - Diferença na Alimentação geral e específica em função do Estado civil

	Estado Civil	N	Média (dias)	Desvio padrão	Mean Rank	Teste de Mann-Whitney	<i>p</i>
Alimentação geral	Casado ou União de Facto	160	4,95	1,34	95,26	2361,50	0,672
	Viúvo	31	5,10	1,25	100,66		
Alimentação específica	Casado ou União de Facto	160	4,75	0,95	90,51	1601,50	0,002
	Viúvo	31	5,38	0,96	124,34		

Dentro da componente da alimentação específica e relacionando-a com o estado civil dos entrevistados (*Tabela XVII*), verificamos que os viúvos apresentam um valor médio superior ao das pessoas casadas ou a viver em união de facto, diferença com significado estatístico.

Verificando se existem diferenças na forma como é gerido o padrão alimentar (geral e específico) consoante o sexo dos vários entrevistados (*Tabela XVII*) verificamos que, as mulheres apresentam um valor médio superior ao dos homens. Apesar de não existirem diferenças significativas na alimentação geral, na alimentação específica verifica-se que as mulheres têm uma gestão mais adequada ($p < 0,001$), nos aspetos mais específicos dos cuidados com a diabetes (*Tabela XVIII*).

Tabela XVIII - Diferença na Alimentação geral e específica em função do Sexo

	Sexo	N	Média (dias)	Desvio padrão	Mean Rank	Teste de Mann-Whitney	<i>p</i>
Alimentação geral	Masculino	89	4,83	1,14	93,84	4347,00	0,143
	Feminino	111	5,09	1,44	105,84		
Alimentação específica	Masculino	89	4,52	0,97	80,83	3188,50	< 0,001
	Feminino	111	5,13	0,89	116,27		

Em relação ao facto de ser, ou não, insulino-tratado, verificou-se que numa amostra de 200 diabéticos, 32 fazem tratamento com insulina, enquanto 168 fazem tratamento com medicação oral ou não fazem qualquer tipo de tratamento medicamentoso (*Tabela XIX*).

Tabela XIX - Diferença na Alimentação geral e específica em função do Tratamento com insulina

	Tipo de tratamento	N	Mean Rank	Teste de Mann-Whitney	<i>p</i>
Alimentação geral	Insulino-tratado	32	111,22	2345,00	0,251
	Não Insulino-tratado	168	98,46		
Alimentação específica	Insulino-tratado	32	119,83	2069,50	0,039
	Não Insulino-tratado	168	96,82		

Os doentes diabéticos que fazem tratamento com insulina demonstram melhores níveis de autocuidado com a alimentação geral e com a alimentação específica quando comparados com os que não são tratados com insulina. Embora na alimentação geral essa diferença não ser estatisticamente significativa, na alimentação específica verifica-se uma diferença com significado estatístico (*Tabela XIX*). Esta diferença pode ser explicada por uma maior preocupação com o controlo da alimentação, por parte dos clientes insulino-tratados, possivelmente associada à perceção de maior gravidade.

Ainda permanecendo na componente da alimentação, mas analisando-a de acordo com as USFs em que decorreu a colheita de dados (*Tabela XX*), verificamos que em relação à alimentação geral, os casos da USF Oceanos apresenta um *score* superior quando comparado com os participantes das outras USFs; e, que em relação à alimentação específica, a USF Atlântida é a que apresenta um *score* médio inferior.

Tabela XX - Descrição da Alimentação geral e específica em função da USF

	USF	N	Média (dias)	Desvio padrão
Alimentação geral	Atlântida	42	4,87	1,24
	Horizonte	66	4,85	1,28
	Oceanos	92	5,11	1,39
Alimentação específica	Atlântida	42	4,48	0,98
	Horizonte	66	4,99	0,94
	Oceanos	92	4,95	0,96

No âmbito das USFs e de modo a se compararem se estes resultados eram ou não significativos, utilizamos o teste de Kruskal-Wallis (*Tabela XXI*) com o objetivo de se compararem as médias das respostas de cada uma das subescalas existentes. O valor aqui apresentado demonstra-se a existência de diferença com significado estatístico no que se refere à alimentação específica.

Tabela XXI - Comparação dos scores da Alimentação geral e específica por USF (Teste Kruskal-Wallis)

	(I) USF	N	Mean Rank	<i>p</i>
Alimentação geral	USF Atlântida	42	94,25	0,334
	USF Horizonte	66	95,39	
	USF Oceanos	92	107,02	
Alimentação específica	USF Atlântida	42	77,77	0,016
	USF Horizonte	66	107,89	
	USF Oceanos	92	105,57	

Descritos os resultados relativos à alimentação, avançamos para os aspetos relativos à atividade física.

4.1.2 Atividade física

A atividade física faz também parte dos parâmetros avaliados neste estudo já que influencia o desempenho dos pacientes no que concerne aos níveis de glicose no sangue. Uma maior atividade física leva a um maior dispêndio de energia e o conseqüente gasto de glicose, diminuído assim o valor sérico no organismo.

Os valores de frequência (*Tabela XXII*) e os valores descritivos (*Tabela XXIII*) dão-nos uma panorâmica geral da adesão ao exercício físico, que se verifica estar muito aquém do desejável. Esta é a componente do regime terapêutico com menor nível de adesão.

Tabela XXII – Frequências da Atividade física

Aspetos focados	Dias da semana	0	1	2	3	4	5	6	7	Total
Prática de atividade física		65 (32,5%)	17 (8,5%)	12 (6%)	8 (4%)	4 (2%)	15 (7,5%)	1 (0,5%)	78 (39%)	200 (100%)
Exercício físico programado		174 (87%)	5 (2,5%)	12 (6%)	5 (2,5%)	2 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)	200 (100%)

Tais frequências demonstram o quão baixo são os níveis de atividade física ao nível dos clientes diabéticos, assim sendo os profissionais de enfermagem poderiam arranjar forma de cativarem os clientes para uma maior atividade física tendo em conta as possíveis limitações de cada um.

Tabela XXIII - Descrição da Atividade física

Valores descritivos	N	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Atividade física	200	1,94	2,00	1,71	0,00	7,00

Avaliamos a confiança da subescala da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes que avalia a atividade física, tendo-se verificado um $\alpha = 0,277$, valores muito inferiores aos apresentados por Bastos (2007), em que $\alpha = 0,63$, com as mesmas questões (duas).

Foram também calculadas as correlações inter-item (*Tabela XXIV*), que apresenta valores inferiores aos considerados como aceitáveis (superior a 0,2) (Briggs and Cheek, 1986), sendo este de 0,16, enquanto o estudo de Bastos (2007) apresentava uma correlação de 0,47. Os valores obtidos nas correlações inter-item demonstram a reduzida correlação estatística entre as duas perguntas que compõem a subescala da atividade física, neste estudo, o que constitui uma limitação muito significativa deste nosso estudo.

Na seguinte tabelas (*Tabela XXIV*) foi usada uma nomenclatura referente a cada

uma das perguntas presentes na Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes, para uma melhor compreensão do significado de cada uma das expressões usadas nas tabelas, pode consultar o Anexo II.

Tabela XXIV - Correlações inter-item na *Atividade física*

Correlações inter-item Atividade física	Atividade física 1	Atividade física 2
Atividade física 1	1,000	0,161
Atividade física 2	0,161	1,000

Verificamos, também, a não existência de uma associação entre o *score* das intercorrências e o nível de atividade física (*Tabela XXV*).

Tabela XXV - Correlação entre a *Atividade física* e o *Score das Intercorrências*

Coefficientes de Correlação de Spearman	<i>Score</i> das Intercorrências	Atividade física	<i>p</i>
<i>Score</i> das Intercorrências	1,000	-0,029	0,680
Atividade física	-0,029	1,000	0,680

Já face à atividade física verificam-se diferenças quando comparamos o nível entre os que têm companheiro e os viúvos (*Tabela XXVI*).

Tabela XXVI - Diferença na *Atividade física* em função do *Estado civil*

	Estado Civil	N	Média (dias)	Desvio padrão	Mean Rank	Teste de Mann- Whitney	<i>p</i>
Atividade física	Casado ou União de Facto	160	2,03	1,67	99,61	1903,00	0,034
	Viúvo	31	1,40	1,88	77,39		

Relacionando a atividade física com o estado civil dos entrevistados, verificamos que os casados ou a viverem em união de facto apresentam um valor médio superior ao das pessoas viúvas.

Pretendendo perceber se esta componente do regime terapêutico tinha relação com a variável “sexo” verificou-se que os homens apresentam um valor médio superior ao das mulheres e que essa diferença é estatisticamente significativa (*Tabela XXVII*).

Tabela XXVII - Diferença na *Atividade física* em função do *Sexo*

	Sexo	N	Média (dias)	Desvio padrão	Mean Rank	Teste de Mann- Whitney	<i>p</i>
Atividade física	Masculino	89	2,28	1,72	111,88	3927,00	0,010
	Feminino	111	1,66	1,66	91,38		

Em relação ao tipo de tratamento medicamentoso, e como já foi referido, numa amostra de 200 diabéticos, 32 fazem tratamento com insulina, enquanto 168 fazem

tratamento com medicação oral ou mesmo sem qualquer tipo de fármacos. Através do teste de Mann-Whitney foi efetuada a comparação dos níveis de atividade física em função do tipo de tratamento, tendo sido evidente que não se verificam diferenças com significado estatístico entre os dois grupos (*Tabela XXVIII*).

Tabela XXVIII - Diferença na Atividade física em função do Tratamento com insulina

	Tipo de tratamento	N	Mean Rank	Teste de Mann-Whitney	<i>p</i>
Atividade física	Insulino-tratado	32	102,77	2615,50	0,803
	Não Insulino-tratado	168	100,07		

Ainda permanecendo na componente da atividade física, mas analisando-a de acordo com as USFs em que decorreu a colheita de dados (*Tabela XXIX*), verificamos que os casos provenientes da USF Oceanos apresentam um valor médio ligeiramente superior.

Tabela XXIX - Médias da Atividade física em função da USF

	USF	N	Média (dias)	Desvio padrão
Atividade física	Atlântida	42	4,87	1,24
	Horizonte	66	4,85	1,28
	Oceanos	92	5,11	1,38

No âmbito das USFs e de modo a se compararem os resultados obtidos, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis (*Tabela XXX*), com o objetivo de se verificar se é significativa a diferença entre as três USFs. O resultado do teste de Kruskal-Wallis não tem significado estatístico ($p = 0,202$).

Tabela XXX - Comparação dos scores de Atividade física em função da USF

	(I) USF	N	Mean Rank	<i>p</i>
Atividade física	USF Atlântida	42	90,43	0,202
	USF Horizonte	66	109,58	
	USF Oceanos	92	98,59	

Exploradas as questões relativas à atividade física, importa evoluir para a abordagem à dimensão da auto-monitorização da glicemia capilar.

4.1.3 Auto-monitorização da glicemia capilar

A auto-monitorização da glicemia capilar é um aspeto bastante importante no controlo e melhoria dos valores de glicose sanguínea, já que é através dela que se traçam novos planos terapêuticos ou se melhoram os planos em curso.

Este aspeto radica em duas perguntas no questionário da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes. Na tabela seguinte (*Tabela XXXI*) apresentamos as frequências de respostas obtidas.

Tabela XXXI – Frequências da *Auto-monitorização da glicemia capilar*

	Frequência	Percentagem
Nunca faz o recomendado	4	2,0
Menos 6 vezes que o recomendado	9	4,5
Menos 5 vezes que o recomendado	4	2,0
Menos 4 vezes que o recomendado	4	2,0
Menos 3 vezes que o recomendado	15	7,5
Menos 2 vezes que o recomendado	4	2,0
Menos 1 vez que o recomendado	6	3,0
Faz conforme recomendado ou mais	154	77,0

Como se constata, a grande maioria dos clientes diabéticos afirma realizar a auto-monitorização glicémica conforme o recomendado pelos profissionais de saúde.

Posteriormente, correlacionando a auto-monitorização da glicemia capilar com o *score* obtido das intercorrências (*Tabela XXXII*) é possível compreender que não existe uma estatisticamente significativa.

Tabela XXXII - Correlação entre a *Auto-monitorização da glicemia capilar* e o *Score das Intercorrências*

Coefficientes de Correlação de Spearman	<i>Score</i> das Intercorrências	Auto-monitorização da glicemia	<i>p</i>
<i>Score</i> das Intercorrências	1,000	0,127	0,074
Auto-monitorização da glicemia	0,127	1,000	0,074

No que respeita à auto-monitorização da glicemia capilar e relacionando-a com o estado civil dos entrevistados (*Tabela XXXIII*), verificamos que tanto os casados ou a viverem em união de facto como os viúvos apresentam valores médios elevados (superiores a 6 dias por semana), o que explica o facto da diferença entre os dois grupos não ser estatisticamente significativa.

Tabela XXXIII - Diferenças na *Auto-monitorização da glicemia capilar* em função do *Estado civil*

	Estado Civil	N	Média (dias)	Desvio padrão	Mean Rank	Teste de Mann-Whitney	<i>p</i>
Auto-monitorização da glicemia	Casado ou União de Facto	160	6,08	1,91	94,88	2300,50	0,383
	Viúvo	31	6,32	1,70	101,79		

Em relação à variável sexo, verificamos que tanto os homens como as mulheres apresentam valores médios bastante razoáveis. Através do teste estatístico de Mann-

Whitney (*Tabela XXXIV*) verificamos que a diferença na auto - monitorização da glicemia não é estatisticamente significativa ($p = 0,995$).

Tabela XXXIV - Diferenças na Auto-monitorização da glicemia capilar em função do Sexo

	Sexo	N	Média (dias)	Desvio padrão	Mean Rank	Teste de Mann-Whitney	<i>p</i>
Auto-monitorização da glicemia	Masculino	89	6,06	2,01	100,48	4937,50	0,995
	Feminino	111	6,16	1,72	100,52		

Em relação ao uso de insulina, verificam diferenças estatísticas quando se comparam os resultados obtidos, apresentando os participantes insulino-tratados valores superiores aos restantes (*Tabela XXXV*).

Tabela XXXV - Diferenças na Auto-monitorização da glicemia capilar em função do Tratamento com insulina

	Tipo de tratamento	N	Mean Rank	Teste de Mann-Whitney	<i>p</i>
Auto-monitorização da glicemia	Insulino-tratado	32	116,77	2167,50	0,019
	Não Insulino-tratado	168	97,40		

Face à auto-monitorização da glicemia capilar, analisando-a de acordo com as USFs em que decorreu a colheita de dados (*Tabela XXXVI*), verificamos que os valores médios das três USF são similares.

Tabela XXXVI - Descrição da Auto-monitorização da glicemia capilar em função da USF

	USF	N	Média (dias)	Desvio padrão
Auto-monitorização da glicemia	Atlântida	42	6,05	1,90
	Horizonte	66	6,35	1,79
	Oceanos	92	5,98	1,88

Verifica-se, também, através do teste de Kruskal-Wallis (*Tabela XXXVII*), que estatisticamente essa diferença não é significativa.

Tabela XXXVII - Diferenças na Auto-monitorização da glicemia capilar em função da USF (Teste de Kruskal-Wallis)

	(I) USF	N	Mean Rank	<i>p</i>
Auto-monitorização da glicemia	USF Atlântida	42	99,37	0,116
	USF Horizonte	66	109,08	
	USF Oceanos	92	94,86	

Exploradas as questões centradas na auto-monitorização da glicemia, prosseguimos com os aspetos relativos aos cuidados com os pés

4.1.4 Cuidados com os pés

Os cuidados a ter com os pés são um aspeto central do autocuidado, devido ao risco de amputação como consequência de compromissos neurovasculares.

No que respeita a este aspeto dos cuidados a ter com os pés, obtivemos alguns valores de frequências (*Tabela XXXVIII*) que nos deram uma panorâmica geral das repostas apresentadas.

Tabela XXXVIII – Frequências dos *Cuidados com os pés*

Aspetos focados	Dias da semana	0	1	2	3	4	5	6	7	Total
Exame dos pés		124 (62%)	40 (20%)	11 (5,5%)	11 (5,5%)	0 (0%)	1 (0,5%)	0 (0%)	13 (6,5%)	200 (100%)
Secar os pés		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (4,5%)	8 (4%)	3 (1,5%)	0 (0%)	180 (90%)	200 (100%)
Lavar os pés cuidadosamente		6 (3%)	3 (1,5%)	1 (0,5%)	6 (3%)	12 (6%)	3 (1,5%)	0 (0%)	169 (84,5%)	200 (100%)

Tais frequências demonstram que os clientes diabéticos afirmam lavar os pés cuidadosamente e também secá-los mas que não possuem o hábito de efetuarem exame aos pés de modo a verificarem a possível existência de feridas ou gretas, como tal os profissionais de enfermagem deveriam focar a sua atenção neste particular ponto de modo a ensinar as pessoas a efetuarem um exame aos pés, demonstrando-lhes os benefícios de tal prática.

No que respeita a este aspeto dos cuidados a ter com os pés, alguns valores descritivos que nos deram uma panorâmica geral das repostas apresentadas apresentam-se na *Tabela XXVIX*. Mais uma vez, procedemos a uma agregação dos três itens (questões) originais, através do cálculo da média ignorando os nulos. Assim, após esse processo de computação, cada caso da amostra passou a ter um *score* relativo ao cuidado com os pés.

Tabela XXXIX - Descrição dos *Cuidados com os pés*

Valores descritivos	N	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Cuidados com os pés	200	4,66	4,67	1,05	1,00	7,00

Verificamos que a subescala de cuidados com os pés, com três itens, apresenta um $\alpha = 0,49$, idêntico ao encontrado por Bastos (2007), aspeto que nos recomenda parcimónia

na interpretação dos resultados, devido às limitações de consistência interna. Todavia, os três itens em apreço são, sob o ponto de vista do conteúdo, muito válidos.

Quisemos verificar a possibilidade de existir uma associação entre os cuidados com os pés e o *score* das intercorrências, não se tendo verificado uma associação entre as duas variáveis estatisticamente significativa (*Tabela XI*).

Tabela XI - Correlação entre os Cuidados com os pés e o Score das Intercorrências

Coefficientes de Correlação de Spearman	Score das Intercorrências	Cuidados com os pés	<i>p</i>
Score das Intercorrências	1,000	-0,029	0,241
Cuidados com os pés	-0,029	1,000	0,241

Tal como nas variáveis anteriores, também no que respeita aos cuidados com os pés exploramos a existência de diferenças em função do estado civil, do sexo, do tipo de tratamento e por USFs.

No que diz respeito ao estado civil (*Tabela XLI*), verifica-se que, apesar dos casados ou a viverem em união de facto apresentam um valor médio superior ao das pessoas viúvas, a natureza da diferença entre os dois grupos não tem significado estatístico.

Tabela XLI - Diferenças nos Cuidados com os pés em função do Estado civil

	Estado Civil	N	Média (dias)	Desvio padrão	Mean Rank	Teste de Mann-Whitney	<i>p</i>
Cuidado com os pés	Casado ou União de Facto	160	4,72	1,03	97,80	2192,50	0,271
	Viúvo	31	4,30	1,19	86,73		

Verifica-se, também, que não existem diferenças entre homens e mulheres, naquilo que se reporta aos cuidados com os pés (*tabela XLII*).

Tabela XLII - Diferenças nos Cuidados com os pés em função do Sexo

	Estado Civil	N	Média (dias)	Desvio padrão	Mean Rank	Teste de Mann-Whitney	<i>p</i>
Cuidados com os pés	<u>Masculino</u>	89	4,74	1,01	103,69	4655,50	0,451
	<u>Feminino</u>	111	4,59	1,00	97,94		

No que diz respeito ao tipo de tratamento (com / sem insulina), através do teste U de Mann-Whitney, tentamos perceber a existência de diferenças (*Tabela XLIII*), tendo-se concluído que não existem diferenças estatisticamente significativas nos *scores* médios de cuidados com os pés, entre participantes insulino-tratados e os demais.

Tabela XLIII - Diferenças nos *Cuidados com os pés* em função do tipo de *Tratamento com insulina*

	Tipo de tratamento	N	Mean Rank	Teste de Mann-Whitney	<i>p</i>
Cuidados com os pés	<u>Insulino-tratado</u>	32	107,67	2458,50	0,409
	<u>Não Insulino-tratado</u>	168	99,13		

Também não existem diferenças entre as USFs, sendo as médias aproximadas *Tabela XLIV*.

Tabela XLIV - Descrição dos *Cuidados com os pés* em função da *USF*

	USF	N	Média (dias)	Desvio padrão
Cuidados com os pés	<u>Atlântida</u>	42	4,65	1,44
	<u>Horizonte</u>	66	4,72	0,94
	<u>Oceanos</u>	92	4,61	0,91

4.2 A tomada de decisão e a participação nas decisões sobre cuidados de saúde

O presente trabalho de investigação tinha também como objetivo descrever os níveis de tomada de decisão e os níveis de participação nas decisões em saúde, por parte dos participantes.

A tabela seguinte apresenta os valores descritivos que nos dão uma panorâmica geral das repostas apresentadas (*Tabela XLV*).

Tabela XLV – Frequências da *Tomada de decisão e da Participação nas decisões de saúde*

Aspetos focados	Frequência	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Total
Tomada de Decisão recolhe informações sobre o assunto		14 (7%)	84 (42%)	78 (39%)	24 (12%)	0 (0%)	200 (100%)
Tomada de Decisão procura alternativas		44 (22%)	105 (52,5%)	40 (20%)	11 (5,5%)	0 (0%)	200 (100%)
Tomada de Decisão identifica consequências		119 (59,5%)	52 (26%)	23 (11,5%)	6 (3%)	0 (0%)	200 (100%)
Tomada de Decisão identifica o que precisa		123 (61,5%)	51 (25,5%)	20 (10%)	6 (3%)	0 (0%)	200 (100%)
Tomada de Decisão reconhece conflitos		118 (59%)	60 (30%)	15 (7,5%)	7 (3,5%)	0 (0%)	200 (100%)
Tomada de Decisão reconhece as implicações da opção		44 (22%)	111 (55,5%)	36 (18%)	9 (4,5%)	0 (0%)	200 (100%)
Tomada de Decisão pondera diferentes alternativas		39 (19,5%)	106 (53%)	46 (23%)	9 (4,5%)	0 (0%)	200 (100%)
Tomada de Decisão escolhe alternativas		14 (7%)	75 (37,5%)	90 (45%)	21 (10,5%)	0 (0%)	200 (100%)
Decisões em Saúde participar		35 (17,5%)	71 (35,5%)	74 (37%)	19 (9,5%)	1 (0,5%)	200 (100%)
Decisões em Saúde assume responsabilidade		28 (14%)	75 (37,5%)	77 (38,5%)	19 (9,5%)	1 (0,5%)	200 (100%)
Decisões em Saúde sabe o que fazer para obter o que pretende		4 (2%)	42 (21%)	86 (43%)	53 (26,5%)	15 (7,5%)	200 (100%)
Decisões em Saúde sabe o que fazer para obter o que pretende na DM		6 (3%)	48 (24%)	83 (41,5%)	48 (24%)	15 (7,5%)	200 (100%)
Decisões em Saúde procura informação sobre saúde		66 (33%)	98 (49%)	31 (15,5%)	5 (2,5%)	0 (0%)	200 (100%)
Decisões em Saúde procura informação sobre DM		77 (38,5%)	92 (46%)	26 (13%)	4 (2%)	1 (0,5%)	200 (100%)
Decisões em Saúde procura informação sobre tratamentos		74 (37%)	97 (48,5%)	25 (12,5%)	4 (2%)	0 (0%)	200 (100%)
Decisões em Saúde conhece tratamentos sobre DM		134 (67%)	44 (22%)	19 (9,5%)	3 (1,5%)	0 (0%)	200 (100%)
Decisões em Saúde define resultados a curto prazo em saúde		10 (5%)	75 (37,5%)	95 (47,5%)	20 (10%)	0 (0%)	200 (100%)
Decisões em Saúde define resultados a longo prazo em saúde		8 (4%)	77 (38,5%)	94 (47%)	21 (10,5%)	0 (0%)	200 (100%)

Decisões em Saúde identifica prioridades	11 (5,5%)	66 (33%)	100 (50%)	23 (11,5%)	0 (0%)	200 (100%)
Decisões em Saúde reconhece dificuldades	122 (61%)	58 (29%)	19 (9,5%)	1 (0,5%)	0 (0%)	200 (100%)
Decisões em Saúde envolve-se nas soluções	7 (3,5%)	89 (44,5%)	88 (44%)	16 (8%)	0 (0%)	200 (100%)
Decisões em Saúde sente-se capaz na DM	52 (26%)	49 (24,5%)	64 (32%)	35 (17,5%)	0 (0%)	200 (100%)
Decisões em Saúde reconhece quem e o que o pode ajudar na DM	1 (0,5%)	34 (17%)	76 (38%)	78 (39%)	11 (5,5%)	200 (100%)
Decisões em Saúde procura serviços de saúde para a DM	6 (3%)	32 (16%)	75 (37,5%)	74 (37%)	13 (6,5%)	200 (100%)
Decisões em Saúde negocia com os profissionais de saúde	107 (53,5%)	69 (34,5%)	22 (11%)	2 (1%)	0 (0%)	200 (100%)
Decisões em Saúde identifica causas de alteração da glicemia	10 (5%)	77 (38,5%)	93 (46,5%)	20 (10%)	0 (0%)	200 (100%)
Decisões em Saúde identifica os riscos do descontrolo da DM	4 (2%)	71 (35,5%)	99 (49,5%)	26 (13%)	0 (0%)	200 (100%)
Decisões em Saúde auto-avalia comportamentos face à DM	5 (2,5%)	29 (14,5%)	82 (41%)	71 (35,5%)	13 (6,5%)	200 (100%)
Decisões em Saúde avalia os cuidados prestados pela equipa de saúde	8 (4%)	75 (37,5%)	88 (44%)	29 (14,5%)	0 (0%)	200 (100%)

Tais frequências de respostas demonstram que os clientes possuem baixos valores de tomada de decisão tanto a nível geral como quando particularizado para a área da saúde.

Também aqui procedemos a um processo de agregação dos diferentes itens originais (8 e 21 respetivamente), através da média ignorando os nulos (*Tabela XLVI*). Assim, cada caso da amostra passou a ter um *score* relativo à “tomada de decisão” e um *score* relativo à “participação nas decisões sobre os cuidados”.

Tabela XLVI - Descrição da Tomada de decisão e da Participação nas decisões de saúde

Valores descritivos	N	Média (0 – 4)	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Tomada de decisões	200	1,29	1,00	0,52	0,00	3,00
Participação nas decisões de saúde	200	1,58	2,00	0,58	1,00	3,00

Foram, também, efetuados cálculos de modo a avaliarem a confiança das escalas (*Tabela XLVII*). Estes valores de alfa de Cronbach demonstram uma elevada consistência interna de ambas as escalas usadas.

Tabela XLVII - Consistência Interna das Escalas de Tomada de decisão e da Participação nas decisões de saúde (estatística Alpha de Cronbach)

Valores estatísticos	Alpha de Cronbach <i>standard</i>	Média (Σ das médias de cada pergunta)	Variância	Desvio padrão	Número de questões
Tomada de decisões	0,931	8,10	26,65	5,16	8
Participação nas decisões de saúde	0,946	30,97	135,86	11,66	21

Fomos explorar a correlação entre a tomada de decisão, a participação nas decisões sobre os cuidados e o *score* de intercorrências.

Tabela XLVIII - Correlação entre a Tomada de decisão, a Participação nas decisões de saúde e o score de Intercorrências

Coefficientes de Correlação de Spearman	Score das Intercorrências	Tomada de decisões	Participação nas decisões de saúde
Score das Intercorrências	1,000	0,002 ($p=0,976$)	0,008 ($p=0,906$)
Tomada de decisões	0,002 ($p=0,976$)	1,000	0,477 ($p<0,000$)
Participação nas decisões de saúde	0,008 ($p=0,906$)	0,477 ($p<0,000$)	1,000

Através da correlação de *Spearman* percebemos a existência de uma correlação entre a Tomada de decisões e a Participação nas decisões e saúde (*Tabela XLVIII*). Assim, quanto maior o *score* (valor) na escala de tomada de decisão, maior a participação do

cliente nas decisões sobre os seus cuidados. Contudo, não existem correlações estatisticamente significativas entre aquelas duas dimensões e o *score* de intercorrências, resultantes da diabetes.

No que respeita ao estado civil (*Tabela XLIX*), foram apenas comparados os grupos dos participantes casados/união de facto com os viúvos, pois os valores referentes aos solteiros e aos separados/divorciados têm frequências muito baixas.

Tabela XLIX - Diferenças na Tomada de decisão e na Participação nas decisões de saúde em função do Estado civil

	Estado Civil	N	Média (dias)	Desvio padrão	Mean Rank	Teste de Mann-Whitney	<i>p</i>
Tomada de decisão	Casado ou União de Facto	160	1,30	0,51	96,61	2458,50	0,669
	Viúvo	31	1,29	0,64	92,87		
Participação nas decisões de saúde	Casado ou União de Facto	160	1,58	0,60	96,89	2458,50	0,569
	Viúvo	31	1,52	0,57	91,40		

Relacionando a tomada de decisões e a participação nas decisões em saúde com o estado civil dos participanteS, verificamos que tanto as pessoas casadas ou a viver em união de facto como os viúvos apresentam valores muito similares e relativamente baixos nas escalas, não existindo diferenças por estado civil.

Verificamos que, tanto os homens como as mulheres, apresentam valores médios baixos, existindo valores ligeiramente superiores nas mulheres em relação aos homens, sem que sejam diferenças com significado estatístico (*Tabela L*).

Tabela L - Diferença na Tomada de decisão e na Participação nas decisões de saúde em função do Sexo

	Sexo	N	Média (dias)	Desvio padrão	Mean Rank	Teste de Mann-Whitney	<i>p</i>
Tomada de decisão	Masculino	89	1,2697	0,49	99,04	4809,50	0,689
	Feminino	111	1,3063	0,55	101,67		
Participação nas decisões de saúde	Masculino	89	1,5506	0,56	98,39	4751,50	0,602
	Feminino	111	1,6036	0,61	102,19		

Em relação ao tipo de tratamento farmacológico (com ou sem insulina), verificou-se que numa amostra de 200 diabéticos, 32 fazem tratamento com insulina, 168 fazem tratamento com medicação oral ou não fazem mesmo qualquer tipo de tratamento farmacológico, tratando a sua diabetes *mellitus* exclusivamente com regime terapêutico

não farmacológico. Através do teste de Mann-Whitney exploramos a existência de diferenças entre estes dois grupos (*Tabela LI*).

Tabela LI - Diferenças na Tomada de decisão e da Participação nas decisões de saúde em função do Tratamento com insulina

	Tipo de tratamento	N	Mean Rank	Teste de Mann-Whitney	<i>p</i>
Tomada de decisão	Insulino-tratado	32	122,64	1979,50	0,003
	Não Insulino-tratado	168	96,28		
Participação nas decisões em saúde	Insulino-tratado	32	111,84	2325,00	0,172
	Não Insulino-tratado	168	98,34		

Os doentes diabéticos que fazem tratamento com insulina demonstram melhores valores no que respeita à tomada de decisão e participação nas decisões de saúde quando comparados aos diabéticos que não necessitam de insulina. Na tomada de decisão essa diferença é significativa ($p = 0,003$), contudo na participação nas decisões em saúde o mesmo não se verifica.

Em função das diferentes USFs, verificamos que as médias são similares, com ligeira diferença na participação nas decisões nas USFs Horizonte e Oceanos, enquanto na tomada de decisão se verifica valores ligeiramente inferiores na USF Atlântida (*Tabela LII*).

Tabela LII - Descrição da Tomada de decisão e da Participação nas decisões de saúde em função da USF

	USF	N	Média (dias)	Desvio padrão
Tomada de decisão	Atlântida	42	1,12	0,40
	Horizonte	66	1,32	0,56
	Oceanos	92	1,35	0,54
Participação nas decisões de saúde	Atlântida	42	1,31	0,52
	Horizonte	66	1,60	0,58
	Oceanos	92	1,70	0,59

Embora, face à tomada de decisão estes valores não sejam significativa e estatisticamente diferentes ($p = 0,062$), para os níveis de significância que previamente definimos, aproximam-se dos mesmos. Já na escala da participação nas decisões em saúde essa diferença, entre utentes das diferentes USFs, é significativa (*Tabela LIII*).

Tabela LIII – Diferenças na *Tomada de decisão* e na *Participação nas decisões de saúde* por *USF* (*Teste de Kruskal-Wallis*)

	(I) USF	N	Mean rank	<i>p</i>
Tomada de decisão	USF Atlântida	42	85,58	0,062
	USF Horizonte	66	103,93	
	USF Oceanos	92	104,85	
Participação nas decisões em saúde	USF Atlântida	42	75,90	0,001
	USF Horizonte	66	101,73	
	USF Oceanos	92	110,85	

Esta escala demonstra pois que os níveis de Participação nas decisões sobre cuidados de saúde na USF Atlântida são mais baixo do que nas restantes duas USFs que integram este estudo.

5 conclusões

O percurso de investigação realizado inscreve-se no âmbito de uma área problemática com grande relevância para a prática clínica dos enfermeiros – o Autocuidado, conceito central do domínio da disciplina de Enfermagem. Desde a década de oitenta do século XX que a investigação tem tomado por objeto a problemática do autocuidado, baseando-se no conceito de Orem (1971), o qual refere tratar-se de um conjunto de atividades que cada pessoa inicia e realiza com o objetivo de manter a vida, o bem-estar e a saúde. Dentro do autocuidado, o presente trabalho de investigação focou-se na temática da gestão do regime terapêutico.

Tomando por referência a perspetiva de Meleis e colaboradores (2000), acerca das transições com relevância para a enfermagem, dos eventuais fatores pessoais que podem condicionar o curso das transições, que “*resultam de...*” ou “*resultam em...*” compromissos no autocuidado, a postura e os aspetos biográficos do cliente face às suas atividades de autocuidado podem ser uma variável muito relevante.

Com este trabalho de investigação podemos concluir que dentro das dimensões do autocuidado com a diabetes, avaliados através da “escala de autocuidado com a diabetes”, a dimensão que apresenta um valor médio de maior concordância com o ideal é o da monitorização glicémica (*scores* médios superior a 6 dias por semana), e que o aspeto menos valorizado pelos utentes é o da atividade física (*scores* médios inferiores a 2 dias por semana). Particularizando alguns dos aspetos da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes, na temática da alimentação, os viúvos apresentam um *score* médio superior aos restantes grupos; as mulheres possuem valores mais elevados que os homens; e, os diabéticos que são insulino-tratados têm valores médios superiores aos que não usam esse fármaco. Em relação à atividade física e, pesa embora os valores obtidos sejam reduzidos, os diabéticos casados apresentam valores médios superiores, tais como os homens quando comparados com as mulheres. Um outro aspeto que deve ser focado diz respeito aos cuidados com os pés, já que se verificou que os homens possuem *scores* superiores aos das mulheres, tal como os diabéticos casados em comparação com

diabéticos com outro estado civil, assim como os diabéticos que fazem insulina também possuem *scores* superiores aos que não possuem este método terapêutico. Em relação às USFs salientamos o facto de na USF Oceanos os *scores* da alimentação geral e da atividade física serem superiores às restantes USFs, já na USF Atlântida é de focar que apresenta *scores* médios mais baixos no que respeita à alimentação específica.

O presente estudo serviu-nos ainda para demonstrar o quão baixo são os níveis de tomada de decisão e de participação nas decisões no âmbito da saúde. Tais níveis levam-nos a concluir que o *empowerment* das pessoas é baixo, não tendo estas a autonomia que deveriam ter. Para este âmbito foram usadas duas escalas distintas, uma primeira que descreve os níveis de tomada de decisão por parte das pessoas e a segunda que determina os níveis de participação nas decisões sobre cuidados de saúde. Em ambas foram usadas escalas que oscilam entre o valor 0 -*Nunca* e o valor 4 -*Sempre*, e em ambas as escalas os valores médios obtidos variaram entre o 1 -*Raramente* e o 2 -*Às vezes*, o que demonstra o quão baixo é o nível de tomada de decisão num panorama nível geral, como a nível dos cuidados de saúde, verificando-se assim que as pessoas delegam tal responsabilidade aos profissionais de saúde, confiando inteiramente neles e não querendo muitas vezes terem uma participação activa no tratamento, o que compromete muitas das vezes a recuperação das mesmas. No âmbito das USFs do Centro de Saúde, a USF Oceanos salientou-se pela positiva tendo *scores* médios ligeiramente superiores, já a USF Atlântida destaca-se ligeiramente das restantes apresentando *scores* médios ligeiramente inferiores, o que pode ser explicado por esta Unidade de Saúde englobar os utentes que não têm médico de família.

Posto isto, é relevante frisar que foram atingidos os objetivos pretendidos aquando do início do presente estudo de investigação, já que se conseguiu descrever os níveis de autocuidado de uma amostra de utentes diabéticos, assim como descrever os seus níveis de tomada de decisões e de participação nas decisões sobre cuidados de saúde.

Pensamos que tais estudos, baseados na perspetiva teórica em que assentou esta investigação, possam trazer melhorias nas abordagens terapêuticas, sendo estas mais ancoradas em aspetos individuais da pessoa e da forma como cada cliente encara o seu autocuidado.

6 Bibliografia

- **Association, American Diabetes. 1995.** Guide to Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus and other categories of glucose intolerance. *Diabetes Care*. 1995, Vol. 18.
- **Backman, K. & Hentinen, M. 1999.** Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, Vol. 30, pp. 564-572.
- **Bastos, F. & Pereira, F. 2012.** *Escala de avaliação da “Participação nas decisões de saúde”*. Porto: Não Publicado, 2012.
- **Bastos, F. & Pereira, F. 2012.** *Escala de avaliação da “Tomada de decisão”*. Porto: Não Publicado, 2012.
- **Bastos, F. e Lopes, C. & Severo, M. 2007.** Propriedades Psicométricas da Escala de Autocuidado com a Diabetes traduzida e adaptada. *Acta Médica Portuguesa*. 2007, Vol. 20, pp. 11-20.
- **Bastos, Fernanda Santos. 2004.** *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2 – Participação das Esposas no Plano Educacional*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2004.
- **Briggs, S. R. & Cheek, J. M. 1986.** The role of factor analysis in the evaluation of personality scales. 1986, Vol. 54, pp. 106-148.
- **Brooke, P. e I., Nyatanga L. & Walker. 1989.** Faahtahng the selfcare concept using the expenental taxonomy. *Senior Nurse*. 1989, Vol. 9, pp. 8-9.
- **Bugalho, António & Carneiro, António Vaz. 2004.** *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina, 2004.
- **Carvalho, David & Pignatelli, Duarte. 2004.** *ABC da Diabetes*. Lisboa: Europress, 2004.
- **Connor, M. & Norman, P. 1996.** *Predicting Health Behavior: Research and Practice with Social Cognition Models*. London: Buckingham, UK: Open University Press, 1996.

- **Correia, L. G. 2001.** Diabetes Tipo 2 – Uma Epidemia do Séc. XXI. Diabetes – *Viver em Equilíbrio*. 2001, Vol. 21, pp. 10-11.
- **Deborah, J. Toobert e Russel, E. Glasgow & Sarah, E. Hampson. 2000.** The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure: results from seven studies and a revised scale. *Diabetes Care*. 2000, Vol. 23.
- **Evers, G. 2003.** Developing Nursing Science in Europe. *Journal of Nursing Scholarship*. 2003, Vol. 35, pp. 9-13.
- **Fonseca, A. 2004.** *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.
- **Fortin, M. F. 2000.** *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. 3ª. Lisboa: Lusociência, 2000.
- **Foster, D. 1998.** *Diabetes Melito in Harrison - Medicina Interna*. 14ª. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 1998.
- **Horne, Robert. 2000.** *Compliance, Adherence and Concordance*. In Gard, P. - *Behavioural approach to Pharmacy Practice*. London: Blackwell Science, 2000.
- **ICN. 2010.** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. [Online] 2.0, Ordem dos Enfermeiros, 2010.
- **Johnson, Marion e Maas, Meridean & Moorhead, Sue. 2004.** *Classificação dos Resultados de Enfermagem*. 2ª. s.l. : ArtMed, 2004.
- **Lenihan, A. A. 1988.** Identification of self-care behaviours in the elderly: A nursing assessment tool. *Journal of Professional Nursing*. 1988.
- **Leventhal, H. & Cameron, L. 1987.** Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*. 1987, Vol. 10, pp. 117-138.
- **Leventhal, H. e Meyer, D. & Nerenz, D. 1980.** The common sense representation of illness danger. *Medical Psychology*. 1980, Vol. 2, pp. 7-30.
- **Manuila, L., Manuila, A. e Lewalle, P. & Nicoulin, M. 2000.** *Dicionário Médico*. 3ª. Lisboa: Climepsi Editores, 2000.
- **Marek, Jane e Judith, Phipps Wilma & Sands. 2003.** *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. 3ª. Lisboa: Lusociência, 2003. Vol. 2.
- **McNabb, W. L. 1997.** Adherence in diabetes: can we define it and can we measure it? *Diabetes Care*. 1997, Vol. 20, pp. 215-218.
- **Meleis, A. I. 2005.** *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 3ª. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

- **Meleis, A., et al. 2000.** Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 2000, Vol. 23, pp. 12-28.
- **Myers, L. B. & Midence, K. 1998.** *Adherent to treatment in medical conditions*. Netherlands: Harwod Academic Publishers, 1998.
- **Orem, D. E. 1971.** *Nursing: Concepts of Practice*. 1ª. New York: McGraw Hill, 1971.
- **Orem, D. E. 1985.** *Nursing: Concepts of Practice*. 3ª. New York: McGraw Hill, 1985.
- **Orem, D. E. 1991.** *Nursing: Concepts of Practice*. 5ª. St. Louis: Mosby, 1991.
- **Pereira, F. 2007.** *Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem – Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007.
- **Polit, D. F. e Beck, C. T. & Hungler, B. P. 2004.** *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. 5ª. São Paulo: ArtMed, 2004.
- **Ribeiro, José Luis Pais. 1998.** *Psicologia da saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1998.
- **Rosenstock, I. 1990.** *The health belief model: explaining health behavior through expectancies in Glanz, K.; Lewis, F. & Rimer, B. Health Behavior and Health Education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1990.
- **Saúde, Direcção Geral de. 2002.** Circular Normativa nº 09/DGCG - Actualização dos Critérios de Classificação e Diagnóstico da Diabetes Mellitus. Lisboa: s.n., 2002.
- **Seeley, Rod e Stephens, Trent & Tate, Philip. 1997.** *Anatomia & Fisiologia*. 3ª. Lisboa: Lusodidacta, 1997.
- **Silva, A. 2001.** *Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem – Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2001.
- **Silva, M. D. 2007.** *Tese de Mestrado em Ciências da Enfermagem – Educar para o autocuidado num serviço hospitalar*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007.
- **Theuerkauf, A. 2000.** *Autocuidado e actividades da vida diária*. In Hoeman, S. - *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. Loures: Lusociência, 2000. pp. 173-207.

- **Turk, Dennis C. & Meichenbaum, Donald. 1991.** *Adherence to Self-Care Regimens: The Patient's Perspective.* In Sweet, Jerry J.; Rozensky, Ronald H.; Tavian, Steven M. – *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings.* New York: Plenum Press, 1991.

Anexos

Anexo I – Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Questionário construído para o presente Trabalho de Investigação (2010), Água P, Bastos F. e Pereira F. (2010)

As perguntas que se seguem visam reunir alguma informação pessoal assim como dados relativos à Diabetes.

USF: _____ LOCAL DE CONTACTO: USF / Domicílio

TIPO DE DIABETES: DM tipo 1 / DM tipo 2

1. Idade na altura da entrevista	_____ anos
2. Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
3. Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado(a) ou em União de facto <input type="checkbox"/> Divorciado(a) / Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)
4. Habilitações literárias (anos completos de escolaridade)	_____ anos
5. Com quem coabita?	<input type="checkbox"/> Cônjuge ou companheiro(a) <input type="checkbox"/> Família nuclear com filhos <input type="checkbox"/> Família alargada <input type="checkbox"/> Sozinho(a) <input type="checkbox"/> Num lar
6. Que idade tinha quando lhe foi diagnosticada a Diabetes?	_____ anos
7. Que medicamentos toma para a Diabetes?	<input type="checkbox"/> Nenhum de momento <input type="checkbox"/> Medicação oral <input type="checkbox"/> Administração de insulina <input type="checkbox"/> Medicação oral e administração de insulina
7.1. Se faz medicação oral, quantos comprimidos toma de cada vez e quantas vezes ao dia?	_____ comprimidos por cada vez _____ total de comprimidos por dia
7.2. Se faz insulina, quantas vezes a administra ao dia e/ou quantos tipos de insulina faz?	_____ vezes que administra insulina diariamente _____ tipos de insulina diários
8. Já alguma vez este internado(a)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8.1. Se sim, quantos desses episódios de internamento se deveram à Diabetes?	_____
9. Já alguma vez teve de se deslocar às Urgências ou ao SASU por complicações relacionadas com a Diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9.1. Se sim, quantas vezes teve de o fazer?	_____

<p>10. Tem alguma complicação relacionada com a Diabetes?</p> <p>10.1. Se sim, qual(quais)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>11. Tem algum outro diagnóstico associado a:</p>	<p><input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios/Vasculares</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas Digestivos</p>

Anexo II – Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes

Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes

Versão traduzida e adaptada para Português de *Resumo de of Diabetes Self-Care Activities* de Glasgow R., Tooberr D., Hampson S. (2000), Bastos F. e LoPés C. (2004)

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

1. ALIMENTAÇÃO GERAL	Número de Dias							
1.1 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> seguiu uma alimentação saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.2 Em média, durante o último mês, quantos <u>dias por semana</u> seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.3 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0	1	2	3	4	5	6	7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA								
2.1 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.2 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> comeu pão a acompanhar a refeição?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.3 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.4 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.5 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.6 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.7 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> adoçou as suas bebidas com açúcar?	0	1	2	3	4	5	6	7
3. ATIVIDADE FÍSICA								
3.1 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> praticou atividade física durante pelo menos 30min? (minutos totais de atividade, inclusive andar)	0	1	2	3	4	5	6	7
3.2 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> 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	1	2	3	4	5	6	7
4. MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA								
4.1 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7
4.2 Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue, pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	0	1	2	3	4	5	6	7
5. CUIDADOS COM OS PÉS								
5.1 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.2 Em quantos dos últimos <u>sete dias</u> lavou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7

5.3 Em quantos dos últimos sete dias secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?

0 1 2 3 4 5 6 7

6. MEDICAMENTOS

6.1 Em quantos dos últimos sete dias tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?

0 1 2 3 4 5 6 7

OU (se insulina e comprimidos):

6.2 Em quantos dos últimos sete dias tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?

0 1 2 3 4 5 6 7

6.3 Em quantos dos últimos sete dias tomou o número indicado de comprimidos da Diabetes?

0 1 2 3 4 5 6 7

7. HÁBITOS TABÁGICOS

7.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos sete dias? Sim Não

7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? _____ cigarros.

7.3 Quando fumou o seu último cigarro?

- Nunca fumou
- Há mais de dois anos atrás
- Um a dois anos atrás
- Quatro a doze meses atrás
- Um a três meses atrás
- No último mês
- Hoje

Denominação das expressões usadas no capítulo 4 – Apresentação e Discussão dos Resultados – nas tabelas das correlações inter-item:

Tabela XIV (pág. 43)

Alimentação geral 1 – Em quantos dos últimos sete dias seguiu uma alimentação saudável?

Alimentação geral 2 – Em média, durante o último mês, quantos dias por semana seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?

Alimentação geral 3 – Em quantos dos últimos sete dias comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?

Tabela XV (pág. 43)

Alim. esp. 1 – Em quantos dos últimos sete dias comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?

Alim. esp. 2 – Em quantos dos últimos sete dias comeu pão a acompanhar a refeição?

Alim. esp. 3 – Em quantos dos últimos sete dias misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?

Alim. esp. 4 – Em quantos dos últimos sete dias consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?

Alim. esp. 5 – Em quantos dos últimos sete dias consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?

Alim. esp. 6 – Em quantos dos últimos sete dias comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?

Alim. esp. 7 – Em quantos dos últimos sete dias adoçou as suas bebidas com açúcar?

Tabela XXIV (pág. 47)

Atividade física 1 – Em quantos dos últimos sete dias praticou atividade física durante pelo menos 30min?

(minutos totais de atividade, inclusive andar)

Atividade física 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?

**Anexo III – Escalas de Tomada de Decisão e de
Participação nas Decisões sobre Cuidados de Saúde**

Escalas de Tomada de Decisão e de Participação nas Decisões sobre Cuidados de Saúde

0 Nunca / 1 Raramente / 2 Às vezes / 3 Quase sempre / 4 Sempre

TOMADA DE DECISÃO

Identifica / procura recolher informações importantes sobre o assunto	0	1	2	3	4
Identifica / procura alternativas	0	1	2	3	4
Identifica as eventuais consequências de cada alternativa em jogo	0	1	2	3	4
Identifica aquilo que precisa (de saber ou ter) face a cada uma das alternativas em jogo	0	1	2	3	4
Reconhece os eventuais conflitos de interesses / desejos ao tomar a decisão	0	1	2	3	4
Identifica as implicações da opção tomada / a tomar	0	1	2	3	4
Pondera as diferentes alternativas	0	1	2	3	4
Consegue escolher das alternativas em análise	0	1	2	3	4

PARTICIPAÇÃO NAS DECISÕES SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE

Quer participar nas decisões sobre sua saúde e doença(s) (Diabetes)	0	1	2	3	4
Assume facilmente responsabilidades sobre a sua saúde e tratamentos médicos	0	1	2	3	4
Sabe o que fazer para obter o que pretende em relação à sua saúde	0	1	2	3	4
Sabe o que fazer para obter os resultados que pretende em relação à sua diabetes	0	1	2	3	4
Procura ativamente informação sobre os assuntos da sua saúde	0	1	2	3	4
Procura ativamente informação sobre a sua doença (Diabetes)	0	1	2	3	4
Procura ativamente informação sobre os tratamentos que está a fazer	0	1	2	3	4
Conhece as opções de tratamento disponíveis para a sua doença (Diabetes)	0	1	2	3	4
Define os resultados a curto prazo em relação à sua saúde / doença	0	1	2	3	4
Define os resultados a longo prazo em relação à sua saúde / doença	0	1	2	3	4
Identifica o que é prioritário para a sua saúde	0	1	2	3	4
Procura reconhecer as dificuldades para conseguir os resultados desejados	0	1	2	3	4
Envolve-se ativamente nas soluções para os problemas, de forma a conseguir os resultados desejados para a sua saúde	0	1	2	3	4
Quando decide fazer algo para controlar a sua Diabetes diz: “Vou fazer isso! Sou capaz!”	0	1	2	3	4
Reconhece quem e o que o pode ajudar a controlar a Diabetes	0	1	2	3	4
Procura, por sua iniciativa, os serviços de saúde quando necessita de ajuda para controlar a Diabetes	0	1	2	3	4
Negoceia com os profissionais de saúde os cuidados, tratamentos e objetivos	0	1	2	3	4
É capaz de identificar as eventuais causas explicativas de valores da glicemia menos adequados	0	1	2	3	4
Reconhece e identifica os riscos associados ao descontrolo da Diabetes	0	1	2	3	4
É capaz de se auto-avaliar, em relação aos comportamentos que adota para controlar a Diabetes	0	1	2	3	4
É capaz de avaliar os cuidados prestados pela equipa de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionista, etc.)	0	1	2	3	4

**Anexo IV – Explicação do Estudo e
Declaração de Consentimento**

EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E DO CONSENTIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Pedro Miguel da Cunha Borda de Água, enfermeiro, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Avançada, da Universidade Católica Portuguesa, pretende desenvolver um trabalho de investigação, de acordo com os objetivos do referido curso, no domínio do *Autocuidado das Pessoas com Diabetes*. O investigador poderá ser contactado através do correio eletrónico pedro85agua@hotmail.com.

O crescente aumento de pessoas com Diabetes *Mellitus* leva os Serviços de Saúde a necessitarem de conhecer as necessidades das pessoas em lidar com a sua Diabetes, para planeamento de melhores respostas.

Solicitamos, por isso, a sua colaboração para participar no estudo.

Titulo:

“O Autocuidado das Pessoas com Diabetes”

Finalidade:

Descrever os níveis de Autocuidado com base nas diferentes dimensões do Regime Terapêutico na população com diabetes, tendo em vista melhorar a resposta às necessidades e à qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes, tentando minimizar o impacto da Diabetes *Mellitus* nas populações.

Método:

Os dados serão colhidos mediante o preenchimento de formulários, em que num se descrevem os níveis de Autocuidado com base nas dimensões do Regime Terapêutico e num outro se descrevem as variáveis de atributos em estudo.

Objetivos:

- Descrever os níveis de Autocuidado numa população de clientes diabéticos, de um centro de saúde da região do grande Porto;
- Identificar e explorar as relações existentes entre as variáveis de atributo dos clientes e os níveis de Auto cuidado da DM.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca estudo e os objetivos do estudo que está a ser realizado. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação/explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, reconheço que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que disso possa resultar qualquer prejuízo na preparação que me é realizada.

Por isso, consinto participar no estudo.

Data: ____ / _____ / 2011

Assinatura do cliente: _____

Assinatura do investigador responsável: _____

Anexo V – Autorização para a realização do estudo

Ao
Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa
Rua Dr. António Bernardino Almeida
4200-072 Porto

ULSM 11/02/11 0290 SAIDA

V/ Ref.^a

V/ Comunicação

N/ Ref.^a
CA/CMC

Assunto: *Pedido de Autorização para a realização do estudo de investigação: "O Autocuidado das pessoas com Diabetes no Contexto da Unidade Local de Saúde de Matosinhos." do proponente Pedro Miguel Cunha borda de Água*

Serve o presente ofício para informar que por deliberação do Conselho de Administração, de 25 de Janeiro de 2011, o estudo encontra-se autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Victor Herdeiro
ULSM, EPE
VICTOR HERDEIRO
Presidente do C.A.

(Victor Herdeiro, Dr.)

UCP - Instituto Ciências da Saúde - Porto
Recebido em 14/2/11 N.º Doc: 44
 Enviar a:
 Cópia a:
 Arquivar em:
Assinatura

Anexo VI – Valores descriptivos

Habilitações Literárias - anos completos		
Anos Escolaridade	Frequência	Porcentagem
0	10	5,0
1	2	1,0
2	9	4,5
3	27	13,5
4	98	49,0
5	8	4,0
6	12	6,0
7	5	2,5
8	5	2,5
9	9	4,5
10	3	1,5
11	2	1,0
12	7	3,5
16	2	1,0
17	1	0,5
Total	200	100,0

Números de Internamentos devido à DM			
		Frequência	Porcentagem
Válidos	0	124	62,0
	1	11	5,5
	2	1	0,5
	3	1	0,5
	5	1	0,5
	6	1	0,5
	Total	139	69,5
<i>Missing</i>	Sistema	61	30,5
	Total	200	100,0

Complicações relacionadas com a DM		
	Frequência	Porcentagem
Sim	18	9,0
Não	182	91,0
Total	200	100,0

Complicações da DM		
	Frequência	Porcentagem
	182	91,0
Pé diabético	1	0,5
Renal	1	0,5
Visão	14	7,0
Visão e pés.	1	0,5
Visão e Rins	1	0,5
Total	200	100,0

Outros Diagnósticos			
		Frequência	Porcentagem
Válidos	Problemas circulatórios ou vasculares	111	55,5
	Problemas respiratórios	10	5,0
	Problemas digestivos	1	0,5
	Problemas circulatórios e respiratórios	46	23,0
	Total	168	84,0
Missing	Sistema	32	16,0
Total		200	100,0

Estatísticas						
		Internamento	Números de Internamentos devido à DM	Número de Internamentos	Deslocações às Urgências ou SASU devido à DM	Deslocações às Urgências ou SASU devido à DM
N	Válidos	200	139	139	200	199
	Missing	0	61	61	0	1

Anexo VII – Valores descritivos das escalas usadas nos questionários

Alimentação Geral		
	Frequência	Porcentagem
1,00	1	0,5
2,00	3	1,5
2,33	3	1,5
2,67	4	2,0
3,00	5	2,5
3,33	10	5,0
3,67	15	7,5
4,00	14	7,0
4,33	24	12,0
4,67	9	4,5
5,00	26	13,0
5,33	14	7,0
5,67	22	11,0
6,00	2	1,0
6,33	19	9,5
6,67	1	0,5
7,00	28	14,0
Total	200	100,0

Alimentação Específica		
	Frequência	Porcentagem
2,14	2	1,0
2,71	2	1,0
2,86	2	1,0
3,00	2	1,0
3,14	2	1,0
3,29	3	1,5
3,43	4	2,0
3,57	4	2,0
3,71	4	2,0
3,86	10	5,0
4,00	6	3,0
4,14	8	4,0
4,29	13	6,5
4,43	8	4,0
4,57	13	6,5
4,71	7	3,5
4,86	15	7,5
5,00	12	6,0
5,14	6	3,0
5,29	14	7,0
5,43	11	5,5
5,57	7	3,5
5,71	10	5,0
5,86	6	3,0
6,00	4	2,0
6,14	7	3,5
6,29	4	2,0
6,43	7	3,5
6,57	2	1,0
6,71	2	1,0
6,86	3	1,5
Total	200	100,0

Atividade Física		
	Frequência	Porcentagem
0,00	64	32,0
0,50	12	6,0
1,00	14	7,0
1,50	8	4,0
2,00	4	2,0
2,50	17	8,5
3,00	2	1,0
3,50	62	31,0
4,00	2	1,0
4,50	8	4,0
5,00	5	2,5
5,50	1	0,5
7,00	1	0,5
Total	200	100,0

Pés		
	Frequência	Porcentagem
1,00	2	1,0
1,33	1	0,5
2,00	2	1,0
2,33	6	3,0
2,67	6	3,0
3,00	3	1,5
3,33	3	1,5
3,67	7	3,5
4,00	1	0,5
4,67	103	51,5
5,00	36	18,0
5,33	8	4,0
5,67	9	4,5
7,00	13	6,5
Total	200	100,0

**Anexo VIII – Valores estatísticos das subescalas presentes
na Escala das Atividades de Autocuidado com a Diabetes**

Alimentação Geral

Testes de confiança		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha baseado nos pontos <i>standard</i>	N de itens
0,497	0,509	3

Item	Média (n = 200)	Desvio Padrão
Alimentação Geral saudável	5,12	1,706
Alimentação Geral recomendada, último mês	3,48	2,295
Alimentação Geral de frutas e vegetais (mais que 5 doses)	6,32	1,532

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação Item-Total	Cronbach's Alpha se item eliminado
Alimentação Geral saudável	9,79	8,727	0,407	0,255
Alimentação Geral recomendada, último mês	11,43	6,649	0,323	0,419
Alimentação Geral de frutas e vegetais (mais que 5 doses)	8,60	10,884	0,248	0,498

Alimentação Específica

Testes de confiança		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha baseado nos pontos <i>standard</i>	N de itens
0,226	0,351	7

Item	Média (n = 200)	Desvio Padrão
Alimentação Específica de carnes vermelhas	4,08	1,487
Alimentação Específica de pão às refeições principais	2,41	3,075
Alimentação Específica mistura de hidratos de carbono	5,89	1,560
Alimentação Específica álcool às principais refeições	4,95	3,056
Alimentação Específica álcool fora das refeições	6,98	0,157
Alimentação Específica de doces	5,77	1,668
Alimentação Específica adoçar as bebidas com açúcar	3,99	3,337

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação Item-Total	Cronbach's Alpha se item eliminado
Alimentação Específica de carnes vermelhas	29,97	41,738	0,126	0,189
Alimentação Específica de pão às refeições principais	31,64	30,955	0,174	0,118
Alimentação Específica mistura de hidratos de carbono	28,16	41,793	0,106	0,197
Alimentação Específica álcool às principais refeições	29,10	32,442	0,132	0,163
Alimentação Específica álcool fora das refeições	27,07	45,774	0,272	0,221
Alimentação Específica de doces	28,28	41,818	0,082	0,207
Alimentação Específica adoçar as bebidas com açúcar	30,06	34,736	0,013	0,293

Atividade Física

Testes de confiança		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha baseado nos pontos <i>standard</i>	N de itens
0,174	0,277	2

Item	Média (n = 200)	Desvio Padrão
Prática de atividade física	3,54	3,112
Exercício físico programado	0,33	1,018

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação Item-Total	Cronbach's Alpha se item eliminado
Prática de atividade física	0,33	1,036	0,161	.
Exercício físico programado	3,54	9,687	0,161	.

Cuidado com os pés

Testes de confiança		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha baseado nos pontos <i>standard</i>	N de itens
0,406	0,490	3

Item	Média (n = 200)	Desvio Padrão
Exame dos pés	0,96	1,825
Lavar os pés	6,67	1,018
Secar os pés cuidadosamente	6,35	1,673

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação Item-Total	Cronbach's Alpha se item eliminado
Exame dos pés	13,01	6,105	0,044	0,743
Lavar os pés	7,30	6,553	0,430	0,129
Secar os pés cuidadosamente	7,62	4,336	0,386	-0,014 ^a

a. O valor é negativo porque a média da covariância entre os itens também negativa. Isto não está de acordo com as suposições modais. Deve verificar os itens em questão.

**Anexo IX – Correlações entre as subescalas da
Escala das Atividades de Autocuidado com a Diabetes**

Estatísticas descritivas		
	Média (n = 200)	Desvio Padrão
Alimentação Geral saudável	5,12	1,706
Alimentação Geral recomendada, último mês	3,48	2,295
Alimentação Geral de frutas e vegetais (mais que 5 doses)	6,32	1,532
Alimentação Específica de carnes vermelhas	4,08	1,487
Alimentação Específica de pão às refeições principais	2,41	3,075
Alimentação Específica mistura de hidratos de carbono	5,89	1,560
Alimentação Específica álcool às principais refeições	4,95	3,056
Alimentação Específica álcool fora das refeições	6,98	0,157
Alimentação Específica de doces	5,77	1,668
Alimentação Específica adoçar as bebidas com açúcar	3,99	3,337
Prática de atividade física	3,54	3,112
Exercício físico programado	0,33	1,018
Exame dos pés	0,96	1,825
Lavar os pés	6,67	1,018
Secar os pés cuidadosamente	6,35	1,673
Monitorização - Concordância	6,12	1,854

Correlação de Spearman

			Alimentação Geral saudável	Alimentação Geral recomendada, último mês	Alimentação Geral de frutas e vegetais (mais que 5 doses)	Alimentação Específica de carnes vermelhas	Alimentação Específica de pão às refeições principais	Alimentação Específica mistura de hidratos de carbono	Alimentação Específica álcool às principais refeições	Alimentação Específica álcool fora das refeições
Spearman's rho	Alimentação Geral saudável	Coefficiente de Correlação	1,000	0,321**	0,286**	0,343**	0,205**	0,050	0,205**	0,050
		<i>p</i>	.	0,000	0,000	0,000	0,004	0,485	0,004	0,485
	Alimentação Geral recomendada, último mês	Coefficiente de Correlação	0,321**	1,000	0,171*	0,084	-0,044	-0,096	-0,044	-0,096
		<i>p</i>	0,000	.	0,015	0,237	0,535	0,178	0,535	0,178
	Alimentação Geral de frutas e vegetais (mais que 5 doses)	Coefficiente de Correlação	0,286**	0,171*	1,000	0,129	0,072	0,010	0,072	0,010
		<i>p</i>	0,000	0,015	.	0,069	0,311	0,889	0,311	0,889
	Alimentação Específica de carnes vermelhas	Coefficiente de Correlação	0,343**	0,084	0,129	1,000	0,210**	0,109	0,210**	0,109
		<i>p</i>	0,000	0,237	0,069	.	0,003	0,124	0,003	0,124
	Alimentação Específica de pão às refeições principais	Coefficiente de Correlação	0,020	-0,049	-0,086	-0,118	0,180*	0,056	0,180*	0,056
		<i>p</i>	0,777	0,495	0,226	0,096	0,011	0,434	0,011	0,434
	Alimentação Específica mistura de hidratos de carbono	Coefficiente de Correlação	0,143*	0,061	-0,008	0,214**	0,088	0,131	0,088	0,131
		<i>p</i>	0,043	0,389	0,915	0,002	0,214	0,065	0,214	0,065
	Alimentação Específica álcool às principais refeições	Coefficiente de Correlação	0,205**	-0,044	0,072	0,210**	1,000	0,237**	1,000	0,237**
		<i>p</i>	0,004	0,535	0,311	0,003	.	0,001	.	0,001
	Alimentação Específica álcool fora das refeições	Coefficiente de Correlação	0,050	-0,096	0,010	0,109	0,237**	1,000	0,237**	1,000
		<i>p</i>	0,485	0,178	0,889	0,124	0,001	.	0,001	.

	Alimentação Específica de doces	Coefficiente de Correlação	0,127	0,081	0,042	0,084	0,017	0,005	0,017	0,005
		<i>p</i>	0,073	0,256	0,557	0,238	0,807	0,941	0,807	0,941
	Alimentação Específica adoçar as bebidas com açúcar	Coefficiente de Correlação	-0,036	0,124	-0,017	0,066	-0,140*	0,122	-0,140*	0,122
		<i>p</i>	0,617	0,080	0,809	0,350	0,047	0,085	0,047	0,085
	Prática de atividade física	Coefficiente de Correlação	0,067	0,078	0,144*	-0,162*	-0,216**	-0,075	-0,216**	-0,075
		<i>p</i>	0,343	0,270	0,042	0,022	0,002	0,290	0,002	0,290
	Exercício físico programado	Coefficiente de Correlação	-0,049	-0,060	0,051	-0,088	-0,094	0,062	-0,094	0,062
		<i>p</i>	0,495	0,403	0,472	0,215	0,185	0,385	0,185	0,385
	Exame dos pés	Coefficiente de Correlação	0,077	-0,087	0,154*	0,115	0,006	0,121	0,006	0,121
		<i>p</i>	0,281	0,221	0,029	0,104	0,931	0,087	0,931	0,087
	Lavar os pés	Coefficiente de Correlação	0,061	0,023	0,014	-0,124	-0,118	0,153*	-0,118	0,153*
		<i>p</i>	0,392	0,743	0,841	0,079	0,097	0,030	0,097	0,030
	Secar os pés cuidadosamente	Coefficiente de Correlação	0,154*	0,069	0,113	-0,050	-0,069	0,196**	-0,069	0,196**
		<i>p</i>	0,029	0,335	0,112	0,485	0,332	0,006	0,332	0,006
	Monitorização - Concordância	Coefficiente de Correlação	0,168*	0,090	0,043	0,124	0,131	0,177*	0,131	0,177*
		<i>p</i>	0,017	0,205	0,547	0,081	0,065	0,012	0,065	0,012
	** Correlação significativa em $p < 0,01$.									
	* Correlação significativa em $p < 0,05$.									

<i>(cont.)</i>		Alimentação Específica de doces	Alimentação Específica adoçar as bebidas com açúcar	Prática de atividade física	Exercício físico programado	Exame dos pés	Lavar os pés	Secar os pés cuidadosamente	Monitorização - Concordância	
Spearman's rho	Alimentação Geral saudável	Coefficiente de Correlação	0,127	-0,036	0,067	-0,049	0,077	0,061	0,154*	0,168*
		<i>p</i>	0,073	0,617	0,343	0,495	0,281	0,392	0,029	0,017
	Alimentação Geral recomendada, último mês	Coefficiente de Correlação	0,081	0,124	0,078	-0,060	-0,087	0,023	0,069	0,090
		<i>p</i>	0,256	0,080	0,270	0,403	0,221	0,743	0,335	0,205
	Alimentação Geral de frutas e vegetais (mais que 5 doses)	Coefficiente de Correlação	0,042	-0,017	0,144*	0,051	0,154*	0,014	0,113	0,043
		<i>p</i>	0,557	0,809	0,042	0,472	0,029	0,841	0,112	0,547
	Alimentação Específica de carnes vermelhas	Coefficiente de Correlação	0,084	0,066	-0,162*	-0,088	0,115	-0,124	-0,050	0,124
		<i>p</i>	0,238	0,350	0,022	0,215	0,104	0,079	0,485	0,081
	Alimentação Específica de pão às refeições principais	Coefficiente de Correlação	-0,034	0,046	-0,028	-0,011	-0,020	-0,073	-0,014	0,032
		<i>p</i>	0,637	0,514	0,697	0,874	0,778	0,303	0,843	0,650
	Alimentação Específica mistura de hidratos de carbono	Coefficiente de Correlação	-0,010	-0,002	0,058	-0,013	0,166*	0,124	0,107	0,159*
		<i>p</i>	0,884	0,973	0,412	0,856	0,019	0,080	0,132	0,025
	Alimentação Específica álcool às principais refeições	Coefficiente de Correlação	0,017	-0,140*	-0,216**	-0,094	0,006	-0,118	-0,069	0,131
		<i>p</i>	0,807	0,047	0,002	0,185	0,931	0,097	0,332	0,065
	Alimentação Específica álcool fora das refeições	Coefficiente de Correlação	0,005	0,122	-0,075	0,062	0,121	0,153*	0,196**	0,177*
		<i>p</i>	0,941	0,085	0,290	0,385	0,087	0,030	0,006	0,012
	Alimentação Específica de doces	Coefficiente de Correlação	1,000	0,021	-0,060	-0,034	-0,022	-0,020	-0,065	0,049

		<i>p</i>	.	0,773	0,401	0,631	0,761	0,774	0,359	0,489
Alimentação Específica adoçar as bebidas com açúcar	Coeficiente de Correlação		0,021	1,000	-0,017	0,158*	-0,131	0,154*	0,092	0,026
		<i>p</i>	0,773	.	0,808	0,026	0,065	0,029	0,196	0,712
Prática de atividade física	Coeficiente de Correlação		-0,060	-0,017	1,000	0,210**	-0,069	0,183**	0,254**	0,076
		<i>p</i>	0,401	0,808	.	0,003	0,334	0,009	0,000	0,287
Exercício físico programado	Coeficiente de Correlação		-0,034	0,158*	0,210**	1,000	0,176*	-0,011	-0,005	0,094
		<i>p</i>	0,631	0,026	0,003	.	1,000	0,872	0,949	0,187
Exame dos pés	Coeficiente de Correlação		-0,022	-0,131	-0,069	0,176*	.	-0,030	0,046	0,089
		<i>p</i>	0,761	0,065	0,334	0,013	.	0,675	0,516	0,208
Lavar os pés	Coeficiente de Correlação		-0,020	0,154*	0,183**	-0,011	-0,030	1,000	0,763**	-0,112
		<i>p</i>	0,774	0,029	0,009	0,872	0,675	.	0,000	0,115
Secar os pés cuidadosamente	Coeficiente de Correlação		-0,065	0,092	0,254**	-0,005	0,046	0,763**	1,000	-0,020
		<i>p</i>	0,359	0,196	0,000	0,949	0,516	0,000	.	0,779
Monitorização - Concordância	Coeficiente de Correlação		0,049	0,026	0,076	0,094	0,089	-0,112	-0,020	1,000
		<i>p</i>	0,489	0,712	0,287	0,187	0,208	0,115	0,779	.

** Correlação significativa em $p < 0,01$.
* Correlação significativa em $p < 0,05$.

<i>(cont.)</i>		Exame dos pés	Lavar os pés	Secar os pés cuidadosamente	Monitorização - Concordância	
Spearman's rho	Alimentação Geral saudável	Coeficiente de Correlação	0,077	0,061	0,154*	0,168*
		<i>p</i>	0,281	0,392	0,029	0,017
	Alimentação Geral recomendada, último mês	Coeficiente de Correlação	-0,087	0,023	0,069	0,090
		<i>p</i>	0,221	0,743	0,335	0,205
	Alimentação Geral de frutas e vegetais (mais que 5 doses)	Coeficiente de Correlação	0,154*	0,014	0,113	0,043
		<i>p</i>	0,029	0,841	0,112	0,547
	Alimentação Específica de carnes vermelhas	Coeficiente de Correlação	0,115	-0,124	-0,050	0,124
		<i>p</i>	0,104	0,079	0,485	0,081
	Alimentação Específica de pão às refeições principais	Coeficiente de Correlação	-0,020	-0,073	-0,014	0,032
		<i>p</i>	0,778	0,303	0,843	0,650
	Alimentação Específica mistura de hidratos de carbono	Coeficiente de Correlação	0,166*	0,124	0,107	0,159*
		<i>p</i>	0,019	0,080	0,132	0,025
	Alimentação Específica álcool às principais refeições	Coeficiente de Correlação	0,006	-0,118	-0,069	0,131
		<i>p</i>	0,931	0,097	0,332	0,065
	Alimentação Específica álcool fora das refeições	Coeficiente de Correlação	0,121	0,153*	0,196**	0,177*
		<i>p</i>	0,087	0,030	0,006	0,012
	Alimentação Específica de doces	Coeficiente de Correlação	-0,022	-0,020	-0,065	0,049
		<i>p</i>	0,761	0,774	0,359	0,489
	Alimentação Específica adoçar as bebidas com açúcar	Coeficiente de Correlação	-0,131	0,154*	0,092	0,026
		<i>p</i>	0,065	0,029	0,196	0,712
	Prática de atividade física	Coeficiente de Correlação	-0,069	0,183**	0,254**	0,076
		<i>p</i>	0,334	0,009	0,000	0,287
	Exercício físico programado	Coeficiente de Correlação	0,176*	-0,011	-0,005	0,094
		<i>p</i>	0,013	0,872	0,949	0,187
	Exame dos pés	Coeficiente de Correlação	1,000	-0,030	0,046	0,089
		<i>p</i>	.	0,675	0,516	0,208

	Lavar os pés	Coefficiente de Correlação	-0,030	1,000	0,763**	-0,112
		<i>p</i>	0,675	.	0,000	0,115
	Secar os pés cuidadosamente	Coefficiente de Correlação	0,046	0,763**	1,000	-0,020
		<i>p</i>	0,516	0,000	.	0,779
	Monitorização - Concordância	Coefficiente de Correlação	0,089	-0,112	-0,020	1,000
		<i>p</i>	0,208	0,115	0,779	.

** Correlação significativa em $p < 0,01$.

* Correlação significativa em $p < 0,05$.

Anexo X – Valores descritivos da Escala da Tomada de Decisões

Testes de confiança		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Baseado nos pontos <i>standard</i>	N de itens
0,931	0,931	8

	Média (n = 200)	Desvio Padrão
Tomada de Decisão – recolhe informações sobre o assunto	1,56	0,793
Tomada de Decisão – procura de alternativas	1,09	0,797
Tomada de Decisão – identifica consequências	0,58	0,810
Tomada de Decisão – identifica o que precisa	0,55	0,794
Tomada de Decisão – reconhece conflitos	0,56	0,781
Tomada de Decisão – reconhece as implicações da opção	1,05	0,762
Tomada de Decisão – pondera diferentes alternativas	1,13	0,770
Tomada de Decisão – escolhe alternativas	1,59	0,771

Matriz de correlação inter-item								
	Tomada de Decisão – recolhe informações sobre o assunto	Tomada de Decisão – procura de alternativas	Tomada de Decisão – identifica consequências	Tomada de Decisão – identifica o que precisa	Tomada de Decisão – reconhece conflitos	Tomada de Decisão – reconhece as implicações da opção	Tomada de Decisão – pondera diferentes alternativas	Tomada de Decisão – escolhe alternativas
Tomada de Decisão – recolhe informações sobre o assunto	1,000	0,770	0,477	0,558	0,542	0,635	0,634	0,681
Tomada de Decisão – procura de alternativas	0,770	1,000	0,689	0,724	0,711	0,721	0,670	0,502
Tomada de Decisão – identifica consequências	0,477	0,689	1,000	0,896	0,838	0,628	0,512	0,302
Tomada de Decisão – identifica o que precisa	0,558	0,724	0,896	1,000	0,871	0,660	0,595	0,350
Tomada de Decisão – reconhece conflitos	0,542	0,711	0,838	0,871	1,000	0,696	0,595	0,355
Tomada de Decisão – reconhece as implicações da opção	0,635	0,721	0,628	0,660	0,696	1,000	0,761	0,591
Tomada de Decisão – pondera diferentes alternativas	0,634	0,670	0,512	0,595	0,595	0,761	1,000	0,654
Tomada de Decisão – escolhe alternativas	0,681	0,502	0,302	0,350	0,355	0,591	0,654	1,000

Resumo das Estatísticas					
	Média	Mínimo	Máximo	Range	Máximo / Mínimo
Item Médias	1,012	0,545	1,590	1,045	2,917
Item Variâncias	0,616	0,580	0,657	0,076	1,132
Inter-Item Correlações	0,629	0,302	0,896	0,594	2,967

Resumo das Estatísticas		
	Variância	N de itens
Item Médias	0,181	8
Item Variâncias	0,001	8
Inter-Item Correlações	0,021	8

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação Item – Total	Cronbach's Alpha se item eliminado
Tomada de Decisão recolhe informações sobre o assunto	6,54	20,682	0,740	0,924
Tomada de Decisão – procura de alternativas	7,01	20,035	0,838	0,917
Tomada de Decisão – identifica consequências	7,52	20,482	0,751	0,923
Tomada de Decisão – identifica o que precisa	7,55	20,209	0,813	0,918
Tomada de Decisão – reconhece conflitos	7,54	20,370	0,804	0,919
Tomada de Decisão – reconhece as implicações da opção	7,05	20,435	0,818	0,918
Tomada de Decisão – pondera diferentes alternativas	6,97	20,713	0,763	0,922
Tomada de Decisão – escolhe alternativas	6,51	21,899	0,576	0,936

Estatísticas descritivas				
	Mínimo	Máximo	Média (n = 200)	Desvio Padrão
Tomada de Decisão – recolhe informações sobre o assunto	0	3	1,56	0,793
Tomada de Decisão – procura de alternativas	0	3	1,09	0,797
Tomada de Decisão – identifica consequências	0	3	0,58	0,810
Tomada de Decisão – identifica o que precisa	0	3	0,55	0,794
Tomada de Decisão – reconhece conflitos	0	3	0,55	0,781
Tomada de Decisão – reconhece as implicações da opção	0	3	1,05	0,762
Tomada de Decisão – pondera diferentes alternativas	0	3	1,12	0,770
Tomada de Decisão – escolhe alternativas	0	3	1,59	0,771

**Anexo XI – Valores descritivos da Escala da Participação nas
Decisões sobre Cuidados de Saúde**

Testes de confiança		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Baseado nos pontos <i>standard</i>	N de itens
0,944	0,946	21

	Média (n = 200)	Desvio Padrão
Decisões em Saúde – participar	1,40	0,902
Decisões em Saúde – assume responsabilidade	1,45	0,867
Decisões em Saúde – sabe o que fazer para obter o que pretende	2,17	0,912
Decisões em Saúde – sabe o que fazer para obter o que pretende na DM	2,09	0,947
Decisões em Saúde – procura informação sobre saúde	0,88	0,756
Decisões em Saúde – procura informação sobre DM	0,80	0,777
Decisões em Saúde – procura informação sobre tratamentos	0,80	0,732
Decisões em Saúde – conhece tratamentos sobre DM	0,46	0,728
Decisões em Saúde – define resultados a curto prazo em saúde	1,63	0,733
Decisões em Saúde – define resultados a longo prazo em saúde	1,64	0,723
Decisões em Saúde – identifica prioridades	1,68	0,750
Decisões em Saúde – reconhece dificuldades	0,50	0,687
Decisões em Saúde – envolve-se nas soluções	1,57	0,691
Decisões em Saúde – sente-se capaz na DM	1,41	1,057
Decisões em Saúde – reconhece quem e o que o pode ajudar na DM	2,32	0,837
Decisões em Saúde – procura serviços de saúde para a DM	2,28	0,914
Decisões em Saúde – negocia com os profissionais de saúde	0,60	0,724
Decisões em Saúde – identifica causas de alteração da glicemia	1,62	0,734
Decisões em Saúde – identifica os riscos do descontrolo da DM	1,74	0,705
Decisões em Saúde – auto-avalia comportamentos face à DM	2,29	0,883
Decisões em Saúde – avalia os cuidados prestados pela equipa de saúde	1,69	0,766

Matriz de correlação inter-item								
	Decisões em Saúde – participar	Decisões em Saúde – assume responsabilidade	Decisões em Saúde – sabe o que fazer para obter o que pretende	Decisões em Saúde – sabe o que fazer para obter o que pretende na DM	Decisões em Saúde – procura informação sobre saúde	Decisões em Saúde – procura informação sobre DM	Decisões em Saúde – procura informação sobre tratamentos	Decisões em Saúde – conhece tratamentos sobre DM
Decisões em Saúde – participar	1,000	0,912	0,701	0,675	0,611	0,595	0,566	0,440
Decisões em Saúde – assume responsabilidade	0,912	1,000	0,719	0,642	0,638	0,612	0,582	0,486
Decisões em Saúde – sabe o que fazer para obter o que pretende	0,701	0,719	1,000	0,890	0,591	0,586	0,578	0,393
Decisões em Saúde – sabe o que fazer para obter o que pretende na DM	0,675	0,642	0,890	1,000	0,556	0,592	0,578	0,385
Decisões em Saúde – procura informação sobre saúde	0,611	0,638	0,591	0,556	1,000	0,881	0,870	0,523
Decisões em Saúde – procura informação sobre DM	0,595	0,612	0,586	0,592	0,881	1,000	0,900	0,544
Decisões em Saúde – procura informação sobre tratamentos	0,566	0,582	0,578	0,578	0,870	0,900	1,000	0,506
Decisões em Saúde – conhece tratamentos sobre DM	0,440	0,486	0,393	0,385	0,523	0,544	0,506	1,000
Decisões em Saúde – define resultados a curto prazo em saúde	0,441	0,441	0,454	0,447	0,522	0,556	0,559	0,378
Decisões em Saúde – define resultados a longo prazo em saúde	0,414	0,412	0,433	0,422	0,496	0,533	0,543	0,389

Decisões em Saúde – identifica prioridades	0,431	0,443	0,351	0,395	0,575	0,535	0,565	0,300
Decisões em Saúde – reconhece dificuldades	0,405	0,481	0,293	0,209	0,440	0,414	0,365	0,637
Decisões em Saúde – envolve-se nas soluções	0,490	0,496	0,441	0,436	0,539	0,567	0,587	0,455
Decisões em Saúde – sente-se capaz na DM	0,507	0,500	0,482	0,450	0,561	0,547	0,531	0,461
Decisões em Saúde – reconhece quem e o que o pode ajudar na DM	0,368	0,313	0,365	0,376	0,413	0,454	0,477	0,271
Decisões em Saúde – procura serviços de saúde para a DM	0,327	0,259	0,330	0,336	0,407	0,412	0,454	0,155
Decisões em Saúde – negocia com os profissionais de saúde	0,296	0,340	0,178	0,200	0,320	0,320	0,269	0,485
Decisões em Saúde – identifica causas de alteração da glicemia	0,340	0,329	0,343	0,404	0,474	0,525	0,497	0,357
Decisões em Saúde – identifica os riscos do descontrolo da DM	0,286	0,336	0,287	0,322	0,446	0,444	0,439	0,363
Decisões em Saúde – auto-avalia comportamentos face à DM	0,352	0,321	0,402	0,401	0,431	0,481	0,427	0,192
Decisões em Saúde – avalia os cuidados prestados pela equipa de saúde	0,340	0,317	0,275	0,330	0,410	0,461	0,460	0,389

Matriz de correlação inter-item (cont.)								
	Decisões em Saúde – define resultados a curto prazo em saúde	Decisões em Saúde – define resultados a longo prazo em saúde	Decisões em Saúde – identifica prioridades	Decisões em Saúde – reconhece dificuldades	Decisões em Saúde – envolve-se nas soluções	Decisões em Saúde – sente-se capaz na DM	Decisões em Saúde – reconhece quem e o que o pode ajudar na DM	Decisões em Saúde – procura serviços de saúde para a DM
Decisões em Saúde – participar	0,441	0,414	0,431	0,405	0,490	0,507	0,368	0,327
Decisões em Saúde – assume responsabilidade	0,441	0,412	0,443	0,481	0,496	0,500	0,313	0,259
Decisões em Saúde – sabe o que fazer para obter o que pretende	0,454	0,433	0,351	0,293	0,441	0,482	0,365	0,330
Decisões em Saúde – sabe o que fazer para obter o que pretende na DM	0,447	0,422	0,395	0,209	0,436	0,450	0,376	0,336
Decisões em Saúde – procura informação sobre saúde	0,522	0,496	0,575	0,440	0,539	0,561	0,413	0,407
Decisões em Saúde – procura informação sobre DM	0,556	0,533	0,535	0,414	0,567	0,547	0,454	0,412
Decisões em Saúde – procura informação sobre tratamentos	0,559	0,543	0,565	0,365	0,587	0,531	0,477	0,454
Decisões em Saúde – conhece tratamentos sobre DM	0,378	0,389	0,300	0,637	0,455	0,461	0,271	0,155
Decisões em Saúde – define resultados a curto prazo em saúde	1,000	0,853	0,682	0,384	0,569	0,524	0,450	0,435
Decisões em Saúde – define resultados a longo prazo em saúde	0,853	1,000	0,617	0,384	0,600	0,477	0,390	0,396

Decisões em Saúde – identifica prioridades	0,682	0,617	1,000	0,366	0,482	0,397	0,391	0,412
Decisões em Saúde – reconhece dificuldades	0,384	0,384	0,366	1,000	0,481	0,373	0,210	0,120
Decisões em Saúde – envolve-se nas soluções	0,569	0,600	0,482	0,481	1,000	0,623	0,563	0,448
Decisões em Saúde – sente-se capaz na DM	0,524	0,477	0,397	0,373	0,623	1,000	0,578	0,380
Decisões em Saúde – reconhece quem e o que o pode ajudar na DM	0,450	0,390	0,391	0,210	0,563	0,578	1,000	0,762
Decisões em Saúde – procura serviços de saúde para a DM	0,435	0,396	0,412	0,120	0,448	0,380	0,762	1,000
Decisões em Saúde – negocia com os profissionais de saúde	0,319	0,315	0,303	0,611	0,379	0,343	0,248	0,210
Decisões em Saúde – identifica causas de alteração da glicemia	0,468	0,428	0,429	0,333	0,510	0,496	0,585	0,551
Decisões em Saúde – identifica os riscos do descontrolo da DM	0,390	0,354	0,416	0,368	0,515	0,504	0,468	0,311
Decisões em Saúde – auto-avalia comportamentos face à DM	0,503	0,400	0,401	0,141	0,438	0,410	0,513	0,465
Decisões em Saúde – avalia os cuidados prestados pela equipa de saúde	0,445	0,387	0,392	0,382	0,513	0,462	0,500	0,440

Matriz de correlação inter-item (cont.)					
	Decisões em Saúde – negoceia com os profissionais de saúde	Decisões em Saúde – identifica causas de alteração da glicemia	Decisões em Saúde – identifica os riscos do descontrolo da DM	Decisões em Saúde – auto-avalia comportamentos face à DM	Decisões em Saúde – avalia os cuidados prestados pela equipa de saúde
Decisões em Saúde – participar	0,296	0,340	0,286	0,352	0,340
Decisões em Saúde – assume responsabilidade	0,340	0,329	0,336	0,321	0,317
Decisões em Saúde – sabe o que fazer para obter o que pretende	0,178	0,343	0,287	0,402	0,275
Decisões em Saúde – sabe o que fazer para obter o que pretende na DM	0,200	0,404	0,322	0,401	0,330
Decisões em Saúde – procura informação sobre saúde	0,320	0,474	0,446	0,431	0,410
Decisões em Saúde – procura informação sobre DM	0,320	0,525	0,444	0,481	0,461
Decisões em Saúde – procura informação sobre tratamentos	0,269	0,497	0,439	0,427	0,460
Decisões em Saúde – conhece tratamentos sobre DM	0,485	0,357	0,363	0,192	0,389
Decisões em Saúde – define resultados a curto prazo em saúde	0,319	0,468	0,390	0,503	0,445
Decisões em Saúde – define resultados a longo prazo em saúde	0,315	0,428	0,354	0,400	0,387
Decisões em Saúde – identifica prioridades	0,303	0,429	0,416	0,401	0,392
Decisões em Saúde – reconhece dificuldades	0,611	0,333	0,368	0,141	0,382
Decisões em Saúde – envolve-se nas soluções	0,379	0,510	0,515	0,438	0,513

Decisões em Saúde – sente-se capaz na DM	0,343	0,496	0,504	0,410	0,462
Decisões em Saúde – reconhece quem e o que o pode ajudar na DM	0,248	0,585	0,468	0,513	0,500
Decisões em Saúde – procura serviços de saúde para a DM	0,210	0,551	0,311	0,465	0,440
Decisões em Saúde – negocia com os profissionais de saúde	1,000	0,367	0,409	0,122	0,371
Decisões em Saúde – identifica causas de alteração da glicemia	0,367	1,000	0,733	0,568	0,716
Decisões em Saúde – identifica os riscos do descontrolo da DM	0,409	0,733	1,000	0,463	0,619
Decisões em Saúde – auto-avalia comportamentos face à DM	0,122	0,568	0,463	1,000	0,527
Decisões em Saúde – avalia os cuidados prestados pela equipa de saúde	0,371	0,716	0,619	0,527	1,000

Resumo de Item Estatísticas					
	Média	Mínimo	Máximo	Range	Máximo / Mínimo
Item Médias	1,475	0,455	2,320	1,865	5,099
Item Variâncias	0,652	0,472	1,117	0,645	2,366
Inter-Item Correlações	0,453	0,120	0,912	0,792	7,606

Resumo de Item Estatísticas		
	Variância	N de itens
Item Médias	0,358	21
Item Variâncias	0,030	21
Inter-Item Correlações	0,019	21

	Média se item eliminado	Variância se item eliminado	Correlação Item – Total	Cronbach's Alpha se item eliminado
Decisões em Saúde – participar	29,57	121,201	0,697	0,941
Decisões em Saúde – assume responsabilidade	29,52	121,708	0,701	0,941
Decisões em Saúde – sabe o que fazer para obter o que pretende	28,81	121,545	0,670	0,941
Decisões em Saúde – sabe o que fazer para obter o que pretende na DM	28,88	121,121	0,664	0,941
Decisões em Saúde – procura informação sobre saúde	30,10	122,247	0,779	0,940
Decisões em Saúde – procura informação sobre DM	30,17	121,589	0,798	0,939
Decisões em Saúde – procura informação sobre tratamentos	30,17	122,628	0,783	0,940
Decisões em Saúde – conhece tratamentos sobre DM	30,52	125,919	0,575	0,943
Decisões em Saúde – define resultados a curto prazo em saúde	29,35	123,775	0,708	0,941
Decisões em Saúde – define resultados a longo prazo em saúde	29,33	124,634	0,663	0,941
Decisões em Saúde – identifica prioridades	29,29	124,671	0,635	0,942
Decisões em Saúde – reconhece dificuldades	30,47	127,356	0,518	0,943
Decisões em Saúde – envolve-se nas soluções	29,40	124,081	0,733	0,941
Decisões em Saúde – sente-se capaz na DM	29,56	118,760	0,694	0,941
Decisões em Saúde – reconhece quem e o que o pode ajudar na DM	28,65	123,394	0,632	0,942
Decisões em Saúde – procura serviços de saúde para a DM	28,69	123,903	0,546	0,943
Decisões em Saúde – negocia com os profissionais de saúde	30,38	128,045	0,445	0,944
Decisões em Saúde – identifica causas de alteração da glicemia	29,36	124,180	0,680	0,941
Decisões em Saúde – identifica os riscos do descontrolo da DM	29,24	125,809	0,604	0,942
Decisões em Saúde – auto-avalia comportamentos face à DM	28,68	123,817	0,573	0,943
Decisões em Saúde – avalia os cuidados prestados pela equipa de saúde	29,28	124,615	0,623	0,942

Escala de Estatísticas			
Média	Variância	Desvio Padrão	N de itens
30,97	135,858	11,656	21

Estatísticas descritivas				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Decisões em Saúde – participar	0	4	1,40	0,902
Decisões em Saúde – assume responsabilidade	0	4	1,45	0,867
Decisões em Saúde – sabe o que fazer para obter o que pretende	0	4	2,17	0,912
Decisões em Saúde – sabe o que fazer para obter o que pretende na DM	0	4	2,09	0,947
Decisões em Saúde – procura informação sobre saúde	0	3	0,87	0,756
Decisões em Saúde – procura informação sobre DM	0	4	0,80	0,777
Decisões em Saúde – procura informação sobre tratamentos	0	3	0,79	0,732
Decisões em Saúde – conhece tratamentos sobre DM	0	3	0,46	0,728
Decisões em Saúde – define resultados a curto prazo em saúde	0	3	1,63	0,733
Decisões em Saúde – define resultados a longo prazo em saúde	0	3	1,64	0,723
Decisões em Saúde – identifica prioridades	0	3	1,68	0,750
Decisões em Saúde – reconhece dificuldades	0	3	0,50	0,687
Decisões em Saúde – envolve-se nas soluções	0	3	1,57	0,691
Decisões em Saúde – sente-se capaz na DM	0	3	1,41	1,057
Decisões em Saúde – reconhece quem e o que o pode ajudar na DM	0	4	2,32	0,837
Decisões em Saúde – procura serviços de saúde para a DM	0	4	2,28	0,914
Decisões em Saúde – negocia com os profissionais de saúde	0	3	0,60	0,724
Decisões em Saúde – identifica causas de alteração da glicemia	0	3	1,61	0,734
Decisões em Saúde – identifica os riscos do descontrolo da DM	0	3	1,74	0,705
Decisões em Saúde – auto-avalia comportamentos face à DM	0	4	2,29	0,883
Decisões em Saúde – avalia os cuidados prestados pela equipa de saúde	0	3	1,69	0,766

**Anexo XII – Correlações estatísticas entre as Intercorrências e
as Atividades de Autocuidado com a Diabetes**

Correlação de Spearman

			Intercorrências	Alimentação Geral	Alimentação Específica	Atividade Física	Pés	Monitorização - Concordância
Spearman's rho	Intercorrências	Coeficiente de Correlação	1,000	0,059	-0,006	-0,029	-0,083	0,127
		<i>p</i>	.	0,406	0,929	0,680	0,241	0,074
	Alimentação Geral	Coeficiente de Correlação	0,059	1,000	0,145*	0,115	0,111	0,141*
		<i>p</i>	0,406	.	0,040	0,104	0,118	0,046
	Alimentação Específica	Coeficiente de Correlação	-0,006	0,145*	1,000	-0,144*	-0,002	0,159*
		<i>p</i>	0,929	0,040	.	0,042	0,972	0,025
	Atividade Física	Coeficiente de Correlação	-0,029	0,115	-0,144*	1,000	0,133	0,093
		<i>p</i>	0,680	0,104	0,042	.	0,060	0,191
	Pés	Coeficiente de Correlação	-0,083	0,111	-0,002	0,133	1,000	0,047
		<i>p</i>	0,241	0,118	0,972	0,060	.	0,505
	Monitorização - Concordância	Coeficiente de Correlação	0,127	0,141*	0,159*	0,093	0,047	1,000
		<i>p</i>	0,074	0,046	0,025	0,191	0,505	.

* Correlação significativa em $p < 0,05$.

Anexo XIII – Correlações estatísticas entre as Intercorrências e a Tomada de Decisões e a Participação nas Decisões sobre Cuidados de Saúde

Correlação de Spearman

			Intercorrências	Tomada de Decisão	Participação Decisões em Saúde
Spearman's rho	Intercorrências	Coefficiente de Correlação	1,000	0,002	0,008
		<i>p</i>	.	0,976	0,906
	Tomada de Decisão	Coefficiente de Correlação	0,002	1,000	0,477**
		<i>p</i>	0,976	.	0,000
	Participação Decisões em Saúde	Coefficiente de Correlação	0,008	0,477**	1,000
		<i>p</i>	0,906	0,000	.
** Correlação significativa em $p < 0,01$.					

**Anexo XIV – *Scores* estatísticos consoante o Sexo, USF, Estado Civil
e Tratamento com insulina**

Sexo

Teste de Mann-Whitney

Ranks (n = 200)				
	Sexo	N	Média de Ranks	Somatório de Ranks
Intercorrências	Masculino	89	96,49	8587,50
	Feminino	111	103,72	11512,50
Alimentação Geral	Masculino	89	93,84	8352,00
	Feminino	111	105,84	11748,00
Atividade Física	Masculino	89	111,88	9957,00
	Feminino	111	91,38	10143,00
Pés	Masculino	89	103,69	9228,50
	Feminino	111	97,94	10871,50
Alimentação Específica	Masculino	89	80,83	7193,50
	Feminino	111	116,27	12906,50
Monitorização - Concordância	Masculino	89	100,48	8942,50
	Feminino	111	100,52	11157,50
Tomada de Decisão	Masculino	89	99,04	8814,50
	Feminino	111	101,67	11285,50
Participação Decisões em Saúde	Masculino	89	98,39	8756,50
	Feminino	111	102,19	11343,50

Testes Estatísticos					
	Intercorrências	Alimentação Geral	Atividade Física	Pés	Alimentação Específica
Mann-Whitney U	4582,500	4347,000	3927,000	4655,500	3188,500
Wilcoxon W	8587,500	8352,000	10143,000	10871,500	7193,500
Z	-1,327	-1,464	-2,573	-0,754	-4,310
Asymp. p	0,184	0,143	0,010	0,451	0,000

Testes Estatísticos			
	Monitorização - Concordância	Tomada de Decisão	Participação Decisões em Saúde
Mann-Whitney U	4937,500	4809,500	4751,500
Wilcoxon W	8942,500	8814,500	8756,500
Z	-0,007	-0,400	-0,521
Asymp. p	0,995	0,689	0,602

USFs

Test Kruskal-Wallis

Ranks (n = 200)			
	Unidade de Saúde Familiar	N	Média de Ranks
Alimentação Geral	USF Atlântida	42	94,25
	USF Horizonte	66	95,39
	USF Oceanos	92	107,02
Atividade Física	USF Atlântida	42	90,43
	USF Horizonte	66	109,58
	USF Oceanos	92	98,59
Pés	USF Atlântida	42	105,65
	USF Horizonte	66	105,30
	USF Oceanos	92	94,70
Alimentação Específica	USF Atlântida	42	77,77
	USF Horizonte	66	107,89
	USF Oceanos	92	105,57
Monitorização - Concordância	USF Atlântida	42	99,37
	USF Horizonte	66	109,08
	USF Oceanos	92	94,86
Tomada de Decisão	USF Atlântida	42	85,58
	USF Horizonte	66	103,93
	USF Oceanos	92	104,85
Participação Decisões em Saúde	USF Atlântida	42	75,90
	USF Horizonte	66	101,73
	USF Oceanos	92	110,85

Testes Estatísticos					
	Alimentação Geral	Atividade Física	Pés	Alimentação Específica	Monitorização - Concordância
Chi-Square	2,192	3,199	1,997	8,278	4,313
df	2	2	2	2	2
Asymp. <i>p</i>	0,334	0,202	0,369	0,016	0,116

Testes Estatísticos		
	Tomada de Decisão	Participação Decisões em Saúde
Chi-Square	5,546	13,437
df	2	2
Asymp. <i>p</i>	0,062	0,001

Estado Civil

Teste de Mann-Whitney

Ranks (n = 191)				
	Estado Civil	N	Média de Ranks	Somatório de Ranks
Intercorrências	Casado(a) ou União de facto	160	95,10	15215,50
	Viúvo(a)	31	100,66	3120,50
Alimentação Geral	Casado(a) ou União de facto	160	95,26	15241,50
	Viúvo(a)	31	99,82	3094,50
Atividade Física	Casado(a) ou União de facto	160	99,61	15937,00
	Viúvo(a)	31	77,39	2399,00
Pés	Casado(a) ou União de facto	160	97,80	15647,50
	Viúvo(a)	31	86,73	2688,50
Alimentação Específica	Casado(a) ou União de facto	160	90,51	14481,50
	Viúvo(a)	31	124,34	3854,50
Monitorização - Concordância	Casado(a) ou União de facto	160	94,88	15180,50
	Viúvo(a)	31	101,79	3155,50
Tomada de Decisão	Casado(a) ou União de facto	160	96,61	15457,00
	Viúvo(a)	31	92,87	2879,00
Participação Decisões em Saúde	Casado(a) ou União de facto	160	96,89	15502,50
	Viúvo(a)	31	91,40	2833,50

Testes Estatísticos					
	Intercorrências	Alimentação Geral	Atividade Física	Pés	Alimentação Específica
Mann-Whitney U	2335,500	2361,500	1903,000	2192,500	1601,500
Wilcoxon W	15215,500	15241,500	2399,000	2688,500	14481,500
Z	-0,770	-0,423	-2,116	-1,101	-3,122
Asymp. p	0,441	0,672	0,034	0,271	0,002

Testes Estatísticos			
	Monitorização - Concordância	Tomada de Decisão	Participação Decisões em Saúde
Mann-Whitney U	2300,500	2383,000	2337,500
Wilcoxon W	15180,500	2879,000	2833,500
Z	-0,872	-0,427	-0,570
Asymp. p	0,383	0,669	0,569

Tratamento com insulina

Teste de Mann-Whitney

Ranks (n = 200)				
	Tipo de Diabetes	N	Média de Ranks	Somatório de Ranks
Intercorrências	Insulino-tratado	32	118,31	3786,00
	Não Insulino-tratado	168	97,11	16314,00
Alimentação Geral	Insulino-tratado	32	111,22	3559,00
	Não Insulino-tratado	168	98,46	16541,00
Atividade Física	Insulino-tratado	32	102,77	3288,50
	Não Insulino-tratado	168	100,07	16811,50
Pés	Insulino-tratado	32	107,67	3445,50
	Não Insulino-tratado	168	99,13	16654,50
Alimentação Específica	Insulino-tratado	32	119,83	3834,50
	Não Insulino-tratado	168	96,82	16265,50
Monitorização - Concordância	Insulino-tratado	32	116,77	3736,50
	Não Insulino-tratado	168	97,40	16363,50
Tomada de Decisão	Insulino-tratado	32	122,64	3924,50
	Não Insulino-tratado	168	96,28	16175,50
Participação Decisões em Saúde	Insulino-tratado	32	111,84	3579,00
	Não Insulino-tratado	168	98,34	16521,00

Testes Estatísticos					
	Intercorrências	Alimentação Geral	Atividade Física	Pés	Alimentação Específica
Mann-Whitney U	2118,000	2345,000	2615,500	2458,500	2069,500
Wilcoxon W	16314,000	16541,000	16811,500	16654,500	16265,500
Z	-2,873	-1,149	-0,250	-0,826	-2,064
Asymp. p	0,004	0,251	0,803	0,409	0,039

Testes Estatísticos			
	Monitorização - Concordância	Tomada de Decisão	Participação Decisões em Saúde
Mann-Whitney U	2167,500	1979,500	2325,000
Wilcoxon W	16363,500	16175,500	16521,000
Z	-2,354	-2,955	-1,365
Asymp. p	0,019	0,003	0,172