



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

EFETIVIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

À PESSOA COM DIABETES TIPO 2

*A EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA E RESULTADOS EM CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS*

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Fevereiro de 2015



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

EFETIVIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

À PESSOA COM DIABETES TIPO 2

*A EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA E RESULTADOS EM CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS*

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino

Sob orientação de Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe
e co-orientação de Professora Doutora Maria Clárisse Carvalho Louro

Instituto de Ciências da Saúde

Fevereiro de 2015

*Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado, mas
nada pode ser modificado até que seja enfrentado.*

Albert Einstein

AGRADECIMENTO

À Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe agradeço a orientação, o saber, o rigor, a infinita disponibilidade, a compreensão, o incentivo e a forma positiva como encarou todas as fases do trabalho. Agradeço ter acreditado que eu seria capaz.

À Professora Doutora Maria Clarisse Louro, que co-orientou este trabalho, agradeço as sugestões pertinentes, a disponibilidade e estímulo.

Agradeço ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, em especial aos Professores que tornaram este percurso tão rico e engrandecedor e ao secretariado, em especial a Otilia Calheiros.

Agradeço ao Instituto Politécnico de Leiria e à Escola Superior de Saúde de Leiria pela oportunidade de me desenvolver enquanto docente e por ter facilitado e incentivado o desenvolvimento deste percurso de Doutoramento.

A todas as instituições que permitiram que o trabalho fosse concretizado.

À Professora Sara Dias pelo saber e apoio na análise estatística.

Aos enfermeiros agradeço a colaboração através do preenchimento dos questionários e a organização e facilitação das condições necessárias às entrevistas aos utentes.

Aos utentes por se terem disponibilizado a participar no estudo e por me terem feito sentir que seria importante este trabalho.

Aos estudantes de Enfermagem pela colaboração na aplicação dos questionários aos utentes com diabetes.

Às Professoras (e amigas) Lídia Cravo e Sónia Ramalho pelo exemplo e pelo apoio.

Ao Aníbal, meu marido, que sempre acreditou e valorizou o trabalho e empenho nesta etapa que nos trouxe tanto...

Aos meus filhos: Guilherme pela alegria e Francisca pela doçura.

À minha família por estar sempre presente e pelo apoio incondicional, aos meus irmãos, à minha mãe e aos meus sogros.

Às amigas do coração pelo apoio e partilha sempre presentes e porque sempre me fizeram acreditar que iria concretizar esta meta: às Anas, à Joana e à Vera.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AADE - *American Association of Diabetes Educators*

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACES PL - Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral

ADA - Associação Americana de Diabetes

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CS – Centro de Saúde

CDA – *Canadian Diabetes Association*

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DKQ – *Diabetes Knowledge Questionnaire*

DM – *Diabetes mellitus*

DSME – *Diabetes Self-Management Education*

DSMS – *Diabetes Self-Management Support*

EASD - *European Association for the Study of Diabetes*

ETCA – Educação Terapêutica Relativa aos Comportamentos de Autocuidado

HbA_{1c} - Hemoglobina Glicada

ICCC – Quadro de Referência de Cuidados Inovadores para os Quadros Crónicos

ICN – International Council of Nurses

IDF – *International Diabetes Federation*

IMC – Índice de Massa Corporal

IOM - Institute of Medicine

MCC - Modelo de Cuidados Crónicos

MEE - Modelo das Equações Estruturais

NIC – *Nursing Interventions Classification*

NICE – *National Institute for Health and Clinical Excellence*

NIH – *National Institutes of Health*

NOC – *Nursing Outcomes Classification*

NREM - *Nursing Role Effectiveness Model*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCCU – Prática de Cuidados Centrados no Cliente

ONS – *Oncology Nursing Society*

PES-NWI – *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*

PETCD – Processo de Educação Terapêutica ao Cliente com Diabetes

RCT – *Randomized Controlled Trials*

RNO – Registered Nurses' Association of Ontario

SDSCA – *Summary of Diabetes Sel-Care Activities*

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SUCECS – Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde

TA – Tensão Arterial

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

WHO - *World Health Organization*

RESUMO

Introdução: A qualidade dos cuidados de saúde é uma questão central. Os sistemas de saúde e também os enfermeiros são impelidos a demonstrar que os cuidados que providenciam são efetivos e alcançam os resultados a que se propõem. A diabetes é uma doença crónica cujos números alcançam proporções epidémicas, sendo premente que se demonstre o valor dos cuidados prestados pelos enfermeiros e a sua efetividade nesta área.

Objetivo geral: avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem respeitantes à educação terapêutica à pessoa com diabetes tipo 2.

Metodologia: Com o intuito de ir ao encontro do objetivo geral desenvolvemos 3 estudos tendo em consideração os princípios éticos inscritos na declaração de Helsinquia:

- O primeiro estudo de análise quantitativa permitiu validar/revalidar os instrumentos de medida em duas amostras não probabilísticas, uma de 104 enfermeiros e outra de 292 utentes com diabetes.

- O segundo estudo, de carácter descritivo, teve como objetivo específico descrever as condições para o exercício da prática de enfermagem (estrutura), o processo de cuidados de enfermagem e os resultados da pessoa com diabetes, recorrendo a uma amostra não probabilística de 49 enfermeiros prestadores de cuidados a utentes com diabetes em cuidados de saúde primários e a uma amostra não probabilística de 292 utentes com diabetes tipo 2, cuidados por aqueles enfermeiros.

- O terceiro estudo, de natureza correlacional, permitiu testar o modelo NREM de análise da efetividade dos cuidados de enfermagem adaptado à área da diabetes, na amostra caracterizada no estudo anterior. Considerando a revisão da literatura efetuada, foram testadas as hipóteses propostas de relação entre a estrutura, processo e resultado.

Resultados: Os resultados do primeiro estudo indicam adequação dos instrumentos para avaliar os construtos a que se propõem. Todos os instrumentos apresentam boas características psicométricas não só na fidelidade como na validade de constructo. Os resultados do segundo estudo permitiram caracterizar o ambiente da prática de cuidados e os dados demográficos e profissionais dos enfermeiros e caracterizar o processo de educação terapêutica ao utente com diabetes e a educação relativa aos comportamentos de autocuidado. Em relação ao utente, este permitiu caracterizar a situação clínica e sociodemográfica, a satisfação com os cuidados, o autocuidado com a diabetes e os conhecimentos sobre a diabetes. O modelo estrutural resultante do terceiro estudo revelou qualidade pelas capacidades preditivas e relações estatisticamente significativas apuradas. Verificou-se haver relações estatisticamente significativas entre as variáveis da estrutura e as do processo e entre estas e os resultados obtidos.

Conclusão e implicações: Os resultados obtidos poderão reverter para a área da investigação, do ensino e da prática, uma vez que se identificou a contribuição dos cuidados de enfermagem (educação terapêutica) para os resultados, permitindo sublinhar o valor e a efetividade dos cuidados de enfermagem na área da educação terapêutica à pessoa com diabetes.

Palavras-chave: Efetividade, Enfermagem, Diabetes, Educação terapêutica.

ABSTRAT

Introduction: The quality of care is a central issue. Health systems and nurses also are compelled to demonstrate that the care they provide is effective and achieve the results which are proposed. Diabetes is a chronic disease whose numbers reach epidemic proportions, being important to demonstrate the value of care provided by nurses and their effectiveness in this area.

General objective: to evaluate the effectiveness of nursing care to people with type 2 diabetes in what concerns to therapeutic education.

Methodology: In order to meet the overall objective we develop 3 studies taking into account the ethical principles contained in the Helsinki Declaration.

-The first study of quantitative analysis allowed validate/revalidate measuring instruments in two non-probabilistic samples, one of 104 nurses and another of 292 users with diabetes.

-- The second study, of descriptive nature, had the objective of describing the conditions for the exercise of nursing practice (structure), the process of nursing care and the results of the person with diabetes, using a non-probabilistic sample of 49 nurses care providers to users with diabetes in primary care and a non-probabilistic sample of 292 users with type 2 diabetes, care by those nurses.

- The third study, of correlational nature, allowed testing NREM model analysis of the effectiveness of nursing care adapted to the area of diabetes, in the sample characterized in the previous study. Considering the revision of the literature made, the hypotheses of relationship between structure, process and outcome were tested.

Results: The results of the first study indicate adequacy of instruments to assess the proposed constructs. All instruments feature good psychometric characteristics not only in fidelity as in construct validity. The results of the second study allowed feature the practice environment of care and the demographic and professional data of nurses and feature the therapeutic education process to the patient with diabetes and their education regarding self-care behaviours. In relation to the user, this allowed feature the clinical and socio demographic situation, satisfaction with the care, self-care with diabetes and knowledge about diabetes. The structural model resulting from the third study revealed quality predictive abilities and statistically significant relationships. It was found to be statistically significant relationships between variables of the structure and the process and between these and the results obtained.

Conclusion and implications: The results obtained may revert to the area of research, teaching and practice, once identified the contribution of nursing care (therapeutic education) for the results, allowing stressing the value and effectiveness of nursing care in the area of therapeutic education to the person with diabetes.

Keywords: Effectiveness, Nursing, Diabetes, Therapeutic Education.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	25
PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	33
CAPÍTULO I. A DIABETES NO CONTEXTO DA GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA: DESAFIOS À ENFERMAGEM	35
CAPÍTULO II. A EFETIVIDADE DA EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA AO CLIENTE COM DIABETES	45
1. A EFETIVIDADE ENQUANTO MEDIDA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	45
2. A ANÁLISE DA EFETIVIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DO MODELO CONCEPTUAL NREM	52
2.1. ESTRUTURA SUBJACENTE AOS CUIDADOS: A DÍADE UTENTE/SERVIÇO	53
2.2. PROCESSO DE CUIDADOS: A EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA NA GESTÃO DA DIABETES	58
2.3. RESULTADOS NA ÁREA DA DIABETES: RESULTADOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	67
PARTE II. A INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	76
CAPÍTULO I. PERCURSO METODOLÓGICO	78
1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E FINALIDADE DO ESTUDO.....	78
2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E DESENHO DO ESTUDO	80
3. HIPÓTESES	85
4. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	86
5. INSTRUMENTOS.....	87
5.1. UTENTES COM DIABETES TIPO 2	88
5.1.1. QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA	89
5.1.2. ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES	89
5.1.3. QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE A DIABETES.....	91
5.1.4. QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE SAÚDE	92
5.2. ENFERMEIROS	94
5.2.1. QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL	95
5.2.2. AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM	95
5.2.3. EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA AO UTENTE COM DIABETES	98
6. TRATAMENTO DE DADOS	99
6.1. ESTUDO DE VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA E ESTUDO DESCRITIVO DA ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO	99

6.2. ESTUDO DA EFETIVIDADE DA EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA AO UTENTE COM DIABETES	103
7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	106
CAPÍTULO II. ESTUDO DE VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	110
1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS: INSTRUMENTOS DE MEDIDA DIRIGIDOS AOS UTENTES COM DIABETES TIPO 2	111
1.1. ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES: <i>SUMMARY OF DIABETES SELF-CARE ACTIVITIES</i> (SDSCA)	112
1.2. QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE A DIABETES: DIABETES KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE - 24 (DKQ)	117
1.3. QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE SAÚDE (SUCECS)	119
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS: INSTRUMENTOS DE MEDIDA DIRIGIDOS AOS ENFERMEIROS.....	125
2.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL	125
2.2. ESTUDO DE REVALIDAÇÃO DA ESCALA THE PRACTICE ENVIRONMENT SCALE OF THE NURSING WORK INDEX (PES-NWI)	126
2.3. PROCESSO DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA AO UTENTE COM DIABETES	135
2.3.1. ESTUDO DE VALIDAÇÃO DA ESCALA “PROCESSO DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA AO CLIENTE COM DIABETES” (PETCD)	139
2.3.2. ESTUDO DE VALIDAÇÃO DA ESCALA “EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA RELATIVA AOS COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO” (ETCA).....	143
3. SÍNTESE DOS RESULTADOS OBTIDOS.....	149
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	152
CAPÍTULO III. ESTUDO DESCRITIVO DAS COMPONENTES DA EFETIVIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO	166
1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS: ESTRUTURA INERENTE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	167
1.1. UTENTES COM DIABETES TIPO 2: CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA	169
1.2. ENFERMEIROS: CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL	173
1.3. AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM- CARATERIZAÇÃO ORGANIZACIONAL:	175
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS: PROCESSO DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA À PESSOA COM DIABETES - INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS.....	177
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS: RESULTADOS DOS UTENTES.....	182
3.1. PARÂMETROS CLÍNICOS E CONTROLO DA DIABETES	183
3.2. AUTOCUIDADO	184
3.3. CONHECIMENTOS	187
3.4. SATISFAÇÃO	190
	XIV

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	193
4.1. A ESTRUTURA INERENTE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	193
4.2. O PROCESSO DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA AO UTENTE COM DIABETES	201
4.3. RESULTADOS DO UTENTE COM DIABETES	210
CAPÍTULO IV. ESTUDO DA EFETIVIDADE DA EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA AO UTENTE COM DIABETES ..	218
1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	218
2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	225
CAPÍTULO V. CONCLUSÕES	234
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	246

ANEXOS

ANEXO I. Instrumentos de colheita de dados: versão anterior à validação

ANEXO II. Aprovação da comissão de ética para a saúde

ANEXO III. Consentimento informado

ANEXO IV. Instrumentos de colheita de dados na versão final

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 0.1 – CICLO DE MEDIÇÃO, AVALIAÇÃO E MELHORIA	46
FIGURA 0.2 – MODELO “ <i>NURSING ROLE EFFECTIVENESS MODEL</i> ” (NREM)	51
FIGURA 0.3 – <i>CONTINUUM</i> DAS VÁRIAS CATEGORIAS DE RESULTADOS NA ÁREA DA DIABETES	71
FIGURA 1.1 -MODELO DA EFETIVIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES	83
FIGURA 1.2. - DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	84
FIGURA 3.1. – DIMENSÕES DA QUALIDADE COM ESPECIFICAÇÃO DA DIMENSÃO ESTRUTURA	168
FIGURA 3.2. – DIMENSÕES DA QUALIDADE COM ESPECIFICAÇÃO DA DIMENSÃO PROCESSO.....	178
FIGURA 3.3. – DIMENSÕES DA QUALIDADE COM ESPECIFICAÇÃO DA DIMENSÃO RESULTADO.....	182
FIGURA 4.1. - RESULTADOS DO <i>PATH MODEL</i> DO SMARTPLS® COM RELAÇÕES SIGNIFICATIVAS ($T \geq 1,96$) DO MEE	220

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 3.1. – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR IDADES	169
GRÁFICO 3.2. – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ANOS DE DIAGNÓSTICO DE DIABETES.....	171
GRÁFICO 3.3. – DISTRIBUIÇÃO DOS RESPONDENTES PELAS COMORBILIDADES ASSOCIADAS REPORTADAS	172
GRÁFICO 3.5. – PERCENTAGEM DE ADEÇÃO RELATIVA AOS AUTOCUIDADOS	185
GRÁFICO 3.6. – PERCENTAGEM DE RESPOSTAS ERRADAS ADICIONADAS AOS DESCONHECIMENTOS E DE RESPOSTAS CERTAS SOBRE A DIABETES	189

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 0.1. – SETE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DA AADE E RESPECTIVAS INTERVENÇÕES DOS EDUCADORES NA ÁREA DA DIABETES.....	61
QUADRO 2.1. - CONTEÚDO DOS ITENS DA PES-NWI NA VERSÃO DE AMARAL, FERREIRA, & LAKE (2012) E NA VERSÃO APÓS ADEQUAÇÃO PARA CSP	127
QUADRO 2.2. - <i>GUIDELINES</i> SELECIONADAS PARA EXTRAÇÃO DAS VARIÁVEIS RELEVANTES NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA.	136
QUADRO 2.3. - RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO ÀS <i>GUIDELINES</i> SELECIONADAS.....	137
QUADRO 2.4. – RESUMO DA VERSÃO FINAL DOS INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS VALIDADOS	151
QUADRO 4.1. – HIPÓTESES CONFIRMADAS PELO MEE REFERENTES À RELAÇÃO ENTRE A ESTRUTURA E PROCESSO.....	222
QUADRO 4.2. - HIPÓTESES CONFIRMADAS PELO MEE REFERENTES AO PROCESSO	223
QUADRO 4.3. - HIPÓTESES CONFIRMADAS PELO MEE REFERENTES À RELAÇÃO ENTRE O PROCESSO E O RESULTADO	224

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1.1 - CARATERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DOS ESTUDOS PUBLICADOS DE VALIDAÇÃO DA SDSCA.....	91
TABELA 1.2 - CARATERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DOS ESTUDOS PUBLICADOS DE VALIDAÇÃO DA DKQ.....	92
TABELA 1.3 - CARATERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DOS ESTUDOS PUBLICADOS DE VALIDAÇÃO DA PES-NWI.....	96
TABELA 1.4 - CARATERIZAÇÃO DOS FATORES DA PES–NWI.....	96
TABELA 1.5 - VALORES DO ALFA DE CRONBACH DOS VÁRIOS FATORES DA PES-NWI NOS ESTUDOS PUBLICADOS.....	97
TABELA 2.1 - CORRELAÇÃO DE PEARSON E ALFA DE CRONBACH DOS ITENS COM O TOTAL, SEM O ITEM DA SDSCA.....	114
TABELA 2.2 - MATRIZ DE COMPONENTES PRINCIPAIS APÓS ROTAÇÃO VARIMAX, DOS ITENS DA SDSCA.....	114
TABELA 2.3 - CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE OS ITENS COM O TOTAL DA ESCALA A QUE PERTENCE E COM O TOTAL DA ESCALA (SDSCA) A QUE NÃO PERTENCE.....	115
TABELA 2.4 - DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS POR FATORES E RESPECTIVOS ALFAS DE CRONBACH.....	116
TABELA 2.5 - CORRELAÇÃO DE PEARSON E ALFA DE CRONBACH DOS ITENS COM O TOTAL, SEM O ITEM DA ESCALA DKQ.....	118
TABELA 2.6 - CORRELAÇÃO DE PEARSON E ALFA DE CRONBACH DOS ITENS COM O TOTAL, SEM O ITEM DA ESCALA SUCECS.....	119
TABELA 2.7 - MATRIZ DE COMPONENTES PRINCIPAIS APÓS ROTAÇÃO VARIMAX, DOS ITENS DO SUCECS.....	121
TABELA 2.8 - DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS POR FATORES E RESPECTIVOS ALFAS DE CRONBACH DA ESCALA SUCECS.....	122
TABELA 2.9 - CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE OS ITENS COM O TOTAL DO FATOR A QUE PERTENCE E COM O TOTAL DA ESCALA A QUE NÃO PERTENCE.....	124
TABELA 2.10 - CORRELAÇÃO DE PEARSON DOS ITENS QUE COMPÕEM A PES–NWI E ALFA DE CRONBACH DOS ITENS COM O TOTAL, SEM O ITEM.....	129
TABELA 2.11 - MATRIZ DE COMPONENTES PRINCIPAIS APÓS ROTAÇÃO VARIMAX DOS 30 ITENS DO PES–NWI.....	131
TABELA 2.12 - CORRELAÇÃO DE PERSON ENTRE OS ITENS COM O TOTAL DA ESCALA A QUE PERTENCE E COM O TOTAL DA ESCALA (PES–NWI) A QUE NÃO PERTENCE.....	132
TABELA 2.13 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES DE PEARSON (R) ENTRE O TOTAL DA PES–NWI E SEUS FACTORES COM O TOTAL DA SATISFAÇÃO (N=104).....	133
TABELA 2.14 - VALORES DE ALFA DE CRONBACH E NÚMERO DE ITENS POR FATOR DA PES-NWI.....	134
TABELA 2.15 - CORRELAÇÃO DE PEARSON E ALFA DE CRONBACH DOS ITENS COM O TOTAL DA SUA DIMENSÃO DA ESCALA MULTIDIMENSIONAL PETCD.....	140
TABELA 2.16 - MATRIZ DE COMPONENTES PRINCIPAIS APÓS ROTAÇÃO VARIMAX, DOS ITENS DE CADA DIMENSÃO DA ESCALA MULTIDIMENSIONAL PETCD.....	141
TABELA 2.17 - CORRELAÇÃO DE PERSON ENTRE OS ITENS COM O TOTAL DA ESCALA A QUE PERTENCE E COM O TOTAL DA ESCALA PETCD A QUE NÃO PERTENCE.....	142
TABELA 2.18 - CORRELAÇÃO DE PEARSON E ALFA DE CRONBACH DOS ITENS COM O TOTAL DA SUA DIMENSÃO DA ESCALA MULTIDIMENSIONAL ETCA.....	144
TABELA 2.19 - MATRIZ DE COMPONENTES PRINCIPAIS APÓS ROTAÇÃO VARIMAX, DOS ITENS DE CADA DIMENSÃO DA ESCALA MULTIDIMENSIONAL ETCA.....	146

TABELA 2.20. - CORRELAÇÃO DE PERSON ENTRE OS ITENS COM O TOTAL DA ESCALA A QUE PERTENCE E COM O TOTAL DA ESCALA ETCA A QUE NÃO PERTENCE.....	148
TABELA 2.21 – ANÁLISE FATORIAL, % DE VARIÂNCIA EXPLICADA E CONSISTÊNCIA INTERNA DOS INSTRUMENTOS (RE)VALIDADOS	149
TABELA 3.1. – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA.....	170
TABELA 3.2. – DISTRIBUIÇÃO DOS RESPONDENTES CONFORME AS COMPLICAÇÕES AGUDAS (N=43) E CRÓNICAS (N=36) DA DIABETES REPORTADAS.....	172
TABELA 3.3. - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO ÀS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (N=49).....	174
TABELA 3.4 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA POR FATORES DA ESCALA PES–NWI (N=49).....	175
TABELA 3.5. – ELEMENTOS ENVOLVIDOS NA EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA (N=49).....	179
TABELA 3.6 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA PETCD POR DIMENSÕES (N=49).....	180
TABELA 3.7. – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA ETCA POR DIMENSÕES (N=49)	181
TABELA 3.8. – DADOS CLÍNICOS DE CONTROLO DA DIABETES E RELATIVOS A FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR	184
TABELA 3.9. - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA SDSCA POR FATORES	185
TABELA 3.10. - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS RELATIVAS À QUESTÃO “QUANDO FUMOU O ÚLTIMO CIGARRO?”	186
TABELA 3.11. - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS ERRADAS, CORRETAS E DE DESCONHECIMENTOS.....	187
TABELA 3.12. -ESTATÍSTICA DESCRITIVA RELATIVA À SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM POR FATORES EM %	191
TABELA 4.1. - <i>PATH COEFFICIENTS</i> COM SIGNIFICADO ESTATÍSTICO E RESPECTIVO VALOR DE T	221
TABELA 4.2. – VALOR DE R ² DAS VARIÁVEIS LATENTES ENDÓGENAS.....	224

INTRODUÇÃO

Atualmente, num contexto em que são crescentes as restrições financeiras e as expectativas dos clientes, os sistemas de saúde são impelidos a demonstrar que os cuidados que providenciam correspondem aos mais elevados padrões de qualidade (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2010).

Os diversos profissionais são incitados a mostrar a efetividade dos cuidados que prestam por uma questão de *accountability* para com os sistemas e gestores e para com os clientes (Given & Sherwood, 2005), havendo hoje uma atenção sem precedentes às práticas de cuidados que são sujeitas ao escrutínio público sendo até os prestadores recompensados financeiramente pelas boas práticas (Spath, 2009).

Face à realidade restritiva, a nível económico a que assistimos, há inevitavelmente, de forma direta ou indireta, racionamento de recursos, verificando-se este fenómeno também na área da enfermagem, o que leva a que muitas vezes, num contexto de priorização, sejam primeiramente acauteladas as intervenções na área biomédica, nomeadamente as intervenções prescritas pelos médicos (intervenções dependentes), descurando-se as intervenções autónomas de enfermagem (Papastavrou, Andreou, & Vryonides, 2014). Esta realidade pode comprometer o reconhecimento dos cuidados que os enfermeiros prestam ou que poderiam prestar e que são desconhecidos ou subvalorizados.

Neste sentido, os enfermeiros também são desafiados a revelar qual o seu papel dentro do sistema de saúde e que o que fazem traz ganhos para os clientes, tornando-se imprescindível por uma questão de sustentabilidade dos sistemas, mas também por uma necessidade da própria disciplina que carece ver reconhecido o valor dos seus cuidados (Doran, 2011).

Através da avaliação/demonstração do que fazem e quais os resultados que obtêm com os cuidados que prestam, os enfermeiros poderão alcançar a plenitude do potencial contributo que podem dar à sociedade, demonstrando que fazem uma diferença crítica e custo-efetiva através da prestação de cuidados seguros e de elevada qualidade (ICN, 2009). Desta forma, pode ser-lhes permitido e reconhecido que se foquem nos fenómenos da prática específicos da disciplina de enfermagem, desenvolvendo não só as intervenções interdependentes e dependentes, muitas vezes, a face dos cuidados mais

associada à disciplina externamente (Wilson, Brooks, Procter, & Kendall, 2012), mas também, pelo contributo único que podem dar através das intervenções autónomas de enfermagem, permitindo uma adequada alocação de recursos (ICN, 2009).

Na área da diabetes torna-se ainda mais relevante face ao papel que os enfermeiros têm desempenhado na área da gestão da doença crónica, que tem deixado emergir o seu contributo específico no âmbito da educação e da promoção do autocuidado enquanto foco e resultado específico dos seus cuidados (Doran, 2011).

Por este motivo é crucial desenvolver evidência que demonstre que o que os enfermeiros fazem, e concretamente no âmbito das suas funções autónomas, como é o caso da educação terapêutica, traz benefícios para os clientes com resultados documentados, associados às suas intervenções.

A identificação, reconhecimento e valorização dos cuidados de enfermagem no seu todo, considerando os vários tipos de intervenção e os ganhos em saúde daí decorrentes, trará benefícios não só para a profissão, tornando visível o seu contributo (ICN, 2009), mas também para os clientes¹, pela via da melhoria da qualidade dos cuidados que recebem mas também por estarem mais aptos a recorrer a um serviço, por serem conhecedores dos seus benefícios e dos ganhos documentados para o seu estado de saúde atual e futuro.

A gestão em enfermagem define-se como a coordenação e integração de recursos através do planeamento, organização, direção e controlo da provisão dos serviços de enfermagem, gerindo as diversas atividades e os recursos humanos no sentido de ir ao encontro dos objetivos institucionais específicos, considerando o contexto legal e de regulação, as questões de segurança e de melhoria contínua da qualidade (ICN, 2005).

A coordenação, organização e gestão dos recursos e serviços prestados supõe a monitorização da qualidade, sendo esta uma função *major* da gestão, numa ótica de

¹ De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001) o termo cliente designa a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem. Nesta tese utilizar-se-ão os termos cliente, pessoa, utente ou doente dependendo do contexto da sua utilização, que devem ser entendidos como designando o sujeito de cuidados de enfermagem.

cuidados centrados no cliente e nos resultados expectáveis (Linsley & Morton, 2014), neste caso nos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Deste modo, as condições para a prática, os cuidados prestados e os resultados centrados no cliente são o foco da gestão da qualidade em enfermagem.

É fundamental uma compreensão clara da natureza das relações entre as intervenções e os resultados de enfermagem no sentido de ajudar a disciplina de enfermagem a focar-se na melhoria dos resultados em saúde e também para providenciar informação para a definição de políticas em matéria de saúde (Potempa, Daly, & Titler, 2012).

A monitorização destes dados é essencial numa ótica de gestão em enfermagem (Linsley & Morton, 2014), permitindo a análise dos dados obtidos a melhoria sustentada no conhecimento da realidade e permitindo ainda a comparação com estudos similares, nomeadamente com intervenções distintas e resultados distintos, identificando-se práticas mais efetivas, por meio da comparação e análise (Titler & Pressler, 2011).

Neste contexto de diminuição dos recursos disponíveis e de expectativas crescentes da população, as doenças crónicas representam na atualidade uma das ameaças e desafios mais relevantes em matéria de saúde, surgindo o ímpeto da reorganização dos cuidados de saúde, da articulação entre os vários níveis de cuidados e da garantia da qualidade (OMS, 2010).

A *Diabetes Mellitus* apresenta uma expressão significativa no conjunto das doenças crónicas (International Diabetes Federation [IDF], 2012), encontrando-se Portugal entre os países com taxas mais elevadas de prevalência na Europa (Correia, et al., 2013).

Embora não se identifique atualmente uma única estratégia terapêutica como sendo a mais adequada na área da diabetes (Menino, Dixe, Louro, & Roque, 2013), reconhece-se que a educação terapêutica é a pedra angular de um cuidado efetivo na área da diabetes (American Association of Diabetes Educators [AADE], 2003; Balamurugan, Ohsfeldt, Hughes, & Phillips, 2006; Haas et al., 2014; National Institutes of Health [NIH], 2009). Não obstante, verifica-se que embora sejam valorizados ostensivamente, as práticas de educação terapêutica, o envolvimento do utente e a educação para a autogestão nomeadamente em contexto comunitário, encontram-se muitas resistências à sua

implementação, quer por parte dos enfermeiros quer dos próprios utentes (Kennedy, et al., 2013).

Considera-se que o enfermeiro é o elemento-chave para implementar os cuidados no âmbito da doença crónica através de cuidados centrados no cliente (Bodenheimer, MacGregor, & Stothart, 2005) e reconhecem-se as suas crescentes responsabilidades no acompanhamento das pessoas com doença crónica em ambulatório e na sua educação (Campos, Saturno, & Carneiro, 2010; Kennedy et al., 2013; Trehearne, Fishman, & Lin, 2014). Qualquer que seja o modelo de cuidados na doença crónica utilizado, os enfermeiros são cruciais na gestão da doença crónica de forma efetiva (ICN, 2010).

A efetividade é uma dimensão da qualidade (Donabedian, 2003) e é entendida como a capacidade de uma iniciativa alcançar os objetivos propostos sob condições não controladas, isto é, o quão uma intervenção serve os seus propósitos, quando funciona sob condições reais, sob condições não controladas, sendo a efetividade de uma intervenção reconhecida quando os seus resultados são favoráveis e com sustentabilidade, em condições de vida real (Salazar, 2004).

A avaliação da qualidade deve fazer parte integral dos programas dirigidos à gestão de qualquer doença crónica (OMS, 2010), considerando-se premente a avaliação sistemática da qualidade na área da diabetes por vários motivos: a alta variabilidade das práticas clínicas e assistenciais documentada, assim como a variabilidade dos custos nem sempre referentes a fatores epidemiológicos ou clínicos (Serapioni, 2009); a constatação de que continuam a ser reportados resultados reveladores do inadequado controlo metabólico da diabetes (Stotts, Kroon, & Janson, 2011) estando esta situação relacionada não só com as características dos utentes, mas também com os cuidados prestados e com a organização dos sistemas de saúde (Nam, Chesla, Stotts, Kroon, & Janson, 2011); o desconhecimento da causalidade do problema ou os principais pontos fracos neste sistema de prestação de cuidados, face à incipiente cultura de avaliação documentada, nomeadamente em Portugal (Campos, Saturno, & Carneiro, 2010).

Decorre do exposto a relevância da gestão em enfermagem e das atividades de monitorização inerentes, visando a melhoria de processos e consequentemente dos resultados em saúde. A medição e monitorização contínuas são a chave para a manutenção e melhoria das melhores práticas de cuidados (Green, Kelloway, Davies-

Schinkel, Hill, & Lindsay, 2011), sendo hoje demonstrada a relação entre uma gestão eficaz em enfermagem e a melhoria da qualidade, concretamente da prestação direta de cuidados (Chaboyer, Johnson, Hardy, Gehrke, & Panuwatwanich, 2010).

A tese que apresentamos insere-se nesta perspetiva de gestão, sendo o seu foco a efetividade, uma das dimensões centrais da qualidade (Donabedian, 2003), que se foca nos resultados obtidos em condições reais (Salazar, 2004). Concretamente, visa a análise da efetividade dos cuidados prestados pelos enfermeiros aos utentes com diabetes. Para tal, descrevemos as características da estrutura de base em que são prestados os cuidados, descrevemos as intervenções desenvolvidas e, finalmente, os resultados obtidos no cliente. Numa segunda fase, testamos hipóteses sobre as relações entre as dimensões anteriormente descritas: a estrutura, o processo e resultado.

Na área da enfermagem é notória na literatura a tendência gradual de aumento do número de estudos sobre a qualidade e sobre resultados que refletem os cuidados de enfermagem (Doran, 2011). Não rejeitando a ideia da complementaridade e inter-relação entre as várias disciplinas, foi desenvolvido um modelo concetual que permite guiar a avaliação do contributo da enfermagem dentro do sistema de saúde, no sentido da identificação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Segundo este modelo, o alcance de resultados específicos está relacionado com as intervenções da disciplina de enfermagem.

O modelo “*Nursing Role Effectiveness Model*” (NREM) de Irvine, Sidani e Hall (1998) foi desenvolvido com o intuito de operacionalizar e concretizar a análise da efetividade dos cuidados de enfermagem, através da monitorização dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O modelo concetual é baseado no modelo “estrutura-processo-resultados” de Qualidade dos cuidados de saúde de Donabedian, tendo este modelo sido já mobilizado em estudos em diversos contextos e com várias populações para guiar a análise da contribuição dos enfermeiros no âmbito dos cuidados de saúde, tendo-se revelado adequado (Needleman & Hassmiller, 2009), havendo vários estudos recentes que o mobilizam atestando a sua adequação à atualidade com este propósito (Amaral, Ferreira, Cardoso, & Vidinha, 2014; Doran, et al., 2014; Jackson, White, Besner, & Norris, 2014; Rondinelli, Omery, Crawford, & Johnson, 2014).

Refere a literatura que este tipo de estudos é mais frequente em contexto hospitalar e em cuidados agudos. Faltam estudos em contexto comunitário, precisamente onde a gestão da doença crónica, por parte dos enfermeiros, mais frequentemente ocorre.

Não se identificou na literatura a existência de estudos que procedessem à avaliação da efetividade dos cuidados de enfermagem na área da diabetes em contexto comunitário e pela aplicação do modelo referenciado, que é um modelo que recorre à análise multivariada envolvendo a aplicação de métodos estatísticos em que se analisam simultaneamente múltiplas variáveis com múltiplas relações, análise mais próxima da realidade encontrada nas ciências sociais, dado que a natureza das relações não é linear, sendo estes métodos de segunda geração referenciados como Modelos de Equações estruturais (MEE) (Hair, Hult, Ringle, & Sarstedt, 2014).

A presente tese propõe-se a ir ao encontro da problemática identificada na literatura sobre a necessidade de avaliação da efetividade da educação terapêutica centrada no utente com diabetes, para isso parte das seguintes questões:

- Quais são as características estruturais subjacentes à consulta de enfermagem ao utente com diabetes tipo 2, no contexto de cuidados de saúde primários?
- Quais são as intervenções de enfermagem desenvolvidas na educação terapêutica à pessoa com diabetes tipo 2 seguida em cuidados de saúde primários?
- Que resultados se identificam na pessoa com diabetes tipo 2 no que respeita ao autocuidado, conhecimentos, *status* de saúde e satisfação com os cuidados de enfermagem?
- Qual é a relação entre as condições de estrutura e as intervenções de enfermagem desenvolvidas?
- Qual é a relação entre as intervenções de enfermagem e os resultados no utente com diabetes tipo 2, no que respeita ao autocuidado, conhecimentos, *status* de saúde (resultados clínicos) e satisfação com os cuidados de enfermagem?

No sentido de responder a estas questões foram desenhados 2 estudos principais e 2 estudos subsidiários. Os estudos secundários foram desenvolvidos no sentido da preparação das condições necessárias ao desenvolvimento da investigação, tendo sido desenvolvido um estudo de revisão sistemática da literatura (mobilizado ao longo do enquadramento teórico) e um estudo metodológico de construção e/ou validação de

instrumentos de medida das variáveis em estudo para as populações alvo: enfermeiros e utentes com diabetes tipo 2. Os estudos principais foram o estudo descritivo da estrutura, processo e resultados da educação terapêutica, desenvolvida pelo enfermeiro ao utente com diabetes tipo 2 e o estudo de análise da efetividade que relaciona os resultados do utente com as intervenções antecedentes e estas com as condições estruturais e organizacionais de base.

Os referidos estudos foram desenvolvidos para dar resposta aos seguintes objetivos:

- Revalidar os instrumentos de medida do ambiente de prática de cuidados de enfermagem (*The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*), do autocuidado (*Summary of Diabetes Self-Care Activities*), dos conhecimentos (*Diabetes Knowledge Questionnaire*) e de satisfação (*Questionário de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde*);
- Construir um instrumento de medida das intervenções de enfermagem desenvolvidas na área da educação terapêutica ao utente com diabetes *mellitus* tipo 2;
- Determinar as características psicométricas de todos os instrumentos validados;
- Descrever a estrutura subjacente às consultas de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2, na perspetiva do utente e do enfermeiro;
- Descrever o processo de cuidados na área da educação terapêutica desenvolvida na consulta de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2, na perspetiva do enfermeiro;
- Determinar os resultados centrados no utente com diabetes nas áreas de: conhecimentos, níveis de autocuidado, satisfação com os cuidados prestados e *status* de saúde (resultados clínicos);
- Conhecer a relação entre as variáveis de estrutura, processo e resultado inerentes aos cuidados de enfermagem na área da educação terapêutica ao utente com diabetes tipo 2.

A apresentação desta tese encontra-se organizada em duas partes. A Parte I constitui-se como a contextualização teórica e apresenta-se dividida em 2 capítulos.

O primeiro capítulo aborda a diabetes enquanto doença crónica cujos números relativos à prevalência e incidência estão a tomar proporções epidémicas, o que se torna uma

situação preocupante pelo impacto manifestamente negativo que tem sido associado à doença em diversas áreas; identifica-se a resposta dos serviços de saúde a esta problemática e as estratégias que se têm revelado efetivas na abordagem da doença crónica. Finalmente, enquadra-se neste contexto, o papel da enfermagem dentro do sistema de prestação de cuidados.

O segundo capítulo retrata a efetividade enquanto componente da qualidade que pode ser monitorizada, no que respeita aos cuidados de enfermagem (concretamente à educação terapêutica), através de modelos desenhados com o intuito de monitorizar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Este capítulo encontra-se dividido em 2 subcapítulos: no primeiro caracteriza-se a qualidade enquanto elemento central num sistema de saúde sustentável e que cumpra a sua missão, focando-se na efetividade enquanto componente da avaliação da qualidade e como se pode operacionalizar a análise da efetividade dos cuidados de enfermagem; no segundo subcapítulo aprofundam-se as dimensões integrantes da análise da efetividade dos cuidados de enfermagem: a estrutura, o processo e os resultados.

A Parte II reporta-se à investigação empírica e divide-se em 5 capítulos: o primeiro referente ao percurso metodológico, incluindo a definição do problema, as questões de investigação, as hipóteses, a população e amostra, os instrumentos, o tratamento de dados e questões éticas e formais; o segundo capítulo retrata o estudo de validação dos instrumentos de medida; o terceiro capítulo apresenta o estudo descritivo da estrutura, processo e resultados enquanto componentes da efetividade; o quarto capítulo é referente ao estudo em que se recorre ao MEE para testar as hipóteses das relações entre a estrutura e o processo e deste com os resultados, considerando a aplicação do modelo NREM à área da diabetes, correspondendo ao estudo da efetividade da educação terapêutica ao utente com diabetes.

No último capítulo, referente à conclusão, apresenta-se a síntese dos principais resultados e as suas implicações para a prática profissional, para a investigação e para o ensino. Apresentam-se ainda as limitações do estudo.

PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I. A DIABETES NO CONTEXTO DA GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA: DESAFIOS À ENFERMAGEM

As doenças não transmissíveis, também definidas como doenças crónicas, caracterizam-se pela sua longa duração e progressão geralmente lenta, estando as suas taxas a acelerar em todo o mundo, avançando transversalmente a todas as regiões e classes socioeconómicas. As principais doenças crónicas, entre as quais se encontra a diabetes, em conjunto representam a principal causa de morte, doença e incapacidade na Região Europeia. Esta situação tem colocado restrições crescentes sobre os sistemas de saúde, sobre o desenvolvimento económico e sobre o bem-estar da população (WHO, 2011).

As condições crónicas representam na atualidade uma das ameaças e desafios mais relevantes em matéria de saúde, sendo particularmente preocupante o aumento da sua incidência e prevalência, associadas ao envelhecimento da população e ao desenvolvimento tecnológico. Face a esta realidade, confrontamo-nos com novos desafios no que respeita à organização dos cuidados de saúde, à articulação entre os vários níveis de cuidados e ao financiamento, num contexto de expectativas crescentes da população e diminuição dos recursos disponíveis. Considera-se que a questão dos constrangimentos financeiros será das mais relevantes e transversais atualmente, pelos seus efeitos negativos tanto na capacidade de as pessoas recorrerem aos serviços de saúde como na qualidade dos cuidados prestados (European Hospital and Healthcare Federation, 2010).

A *Diabetes Mellitus*, apresentando uma expressão significativa no conjunto das doenças crónicas, de acordo com a IDF (2012) atinge mais de 371 milhões de pessoas em todo o mundo, considerando-se atualmente uma epidemia. Metade das pessoas que morre com diabetes tem menos de 60 anos e a combinação das complicações, mortes e perdas de rendimento fazem da doença uma verdadeira ameaça não apenas para os doentes, mas também para as economias dos próprios países.

Portugal encontra-se entre os países com taxas mais elevadas de prevalência na Europa, sendo a sua prevalência em 2011 de 12,7% da população com idades entre 20 e 79 anos (Correia, et al., 2013). De acordo com o Observatório Nacional da Diabetes (2014), a Diabetes assume um papel significativo nas causas de morte em Portugal (4,5% em 2012),

apresentando, em termos económicos, um impacto negativo significativo, com tendência a agravar-se, considerando a evolução da prevalência da doença.

Sublinhamos que a esperança média de vida é reduzida, em média, mais de 20 anos em pessoas com diabetes tipo 1 e mais de 10 anos em pessoas com diabetes tipo 2 e que as taxas de mortalidade com doença cardíaca coronária são cerca de 5 vezes mais altas em pessoas com diabetes. Por outro lado, o risco de enfarte é 3 vezes maior e a diabetes é a principal causa de falência renal, a segunda causa mais comum de amputação dos membros inferiores e a principal causa de cegueira em pessoas em idade ativa (National Institute of Health, 2009).

A diabetes é uma condição crónica presente ao longo da vida, cujo impacto se reflete em quase todos os aspetos da vida. Viver com a diabetes é complexo, as principais medidas terapêuticas reportam-se ao autocuidado e muitas vezes são necessárias mudanças no estilo de vida, sendo requerido comprometimento e envolvimento ativo. A mudança comportamental frequentemente requerida revela-se complexa dado que os clientes muitas vezes não se sentem doentes e os resultados não se refletem a curto prazo (Department of Health, 2002).

O número de estudos que descrevem as possíveis causas e distribuição de diabetes ao longo dos últimos 20 anos tem sido extraordinário. No entanto, muitos governos e decisores políticos de saúde pública ainda permanecem em grande parte desconhecedores da magnitude atual, ou, mais importante, do futuro potencial aumento da diabetes e das suas complicações graves nos seus próprios países (IDF, 2012).

Verifica-se que continuam a ser reportados resultados reveladores do inadequado controlo metabólico da diabetes (Stotts, Kroon, & Janson, 2011), verificando-se que o não alcance destes resultados está relacionado, não só com as características dos utentes, mas também com os cuidados prestados e com a organização dos sistemas de saúde (Nam, Chesla, Stotts, Kroon, & Janson, 2011).

A nível nacional, Campos, Saturno e Carneiro (2010, p.79) sublinham a importância desta problemática: “A resposta aos doentes crónicos constitui, porventura, o maior desafio para os sistemas de saúde no Século XXI”. Apesar da afirmação, os referidos autores manifestam interrogar-se sobre quais as estratégias que permitem obter melhores resultados com os doentes crónicos, questão esta extensível ao plano internacional já que,

de acordo com a OMS (2010) também pela Europa se procura evidência sobre as melhores intervenções e estratégias direcionadas para a doença crónica.

Através de uma revisão sistemática da literatura efetuada conclui-se que, de facto, não há ainda resposta a esta questão e no que concerne à diabetes também se procura evidência de quais são as intervenções com melhores resultados (Menino, Dixe, Louro, & Roque, 2013).

Um pouco por todo o mundo implementam-se programas com várias tipologias e com avaliação dos resultados (Jeffreys, 2008; Mazze, Powers, Wetzler, & Ofstead 2008; Moriyama et. al., 2009; Silva, Clinton, Appleton, e Flanagan, 2011; Weiler & Tirrell 2000) e, ainda assim, estes não permitiram chegar a consensos sobre estratégias e planos de intervenção comprovadamente mais efetivos e replicáveis em contextos distintos. Procura-se resposta a esta questão por motivos de qualidade e também de sustentabilidade.

Reiteramos a importância do papel dos cuidados de saúde primários na gestão da doença crónica, nomeadamente, da diabetes, da necessidade de agilidade na articulação entre os cuidados primários e os cuidados diferenciados (e também com os cuidados continuados), e da necessidade de coresponsabilização dos doentes no autocontrolo do seu próprio processo de cuidados (Campos, Saturno, & Carneiro, 2010).

Em Portugal, apesar de nos Centros de Saúde se desenvolverem programas no âmbito da educação do utente com diabetes é reconhecido que a cultura de avaliação é ainda incipiente (Campos, Saturno, & Carneiro, 2010), existindo a necessidade de se desenvolverem estudos que avaliem os programas educacionais implementados, no sentido de se melhorar o conhecimento baseado na evidência sobre a educação na área da Diabetes (Menino, Dixe, Louro, & Roque, 2013).

De acordo com Campos, Saturno e Carneiro (2010, p. 86) “Portugal é dos países mais atrasados na Europa a ensaiar uma visão global e uma resposta integrada a estes doentes. A resposta aos doentes crónicos é, ainda, baseada nos episódios agudos, descontínua, reativa e apresenta défice nos resultados obtidos”. Acrescenta-se que apesar de Portugal ter já sido pioneiro na educação dos doentes com diabetes, neste momento, a questão do *empowerment* dos doentes não tem sido uma prioridade.

As pessoas com doenças crónicas enfrentam muitos obstáculos em lidar com a sua condição, pela assistência de saúde oferecida, que muitas vezes não atende às suas necessidades em termos clínicos, psicológicos e de informação, sendo a principal razão para esta situação a não coincidência entre as necessidades destes doentes e os sistemas de prestação de cuidados, em grande parte projetados para doença aguda (Wagner et al., 2001).

De facto, na literatura é notória a tentativa de os serviços se descentalizarem dos cuidados agudos para os cuidados preventivos, a emergência de uma renovada figura patente nos cuidados de saúde primários, dos cuidados de longo prazo e continuados (Department of Health, 2002), assumindo-se que a maioria dos sistemas de prestação de cuidados de saúde continuam estruturados em torno de episódios agudos (OMS, 2010).

Também em Portugal é notório este esforço de viragem, com a recente reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação de estruturas visivelmente imbuídas de um espírito integrativo da doença crónica, reiterando a necessidade de abandonar-se a visão fragmentada que tem caracterizado o nosso sistema de saúde.

Na área da diabetes tipo 2 e em Portugal, o Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde (DGS) publicou o “Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2”. A abordagem por processos assistenciais assume o utente como o centro do sistema, a primazia da continuidade assistencial e a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados. Esta abordagem supõe ainda a multidisciplinaridade, a prática baseada na melhor evidência científica disponível, o uso racional das tecnologias da saúde, a adoção de atuações terapêuticas custo-efetivas (DGS, 2013).

O referido documento perspetiva melhorias na efetividade dos cuidados prestados e denota um esforço de viragem de paradigma, afirmando-se

“É pois necessário orientar a prática clínica para os resultados e para a qualidade, tendo como objetivo a utilização mais efetiva dos recursos. A gestão por Processos Assistenciais Integrados apela para a reorganização dos cuidados prestados aos doentes pelos Serviços de Saúde, centrando-os no cidadão, e neste caso particular, nas necessidades e expectativas da pessoa com diabetes tipo 2 (...)” (DGS, 2013, p. 14).

A nível europeu foi precisamente a falta de integração e coordenação dentro dos sistemas de saúde, a principal falha identificada de forma transversal no acompanhamento dos doentes crónicos. Em Portugal, para além deste aspeto, o principal ponto fraco reporta-se à comunicação com os utentes e a integração destes no plano de cuidados (European Hospital and Healthcare Federation, 2010).

A integração dentro dos sistemas, especificamente entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, é fundamental no sentido da gestão efetiva das doenças crónicas e considera o facto da resposta às doenças crónicas raramente poder ser isolada, uma vez que na maioria das vezes os utentes têm diversas condições crónicas em simultâneo e necessitam de cuidados dos diversos níveis de prestação de cuidados (OMS, 2010).

Vários são os projetos piloto em implementação na Europa que visam a integração dos sistemas, baseados na autogestão e no apoio à tomada de decisão. Contudo, a efetividade destes permanece ainda incerta, pelo que continua a haver necessidade de se avaliar continuamente estes programas (OMS, 2010).

Várias são as propostas enunciadas com vista a uma abordagem mais efetiva da doença crónica, perspetivando o abandono do tradicional modelo centrado em cuidados agudos.

De facto, as pessoas com doenças crónicas necessitam de cuidados proactivos, integrados e planeados e, com esse desígnio, têm sido mobilizados e adaptados em diferentes países modelos de cuidados na doença crónica. O ICN (2010) destaca o Modelo de Cuidados na Doença Crónica (Chronic Care Model, CCM) e o Quadro de Referência de Cuidados Inovadores para os Quadros Crónicos (Innovative Care for Chronic Conditions, ICC) da OMS.

O Modelo de Cuidados Crónicos é uma abordagem amplamente adotada para melhorar o atendimento ambulatorio e que tem guiado muitas das iniciativas na área da qualidade clínica em todo o mundo (Coleman, Austin, Brach, & Wagner, 2009).

O MCC foi projetado para melhorar as práticas com vista à melhoria dos resultados de saúde do utente, apostando na mudança de paradigma direcionando a tónica para os cuidados comunitários, propondo mudanças nos sistemas destinados ao desenvolvimento

de uma abordagem centrada no cliente, com práticas baseadas na evidência (Hollis, Glaister, & Lapsley, 2014).

O objetivo do modelo é transformar os cuidados dirigidos a utentes com doenças crónicas de agudos e reativos para cuidados proactivos, planeados e de base comunitária. O modelo é projetado para atingir esses objetivos através de uma combinação de cuidados de equipa eficazes e interações planeadas; apoio à autogestão do próprio utente reforçado pelo uso mais eficiente dos recursos da comunidade; apoio à decisão integrada, registos adequados e recurso a tecnologias de informação de suporte. Estes elementos são projetados para que em conjunto possam fortalecer a relação entre o prestador de cuidados e o utente e melhorar os resultados em saúde (Glasgow, Tracy, Orleans, Wagner, Curry, & Solberg, 2001).

Tem-se verificado que o MCC se constitui como um guia que suporta os sistemas de saúde a melhorar a qualidade dos cuidados à doença crónica (Adams, Smith, Allan, Anzueto, Pugh, & Cornell, 2007; Bodenheimer, Wagner & Grumbach, 2002) e que a enfermagem tem revelado providenciar a continuidade de cuidados e a estrutura necessária à implementação do modelo, sendo reconhecido o seu papel enquanto prestadores de cuidados centrais na área da doença crónica (Watts et. al., 2009).

Os cuidados dirigidos à doença crónica, com base no modelo dos cuidados crónicos, têm-se revelado eficazes quando baseados na evidência científica com o suporte à autogestão do utente como intervenção fundamental, pressupondo esforços para aumentar a participação do utente nos cuidados e a definição de metas e planeamento do tratamento. Estas intervenções de relevância já demonstrada pela evidência disponível são consonantes com as recentes concetualizações designadas por cuidados centrados no cliente (“*patient centered care*”) (Wagner & Bennett, 2005).

A literatura na área da saúde e a experiência decorrente dos esforços para melhorar os cuidados na doença crónica indicam que os enfermeiros são o elemento-chave para implementar os cuidados no âmbito da doença crónica através de cuidados centrados no cliente (Bodenheimer, MacGregor, & Stothart, 2005).

O Quadro de Referência de Cuidados Inovadores para os Quadros Crónicos (ICCC) da OMS é também um modelo de relevo proposto pela OMS que propõe formas de abordagem à pessoa com doença crónica. Este assenta nos seguintes princípios-chave:

tomada de decisão baseada na evidência, enfoque na população, foco na prevenção, enfoque na qualidade, integração, flexibilidade e adaptabilidade. Estes princípios podem ser mobilizados para criar ou redesenhar um sistema de cuidados de saúde que consiga gerir os problemas relacionados com a gestão da doença crónica de forma mais efetiva (ICN, 2010).

Estes modelos com conceções de abordagem da doença crónica similares, colocam no centro o enfoque nos utentes, famílias e comunidades informados e motivados, apoiados por uma equipa colaborativa de profissionais com informação e motivação (ICN, 2010).

No caso da diabetes, os cuidados tendo por base as conceções do MCC, concretamente o foco no “*selfmanagement*”, nos cuidados centrados no cliente e no paradigma direcionado para os cuidados comunitários, também revelou estar associado a melhores resultados (Glasgow, Tracy Orleans, Wagner, Curry, & Solberg, 2001), estando documentadas abordagens que provaram alcançar os resultados necessários para o controlo e melhoria dos indicadores mais relevantes da diabetes (Collinsworth, Vulimiri, Schmidt, & Snead, 2013; Menino, Dixe, Louro, & Roque, 2013; Tang, et. al., 2014). Contudo, verifica-se que continuam a ser reportados resultados reveladores do inadequado controlo metabólico (Stotts, Kroon, & Janson, 2011).

Verifica-se que o não alcance destes resultados está relacionado, não só com as características dos utentes, mas também com os cuidados prestados e com a organização dos sistemas de saúde (Nam, Chesla, Stotts, Kroon, & Janson, 2011).

Os sistemas de saúde vêm-se confrontados com a necessidade de responder de forma mais eficaz aos desafios que atualmente se colocam, sendo um deles o aumento da prevalência da doença crónica associado à transição demográfica e epidemiológica que têm sido negligenciadas na organização dos sistemas de saúde, encontrando-se nos cuidados de saúde primários e nos sistemas de saúde centrados neste tipo de cuidados a resposta às principais questões encontradas atualmente (OMS, 2008).

Atualmente considera-se que o recurso ao Modelo dos Cuidados Crónicos operacionalizado pelo enfermeiro é uma componente fundamental na gestão da doença crónica pelos resultados positivos que lhe têm sido associados (Duangbubpha, Hanucharurnkul, Pookboonmee, Orathai, & Kiatboonsri, 2013).

Quanto ao modelo de gestão da doença crónica ICCCC, também neste caso, se reconhece que os enfermeiros estão bem posicionados para dar um contributo determinante e eficaz de modo a assegurar o cuidado e a gestão efetivos dos quadros crónicos (ICN, 2010).

Para a concretização dos pressupostos do modelo dos cuidados crónicos, considera-se ser fundamental uma liderança forte, incentivos apropriados, coordenação de cuidados, colaboração interprofissional, comunicação de apoio à autogestão e prática baseada na evidência (Rothman & Wagner, 2003).

Os enfermeiros são considerados profissionais bem preparados para assumir este papel, uma vez que estão organizados para responder às necessidades de cuidados de saúde complexas dos utentes e que face à natureza da sua educação e das funções da enfermagem, têm competências específicas que correspondem aos pressupostos do modelo dos cuidados crónicos (Bodenheimer, MacGregor, & Stothart, 2005).

Qualquer que seja o modelo de cuidados na doença crónica utilizado, o papel dos enfermeiros é considerado de relevo no sentido do alcance dos objetivos a que se propõe a implementação dos referidos modelos (ICN, 2010).

Pela natureza da vivência da diabetes enquanto doença crónica que requer mudança comportamental e o desenvolvimento de competências para o autocuidado, compreende-se que as necessidades de cuidados, envolvidas nesta transição, correspondam ao *scope* dos cuidados de enfermagem, sendo estes fenómenos sensíveis aos cuidados de enfermagem, daí resultando o reconhecimento do papel do enfermeiro no sentido da gestão não só desta doença crónica mas de muitas outras.

Meleis (2010) define enfermagem como o processo facilitador das transições, sendo estas transições despoletadas por uma mudança do estado de saúde, requerendo que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere comportamentos e, assim altere o conceito de si num contexto social. As transições são o foco e o objeto da disciplina de enfermagem, concretamente as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento ou por eventos que exigem adaptação, como a doença.

Quanto ao papel do enfermeiro na gestão dos cuidados à pessoa com doença crónica, os enfermeiros têm tido um papel central no que respeita a facultar informações e educação ao utente, estabelecer relações com os utentes, cuidadores e comunidades, disponibilizar

continuidade de cuidados, utilizar a tecnologia para fazer avançar a prestação de cuidados, apoiar a adesão a terapêuticas a longo prazo e promover a prática colaborativa (ICN, 2010).

Os enfermeiros têm visto reconhecido o seu papel na gestão da doença crónica, nomeadamente enquanto educadores e na prática de cuidados de saúde primários, com resultados documentados, concretamente na área da diabetes e no controlo glicémico, autocuidado e satisfação do utente (Glasgow, Tracy Orleans, Wagner, Curry, & Solberg, 2001).

CAPÍTULO II. A EFETIVIDADE DA EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA AO CLIENTE COM DIABETES

Reformas quer ao nível dos serviços de saúde, quer dos profissionais prestadores de cuidados, são temas considerados centrais pelos governos e decisores políticos e hospitalares que atualmente procuram conter os custos com a saúde e simultaneamente providenciar cuidados de saúde seguros e efetivos às comunidades (Gardner, Gardner, & O'Connell, 2013). De facto, nos últimos anos a qualidade é considerada uma componente estratégica na maioria dos países no mundo, independentemente do nível de desenvolvimento económico e do tipo de sistema de saúde adotado. É assim, fundamental abandonar a conceção que considera o discurso da qualidade como uma prerrogativa dos países ricos, com recursos e com um sistema de saúde avançado, considerando-se hoje a qualidade como uma questão de sustentabilidade e de gestão de recursos (Serapioni, 2009).

A efetividade incorpora o estudo e análise das intervenções em saúde em contextos reais e a monitorização dos resultados obtidos (Titler & Pressler, 2011), sendo na disciplina de enfermagem premente esta análise para que se possa identificar o contributo dos cuidados prestados por este grupo profissional, com recurso a modelos que permitam avaliar a efetividade de forma fiável.

O modelo conceptual “*Nursing Role Effectiveness Model*” (NREM) de Irvine et al. (1998) permite estabelecer um conjunto de relações entre as condições inerentes ao exercício de enfermagem (estrutura), as intervenções de enfermagem (processo) e os resultados do utente, operacionalizando a análise da efetividade dos cuidados de enfermagem, através da monitorização dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

1. A EFETIVIDADE ENQUANTO MEDIDA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A literatura demonstra claramente a qualidade enquanto foco central no atual sistema de saúde (Imison, Naylor, Goodwin, Buck, Curry, & Addicott, 2011; Irvine, Sidani, & Hall, 2011). Existindo evidências de que a recolha, comunicação e *benchmarking* (entendido como procura de melhores práticas com vista a um desempenho superior) de dados sensíveis aos cuidados de enfermagem têm um contributo poderoso na concretização dessa qualidade (Doran, Mildon, & Clarke, 2011).

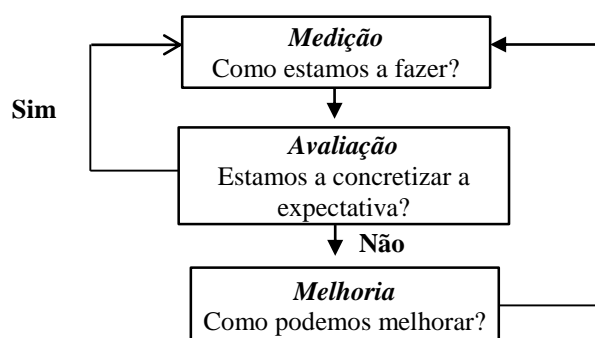
Considerando os elevados custos com o sector da saúde para a sociedade que o suporta, impõem-se opções estratégicas eficientes, de forma a manter o equilíbrio entre os 2 lados da balança: os ganhos e os custos de forma a manter a sustentabilidade do sistema. A este respeito, Irvine, Sidani, & Hall (2011) referem que na agenda de saúde de hoje é elevada a necessidade de melhorar a qualidade e reduzir custos, acrescentando que mais do que nunca, na sua história, os cuidados de saúde têm de resolver questões relacionadas com responsabilidade financeira, eficácia e efetividade.

A Qualidade pode ser definida como a medida em que os serviços de saúde dirigidos aos indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados e considerando o conhecimento profissional atual (Institute of Medicine, 2013). Donabedian (2003) define-a como a capacidade de alcançar objetivos desejáveis utilizando os meios legítimos.

No que respeita à análise da qualidade em saúde, Donabedian foi pioneiro na designada *Quality Assurance* (monitorização da qualidade) que foi sendo desenvolvida concetual e metodologicamente e que se tem difundido em muitos países pelo mundo em grande parte pelos esforços encetados pela OMS (Serapioni, 2009).

Spath (2009) argumenta que a gestão da qualidade envolve a medição e a avaliação perspetivando a melhoria, estando estas áreas relacionadas conforme a figura 0.1 que nos propõe o “ciclo de medição, avaliação e melhoria”.

Figura 0.1 – Ciclo de Medição, Avaliação e Melhoria



Fonte: Adaptado de Spath (2009)

As organizações de saúde acompanham o desempenho através de várias atividades de medição no sentido de colher informações sobre a qualidade da assistência e funções de apoio ao utente. Os resultados são analisados na fase de avaliação através da comparação

dos dados de medição face às expectativas de desempenho. Se forem satisfeitas as expectativas, as organizações continuam a medir e avaliar o desempenho. Por outro lado, se as expectativas não forem alcançadas, supõe-se uma fase de melhoria para investigar as razões para a diferença de desempenho e implementar mudanças com base nas suas descobertas (Spath, 2009).

A avaliação, as evidências, a tomada de decisões e as políticas públicas são 4 conceitos mobilizados em prol de um objetivo: a melhoria e manutenção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos ou comunidades para que vivam saudáveis. Se, teoricamente, estes 4 conceitos se articulam e expressam em torno das políticas e intervenções em saúde pública e de promoção da saúde, em termos práticos, esta articulação dista muito de ser real. A avaliação deve ser um instrumento-chave para fomentar esta articulação. A necessidade de dispor de informação sobre a efetividade e a utilidade social das várias intervenções no âmbito da saúde é reconhecida em diversos cenários e cada vez mais, crescem as exigências para que se tomem decisões informadas e fundamentadas em evidências sobre a efetividade, relevância e utilidade das políticas e dos programas em curso (Salazar, 2004).

A constatação da alta variabilidade das práticas clínicas e assistenciais – seja entre as mesmas profissões, seja entre diferentes áreas geográficas - assim como da variabilidade dos custos nem sempre referentes a fatores epidemiológicos ou clínicos, tem representado um importante estímulo para introduzir a avaliação sistemática da qualidade dos cuidados de saúde (Serapioni, 2009).

Em Portugal é reconhecida a importância da monitorização dos diversos programas de saúde e da qualidade respetiva, estando esta função consignada no Decreto-Lei nº 81/2009 que estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública. No referido documento afirma-se que os serviços de saúde pública são serviços públicos criados em função da dimensão populacional residente na área respetiva de intervenção e têm competência para avaliar o impacto das várias intervenções em saúde.

No que respeita à enfermagem, a avaliação é considerada uma das fases mais críticas do processo de enfermagem, servindo a avaliação, propósitos como a determinação da efetividade de um programa, a avaliação da utilidade de um novo programa e a resposta

a requisitos de prestação de contas. Deste modo, para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, a avaliação é especialmente crucial porque se constitui como o substrato sobre a utilidade e efetividade da prática de enfermagem (Lin, 1996).

Numa revisão sobre os quadros de referência mobilizados para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde levados a cabo pelos EUA, Canadá, Austrália, Reino Unido, WHO e pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), verificou-se uma ligação implícita entre os conceitos de qualidade e efetividade, sendo a efetividade considerada uma das dimensões da qualidade dos cuidados de saúde (Donabedian, 2003).

Quanto ao conceito de efetividade, esta é entendida como a capacidade de uma iniciativa ou intervenção alcançar os objetivos propostos sob condições/contextos não controlados, isto é, o quão uma intervenção serve os seus propósitos, quando funciona sob condições reais, sob condições não controladas, sendo a efetividade de uma intervenção reconhecida quando os seus resultados são favoráveis, em condições de vida real e com sustentabilidade (Salazar, 2004).

A efetividade é a medida do alcance de intervenções, procedimentos, tratamentos ou serviços em condições reais, isto é, do quanto os cuidados prestados (que supõem o ato de focalização em certos aspetos e exclusão de outros, de levar em consideração, de priorização) atendem os seus objetivos (BVS, 2012).

A “*effectiveness science*” é uma das ciências emergentes, essencial à melhoria da qualidade e custos dos cuidados de saúde e inclui o testar intervenções em contextos de trabalho reais (Potempa, Daly, & Titler, 2012).

O objetivo da “*effectiveness comparative research*” é ajudar os utentes, profissionais de saúde e políticos a fazerem escolhas informadas que irão melhorar os cuidados de saúde a nível individual e populacional. Estudos observacionais de larga escala frequentemente permitem clarificar a compreensão empírica de como diferentes intervenções funcionam em contextos reais de prática onde os utentes e populações são frequentemente mais heterogéneos do que nos RCTs (Randomized Controlled Trials) (Institute of Medicine of the National Academies, 2009).

A ciência da efetividade é essencial para a melhoria da qualidade e para um mais eficiente controlo de custos dos cuidados de saúde. A ciência da efetividade utiliza comparações, subgrupos e distintos contextos para determinar quais as intervenções que resultam melhor, para quem e em que contextos (Titler & Pressler, 2011).

Considerando a necessidade de controlo e gestão de custos, deparamo-nos com a necessidade de revelar os resultados sobre a qualidade e efetividade dos cuidados prestados. Relacionando a efetividade com os cuidados de enfermagem, salientamos que muitos dos resultados definidos como sendo relevantes numa ótica de efetividade, como úlceras de pressão, quedas, erros de medicação e gestão do autocuidado, são indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem (Potempa, Daly, & Titler, 2012).

Nalguns contextos é reduzida a evidência sobre a relevância dos serviços de enfermagem para a qualidade dos cuidados. No relatório da IOM (1996) afirma-se que embora se reconheça que os serviços de enfermagem sejam centrais, pouca evidência empírica comprova que a redução de recursos afetos à área de enfermagem tenha impacto na qualidade dos cuidados. No relatório posterior da IOM (2004) afirma-se que a análise efetuada se alterou, sendo reconhecido que a investigação documenta neste relatório, o que médicos, utentes, outros profissionais de saúde e os próprios enfermeiros já sabiam há muito: a forma como os utentes são tratados pelos enfermeiros afeta a sua saúde e algumas vezes pode mesmo ser uma questão de vida ou morte. Este documento conclui que, através dos seus cuidados, os enfermeiros são indispensáveis para a segurança dos utentes.

De facto, atualmente o cenário modificou-se existindo inclusivamente modelos que permitem avaliar e revelar a importância dos cuidados de enfermagem, considerados adequados para a monitorização dos resultados em saúde e da qualidade no geral (Needleman & Hassmiller, 2009).

Embora se reconheça a imprescindibilidade e até existam modelos para monitorizar a qualidade dos cuidados de enfermagem, são muito reduzidos os relatórios sobre a avaliação do serviço prestado ou da qualidade dos seus serviços (Gardner, Gardner, & O'Connell, 2014).

Em Portugal, também se reconhece ser incipiente a cultura de avaliação de resultados no geral, considerando-se que, especificamente para a área de enfermagem, é premente a

necessidade de se evidenciar o que se faz, sob que condições, como e com que resultados para podermos inferir sobre a efetividade dos cuidados e fazermos emergir o valor dos cuidados de enfermagem, traduzido em resultados para o utente.

É indispensável demonstrar que os cuidados de enfermagem são fundamentais e imprescindíveis para a população e que a possibilidade de medir resultados é uma questão de qualidade e de profissionalidade, afirmando Basto (2009, p.12) que

“Esta é a questão atualmente prioritária a nível internacional e julgo que deveria ser também entre nós. As implicações são várias: melhoria da saúde das pessoas, financiamento dos serviços de saúde e da investigação, respeito pela profissão e poder do grupo profissional na sociedade.”

O modelo “*Nursing Role Effectiveness Model*” (NREM) de Irvine et al. (1998) foi desenvolvido com o intuito de operacionalizar e concretizar a análise da efetividade dos cuidados de enfermagem, através da monitorização dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Desta forma, o modelo pode ser mobilizado para guiar processos de monitorização da qualidade, e perceber de que forma as variáveis estruturais podem afetar o desempenho efetivo e estes por sua vez influenciar os resultados obtidos no utente.

O modelo concetual, baseado no modelo “estrutura-processo-resultados” de Qualidade dos cuidados de saúde de Donabedian, permite estabelecer um conjunto de relações entre variáveis estruturais, as funções inerentes ao papel de enfermagem e resultados do utente. Assim, o modelo concetual identificou um conjunto de variáveis estruturais que afetam a capacidade dos enfermeiros para assumir funções do seu papel e que afetam a relação entre o processo de enfermagem e os resultados dos utentes.

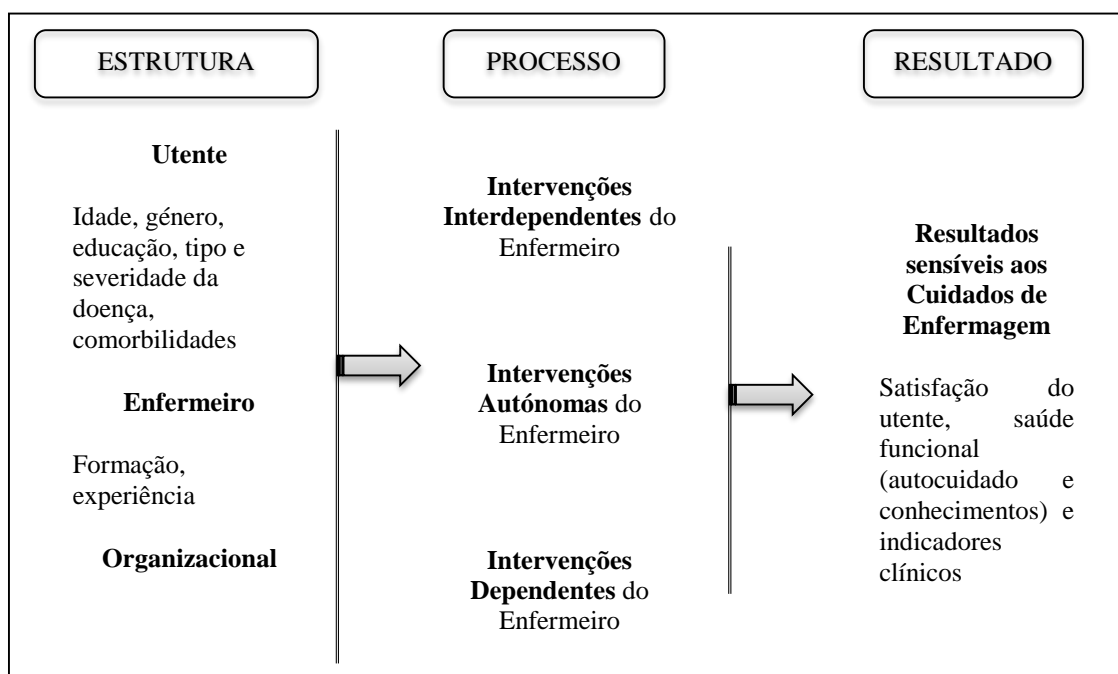
De acordo com Irvine et al. (1998) o modelo NREM constitui-se como meio de descrever resultados do utente sensíveis aos cuidados de enfermagem, contribuindo para a melhoria da qualidade. São apresentadas proposições que delineiam as relações entre as variáveis da estrutura organizacional e do utente, as variáveis do processo de enfermagem e os resultados identificados.

O referido modelo pode ser usado, segundo os seus autores, para guiar a análise da contribuição dos enfermeiros no âmbito dos cuidados de saúde, recorrendo a literatura empírica sobre resultados do utente que são sensíveis aos cuidados de enfermagem. O

modelo propõe um conjunto de relações entre as variáveis estruturais, as intervenções de enfermagem e os resultados do utente (figura 0.2.). Com o intuito de demonstrar em que medida os resultados podem ser ligados às 3 formas de intervenção dos enfermeiros – independente, dependente e interdependente .

O modelo constitui-se também como um guia para selecionar indicadores da estrutura, processo e resultados, considerando-os interrelacionados, perspetivando a melhoria da qualidade através da avaliação da efetividade (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002).

Figura 0.2 – Modelo “*Nursing Role Effectiveness Model*” (NREM)



Fonte: Adaptado de Irvine, Sidani e Hall (1998).

O modelo concetual pressupõe que a efetividade é composta por 3 dimensões, a estrutura, o processo e o resultado e identifica um conjunto de variáveis estruturais que afetam a capacidade de os enfermeiros empreenderem as suas atividades e que afetam a relação entre o processo de cuidados de enfermagem e os resultados do utente.

De seguida, abordaremos a efetividade dos cuidados de enfermagem (centrando-nos na educação terapêutica ao utente com diabetes), decompondo-a nas 3 dimensões propostas pelo modelo NREM: a estrutura, o processo e o resultado.

2. A ANÁLISE DA EFETIVIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DO MODELO CONCEPTUAL NREM

O modelo NREM, que pode ser traduzido como o “Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem” pode orientar o desenvolvimento de um quadro conceitual para estudos que avaliem a efetividade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente no que respeita aos vários domínios de intervenção, transversalmente aos vários *settings* de cuidados (Irvine et al., 2011).

O modelo NREM é um modelo conceptual cujos conceitos centrais são: a **estrutura**, que consiste nas variáveis organizacionais, do utente e do enfermeiro; o **processo**, que consiste nas intervenções dependentes, interdependentes e independentes/autónomas e os **resultados**, que são resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Irvine et al., 1998).

O modelo traduz a natureza complexa dos cuidados de enfermagem, propondo relações específicas entre as diferentes intervenções de enfermagem e os resultados esperados e assumindo a influência da estrutura no desempenho dos enfermeiros e nos resultados.

A estrutura consiste nas variáveis dos enfermeiros, dos utentes e organizacionais que afetam o processo e os resultados dos cuidados. As variáveis dos enfermeiros incluem aquelas relacionadas com a sua experiência, conhecimento e competências. As variáveis do utente refletem as características demográficas, como seja a idade e o género e as características relacionadas com a doença. As variáveis organizacionais focam-se nas características da dotação e gestão de recursos, como seja o volume de trabalho e o ambiente de trabalho.

O processo representa as intervenções dependentes, interdependentes e independentes que os enfermeiros assumem na prestação de cuidados.

As funções independentes consistem nas intervenções e áreas de responsabilidade pelas quais apenas os enfermeiros são chamados à responsabilidade, estas intervenções incluem atividades iniciadas pelos enfermeiros e que não requerem prescrição médica, tais como a avaliação, implementação de terapêuticas de sua iniciativa, a monitorização do estado do utente e a avaliação do alcance dos resultados. A promoção do conforto, a educação para o autocuidado e a gestão da imobilidade são exemplos dos cuidados de enfermagem independentes. As funções interdependentes consistem naquelas intervenções que os

enfermeiros desenvolvem que são totalmente ou parcialmente dependentes das funções de outros profissionais para a sua implementação. As intervenções dependentes são aquelas associadas à implementação de prescrições médicas.

Os resultados correspondem àqueles que são sensíveis aos cuidados de enfermagem, definidos como o estado, comportamento ou percepções resultantes dos cuidados de enfermagem. São identificadas seis categorias de resultado: prevenção de complicações, tais como lesões ou infeções; indicadores clínicos, tais como controlo de sintomas e indicadores do *status* de saúde; conhecimento sobre a doença e seu tratamento; resultados funcionais, que incluem a funcionalidade social, física e mental e o autocuidado; satisfação do utente com os cuidados e custo dos cuidados.

Face ao exposto, neste subcapítulo contextualizamos para a área da diabetes e considerando o contexto dos cuidados de saúde primários, as dimensões estrutura, processo e resultado enquanto vértices de uma mesma figura em torno da efetividade dos cuidados de enfermagem.

2.1. ESTRUTURA SUBJACENTE AOS CUIDADOS: A DÍADE UTENTE/SERVIÇO

A estrutura designa as condições sob as quais os cuidados são providenciados. Inclui recursos materiais (utilitários e equipamentos), recursos humanos (quanto ao número, variedade e qualificações dos profissionais de saúde e de apoio) e características organizacionais (organização do pessoal médico e de enfermagem; por exemplo, a presença de funções de investigação e ensino, tipos de supervisão e liderança, entre outros aspetos). Esta inclui as características relativamente estáveis dos prestadores de cuidados, dos instrumentos e recursos que têm ao seu dispor e dos ambientes físicos e organizacionais em que trabalham (Donabedian, 2003).

A estrutura, considerada a forma como um sistema de saúde está organizado, tem uma influência importante no modo como as pessoas se comportam nesse sistema e, conseqüentemente, na qualidade dos cuidados prestados e na satisfação com os mesmos (Donabedian, 2003).

Um crescente número de estudos procura analisar a relação entre melhorias nos fatores organizacionais e mudanças positivas e mensuráveis nos resultados dos utentes (Lundstrom, Pugliese, Bartley, Cox, & Guither, 2002), sendo que vários estudos identificam a influência de elementos inerentes à estrutura na qualidade do processo de cuidados e nos resultados obtidos no utente (Gardner, Gardner, & O'Connell, 2014; You, et al., 2013; Kirwan, Matthews, & Scott, 2013, O'Brien-Pallas, Aisbett, Roche, King, & Aisbett, 2011).

Donabedian (2003) defende o pressuposto de que boas condições de estrutura têm uma maior probabilidade de conduzir a processos apropriados e a melhores resultados.

Na área de enfermagem, o ambiente da prática de enfermagem pode definir-se como correspondendo às características organizacionais de um contexto de trabalho que constroem ou facilitam a prática de enfermagem (Lake, 2002).

O constructo ambiente foca-se no contexto em que os cuidados acontecem e inclui uma combinação apropriada de competências; de sistemas que facilitem a tomada de decisão partilhada; o relacionamento efetivo na equipa; de sistemas organizacionais de apoio, de partilha do poder e de potencial de inovação e para decisões de risco (McCormack & McCance, 2006).

A literatura cada vez mais nos dá evidências que permitem compreender melhor a relação entre o ambiente de trabalho em que são prestados os cuidados de enfermagem/condições para o exercício e os resultados obtidos no utente e resultados organizacionais (Aiken, et al., 2012; Cox, & Guither, 2002; Friese, Lake, Aiken, Silber, & Sochalski, 2008; Lundstrom, Pugliese, Bartley, & Needleman, 2002).

Vários estudos têm revelado fortes ligações entre as condições organizacionais e recursos de enfermagem e reações adversas dos utentes (Friese et al., 2008; Lang, Hodge, Olson, Patrick, & Kravitz, 2004; Tourangeau et al., 2007).

Podemos identificar estudos que demonstram ligações entre resultados negativos ou adversos nos utentes, tais como quedas e erros de medicação, com maiores volumes de trabalho e ambientes instáveis nos serviços de enfermagem (Duffield et al., 2011) ou estudos que relacionam menores taxas de readmissão hospitalar, com níveis mais elevados de dotações de enfermeiros (McHugh, Berez, & Small, 2013).

A evidência mostra que ambientes de trabalho saudáveis estão relacionados com benefícios financeiros para as organizações, nomeadamente pela redução do absentismo, melhoria da produtividade, custos organizacionais com a saúde dos colaboradores, e redução dos custos associados a resultados adversos no utente (Registered Nurses' Association of Ontario, 2013).

Ambientes de trabalho saudáveis para os enfermeiros são definidos como contextos de trabalho que maximizam a saúde e bem-estar dos enfermeiros, a qualidade dos resultados dos clientes e a performance organizacional e do sistema, incluindo comunidades mais saudáveis (RNO, 2013).

É reconhecido que as equipas de enfermagem influenciam os resultados dos utentes em áreas importantes da qualidade dos cuidados e segurança do utente (Van Bogaert, Timmermans, Weeks, van Heusden, Wouters, & Franck, 2013).

Podemos identificar na literatura que o ambiente da prática profissional dos enfermeiros e a adequação de recursos são fatores estruturais que estão relacionados com os resultados e com a qualidade dos cuidados percecionada pelos enfermeiros (Lambrou, Merkouris, Middleton e Papastavrou, 2014).

A liderança é uma característica dos ambientes de prática de cuidados essencial estando associada à qualidade dos cuidados prestados (Gillam & Siriwardena, 2013). Sendo considerado que a liderança é uma das ferramentas imprescindíveis ao processo de trabalho do enfermeiro (Balsanelli & Cunha, 2006) e que influencia a qualidade dos cuidados de enfermagem (Fradique & Mendes, 2013).

A liderança eficaz em enfermagem é importante e transversal a várias funções da disciplina, quer se trate do campo da educação e do desenvolvimento de futuros líderes, da área da investigação ou da área da administração quando se oferece apoio e orientação aos colaboradores. Para os recém-formados, a liderança inclui aprender a delegar e supervisionar outros. Para enfermeiros mais experientes, a liderança pode incorporar a orientação e a organização das atividades profissionais (Clarke & Donaldson, 2008).

Os líderes são os principais responsáveis pela melhoria do desempenho, desenvolvendo, implementando e monitorizando a gestão do serviço. É aos enfermeiros chefes/gestores que cabe a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados no

seu serviço, devendo motivar e alertar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, estando atenta às necessidades do utente para que os cuidados de enfermagem recebidos sejam de qualidade, garantindo a sua satisfação (Fradique & Mendes, 2013).

Alguns estudos indicam que os enfermeiros ao longo da história têm utilizado modelos baseados numa liderança autoritária e centralizadora (Lourenço & Trevizan, 2001). Não obstante, atualmente o discurso foca-se na delegação de poderes, em alianças, no trabalho em equipa, envolvimento, parcerias, negociações e exploração da motivação humana.

A marca da liderança moderna é o fortalecimento do grupo de trabalho, ressaltando e valorizando as competências individuais, diluindo o poder na equipa, fazendo com que cada membro reconheça o propósito e o significado do seu trabalho, uma visão distinta daquela patente em estudos iniciais que centravam a liderança na pessoa e no poder detido pelo líder (Gaidzinski, Peres, & Fernandes, 2004).

Liderar em enfermagem define-se como sendo o saber conduzir, organizando o trabalho de equipa, com vista a um atendimento eficiente, sendo o líder o ponto de apoio da equipa, tanto na educação como na coordenação do serviço, estimulando a equipa para desenvolver plenamente o seu potencial, o que interferirá diretamente na qualidade dos cuidados (Fradique & Mendes, 2013).

Ao longo dos anos, vários estudos têm-se focado na liderança, procurando definir o conceito, relacionar algumas características e competências presentes nas pessoas que se destacam como líderes ou diferenciar estilos comportamentais (Gaidzinski, Peres, & Fernandes, 2004). Podem identificar-se algumas características essenciais ao líder, nomeadamente experiência, capacidade de trabalhar em equipa e resolver problemas, autodesenvolvimento, relacionamento interpessoal, comprometimento, envolvimento, respeito pela equipa e capacidade de ouvir (Higa & Trevizan, 2005).

A qualidade do ambiente de trabalho e a liderança em enfermagem têm sido relacionadas com a concretização dos resultados adequados nos utentes (Laschinger, Heather, & Leiter, 2006), sendo portanto crucial a avaliação da mesma enquanto variável estrutural que está envolvida na análise da efetividade dos cuidados.

Considera-se que os estilos de liderança adequados são necessários, mas não suficientes para a garantia de um elevado nível de prestação de cuidados assegurado pela supervisão

clínica ou de cuidados, sendo o desenvolvimento profissional e a formação adequada elementos-chave para esse propósito. A liderança adequada associada a padrões de investimento na formação e desenvolvimento profissional é a base para o desenvolvimento de uma cultura de melhoria que deve ser assegurada pela supervisão de cuidados (Lynch & Happell, 2008).

Bernard e Goodyear (2004), citados por Milne (2007) consideram que a supervisão de cuidados ou supervisão clínica são termos mobilizados na literatura que tradicionalmente são utilizados para designar as atividades desenvolvidas por um elemento mais graduado dirigidas a outro(s) de menor graduação no sentido de melhorar a prestação daquele(s) menos graduado(s), monitorizando a prestação de cuidados e a sua qualidade, sendo esta relação avaliativa, de suporte e contínua ao longo do tempo.

Milne (2007) considera que a supervisão clínica é cada vez mais reconhecida como parte vital dos sistemas de saúde modernos e efetivos. Considera, ainda, haver uma imprecisão nas definições encontradas na literatura, pelo que efetuou uma revisão sistemática no sentido de desenvolver uma definição que respeite os critérios de precisão, especificação, operacionalização e corroboração. Desta revisão resultou que a supervisão é definida como sendo o desenvolvimento de atividades formais de educação, treino e acompanhamento intensivos, baseadas no relacionamento e centradas em casos ou situações concretas, sendo que estas atividades apoiam, direcionam e guiam o trabalho dos supervisionados.

Quanto à estrutura, de acordo com Doran et al. (2002), devemos considerar não só as características organizacionais e do ambiente do trabalho de enfermagem, mas também as características dos utentes, nomeadamente a situação social e económica e de caracterização da situação de doença.

As características socioeconómicas e demográficas são consideradas variáveis estruturais relevantes, uma vez que existe um conjunto significativo de literatura que demonstra que na população em geral, posições sociais e económicas mais desfavorecidas estão diretamente relacionadas com a incidência e prevalência de doenças, nomeadamente a diabetes, e inversamente relacionadas com bons “*status*” de saúde (Brown, et al., 2004). Por outro lado, identifica-se evidência emergente que associa baixos níveis

socioeconómicos a resultados em saúde baixos para pessoas com diabetes e outras condições crónicas (Brown et al., 2004).

É já vasta a literatura sobre as relações entre as condições para o exercício e os resultados obtidos no utente (sobretudo focada em efeitos adversos) em contexto hospitalar, no entanto estudos que se focam em contextos comunitários e em resultados “positivos” para o utente são mais reduzidos em número (Griffiths, Maben, & Murrells, 2011).

2.2. PROCESSO DE CUIDADOS: A EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA NA GESTÃO DA DIABETES

A educação para a autogestão na diabetes (Diabetes for Self-Management Education [DSME]) é a pedra angular de um cuidado efetivo na área da diabetes (AADE, 2003; Balamurugan et al., 2006; Haas et al., 2014; National Institute of Health, 2009), sendo as normas relativas à DSME emanadas pela Associação Americana de Diabetes amplamente reconhecidas e mobilizadas (Menino, Dixe, Louro, & Roque, 2013). A importância da educação do utente com diabetes é também assumida entre nós, conforme o exposto na circular normativa da DGS “Educação Terapêutica na Diabetes *Mellitus*” onde consta que “Viver com a diabetes ultrapassa, largamente, o quadro da doença e do seu tratamento farmacológico, sendo a educação terapêutica fundamental no tratamento do diabético” (DGS, 2000, p.1).

Considerando que os conceitos da DSME e da educação terapêutica se consubstanciam nos mesmos princípios, utilizar-se-á o termo DSME ou educação terapêutica considerando-os equivalentes, uma vez que são baseadas nos mesmos pressupostos.

Várias são as definições oriundas de diversas entidades relevantes na área da diabetes para os conceitos de educação terapêutica e de DSME, verificando-se estarem todos alinhados com os mesmos princípios relacionados com a centralidade do utente, com a necessidade de recorrer a diversas estratégias complementares (comportamentais, psicossociais, educacionais ou psicológicas, entre outras), com a importância do apoio continuado. Considerando-se este apoio continuado possível numa rede adequada de cuidados comunitários, onde é dada relevância à prática baseada na evidência e com recurso a modelos na área dos cuidados à doença crónica. Apresentamos algumas das

definições identificadas na literatura com o intuito de clarificar os conceitos e a forma como os entendemos na presente tese.

A educação terapêutica é definida como “o processo educativo preparado, desencadeado e efetuado por profissionais de saúde, devidamente capacitados, com vista a habilitar o doente e a sua família a lidar com uma situação de doença crónica, como a diabetes, e com a prevenção das suas complicações” (DGS, 2000, p. 2).

A DSME entende-se como o processo contínuo de facilitar o conhecimento, competências e capacidades necessárias ao autocuidado na diabetes e incorpora as necessidades, objetivos e experiências de vida da pessoa com diabetes, sendo guiado por normas baseadas em evidência. O conjunto de atividades desenvolvidas na DSME auxilia a pessoa com diabetes na implementação e manutenção de comportamentos necessários para gerir a sua condição numa base contínua, sendo a intervenção preconizada comportamental, educacional, psicossocial ou clínica (Haas et al., 2014).

O conceito de DSME, mais do que o termo educação relativa à diabetes (“*diabetes education*”), enfatiza a importância de incluir uma variedade de estratégias centradas no utente e intervenções que se reportam à gestão física, psicológica e social da vivência com uma doença crónica. A DSME vai para além do foco na adesão às *guidelines* e prescrições terapêuticas, esta incorpora a educação didática e não didática, bem como intervenções comportamentais e psicológicas (Colagiuri , Girgis , Eigenmann , Gomez, & Griffiths, 2009).

A DSME é, assim, entendida como um processo através do qual as pessoas com diabetes, a sua família e/ou contactos sociais significativos são envolvidos como participantes ativos na aquisição e aplicação de conhecimentos e na resolução de problemas práticos e na aquisição de competências de adaptação necessárias para alcançar resultados em saúde ao melhor nível (International Diabetes Federation, 2009).

O apoio continuado à autogestão (“*diabetes self-management support*” - DSMS) é definido como o conjunto das atividades que apoiam a pessoa com diabetes na implementação e manutenção dos comportamentos necessários para gerir a sua condição numa base de continuidade para além do treino formal para a autogestão (Haas et al., 2014).

A DSME e o DSMS são componentes críticas dos cuidados efetivos à pessoa com diabetes e contributos significativos para os resultados (International Diabetes Federation, 2009). Cada vez mais se dá relevo ao DSMS no contexto da educação terapêutica à pessoa com diabetes, pela importância que o apoio continuado tem, particularmente na mudança comportamental, na manutenção dos comportamentos adequados e no sentido de contemplar os aspetos psicossociais. O conceito DSMS supõe e eleva a importância atribuída à continuidade de cuidados, dado que a autogestão não termina quando o utente deixa o gabinete de consulta (Haas et al., 2014).

Os objetivos gerais da DSME são: apoiar a tomada de decisão, os comportamentos de autocuidado, resolução de problemas, colaboração ativa com a equipa de cuidados de saúde, melhorar os resultados clínicos, estado de saúde e qualidade de vida (Haas et al., 2013).

O objetivo do DSMS e da DSME é preparar as pessoas com diabetes para tomarem decisões informadas, lidarem com as exigências decorrentes da vivência com uma doença crónica complexa e prepararem-se para as mudanças necessárias ao nível comportamental, apoiando os esforços de autogestão no sentido da melhoria dos resultados (Haas et al., 2013). Neste sentido, o objetivo da educação das pessoas com diabetes é melhorar o seu conhecimento e competências para gerir de forma saudável a sua diabetes (National Institute of Health, 2009). O objetivo final da DSME é reduzir o peso da diabetes nos indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde, fomentar níveis de saúde ao grau mais elevado possível e prevenir ou retardar o aparecimento de complicações a curto, médio e longo prazo (Haas et al., 2013).

O objetivo da educação terapêutica é “manter, o mais possível, a qualidade de vida do doente diabético e proporcionar um efeito terapêutico adicional às outras intervenções terapêuticas (...)” (DGS, 2000, p. 2).

Numa revisão sistemática da literatura efetuada com vista à identificação de programas educacionais com foco nas várias áreas do cuidado ao utente com diabetes, de Menino, Dixe, Louro e Roque (2013), verificou-se que todos os estudos identificados tiveram por base teórica as normas/padrões de atendimento da Associação Americana de Diabetes (ADA), baseadas na DSME, no entanto, operacionalizadas de forma diferente levando a uma grande disparidade na estrutura, duração e abordagens identificadas. De acordo com

Jeffreys (2008) a educação para a autogestão, é o processo de ensino às pessoas para gerirem a sua doença. Silva et al. (2011) defendem que programas de educação para a autogestão procuram ajudar os utentes a consciencializarem-se de que são os seus principais cuidadores e que os profissionais de saúde são consultores que os apoiam nesta função.

Embora não exista uma abordagem eleita como sendo a "melhor" no âmbito da educação para a autogestão na diabetes, os programas que incorporam estratégias comportamentais e psicossociais demonstraram melhores resultados. Estudos também mostram que programas adequados culturalmente e à idade revelam melhores resultados e que a educação em grupo é eficaz (National Institutes of Health, 2009).

As pessoas com diabetes precisam do conhecimento, competências e motivação para avaliar os riscos das suas opções, identificar o que poderão ganhar com a mudança de comportamentos ou de estilo de vida e para agir, de forma geral, com base nessa compreensão adotando comportamentos saudáveis, (National Institutes of Health, 2009).

O diagnóstico de diabetes requer, frequentemente, mudanças extensas no estilo de vida, a mudança comportamental e a aplicação de competências no sentido do controlo glicémico (Hollis, Glaister, & Lapsley, 2014). A AADE (2011) desenvolveu normas para a DSME no sentido de categorizar os comportamentos requeridos ao autocuidado em 7 comportamentos considerados fundamentais para uma autogestão bem-sucedida, servindo este quadro de referência para guiar os diversos programas para a autogestão do utente com diabetes.

Apresentamos as recomendações efetuadas pela referida associação, relativamente às intervenções baseadas na evidência aquando do processo de cuidados à pessoa com diabetes e no que respeita aos 7 comportamentos de autocuidado (quadro 0.1).

Quadro 0.1. – Sete Comportamentos de autocuidado da AADE e respetivas intervenções dos educadores na área da diabetes.

Alimentação saudável
Educadores na área da diabetes devem ajudar as pessoas a aprender sobre o efeito dos alimentos na glicemia e sobre as fontes de hidratos de carbono, proteínas e gordura, a fazer escolhas alimentares saudáveis, a ajustar os tamanhos das porções, a ler os rótulos, a fazer contagem de hidratos de carbono e planear e preparar as refeições.
Manter-se ativo
Os educadores na área da diabetes e seus utentes colaboram para enfrentar barreiras, como as limitações físicas, ambientais, psicológicas e de tempo. Eles desenvolvem um plano de atividade apropriado, que equilibra os alimentos ingeridos e a medicação com o nível de atividade.

Monitorização
Os educadores na área da diabetes podem instruir os pacientes sobre a escolha e seleção do equipamento de auto-monitorização da glicemia, sobre o horário frequência dos testes, os valores-alvo e interpretação e utilização dos resultados. Os utentes são ensinados a verificar regularmente a sua pressão arterial e peso, conforme a necessidade.
Medicação
O objetivo é que o utente aprenda sobre cada medicamento, incluindo a sua ação, efeitos colaterais, eficácia, toxicidade, dose prescrita, horário e frequência adequada de administração, o efeito de doses perdidas ou atrasadas e instruções para a administração, armazenamento, viagens e segurança.
Resolução de problemas
De forma colaborativa, os educadores na área da diabetes e utentes devem definir estratégias para ultrapassar barreiras como obstáculos físicos, emocionais, cognitivos e financeiros e desenvolver estratégias de <i>coping</i> .
Reduzir os riscos
Os educadores na área da diabetes devem ajudar os utentes a adquirir conhecimentos sobre normas relativas aos cuidados com a diabetes, metas terapêuticas e sobre a oferta de cuidados preventivos para diminuir os riscos. As competências a ensinar incluem a cessação tabágica, observação dos pés, monitorização da pressão arterial, auto-monitorização da glicemia e a manutenção de registos relativos aos cuidados pessoais.
Coping saudável
Os educadores na área da diabetes podem identificar a motivação do utente para a mudança comportamental e então ajudar o utente a estabelecer metas comportamentais alcançáveis, a ultrapassar as barreiras e desenvolver competências de <i>coping</i> . O educador pode avaliar os utentes na área emocional e encaminhar para terapia se indicado.

Fonte: AADE (2011)

Os indivíduos com diabetes devem ser apoiados nas competências de autogestão, uma vez que é absolutamente necessário o seu envolvimento na gestão da doença para o sucesso (Cheng, 2013), devendo também estes cuidados fundamentar-se nos pressupostos dos modelos de cuidados crónicos, como o Modelo de Cuidados Crónicos, centrado em torno da pessoa que está a desenvolver competências e práticas e a ser apoiado na sua autogestão (Hollis, Glaister, & Lapsley, 2014).

A diferença crítica entre as abordagens tradicionais na área de educação e a DSME é a ênfase no empoderamento da pessoa no sentido de esta controlar a sua doença ao invés de ser a doença a controlar a sua vida (Hollis, Glaister, & Lapsley, 2014).

O empoderamento (“*empowering*”) ou capacitação das pessoas com diabetes surge no contexto da DSME como uma questão-chave na sua abordagem (Cunha, Chibante, & André, 2014), verificando-se que abordagens centradas na capacitação do utente se revelam efetivas com reflexo nos resultados (Wong, et al., 2014), sendo o seu objetivo essencial assegurar que estão capacitadas para aumentar o seu controlo pessoal sobre a gestão diária da diabetes, de forma as habilitá-las a experienciar a melhor qualidade de vida possível (Funnell, Tang, & Anderson, 2007). Este processo passa por receber

cuidados que fomentam a parceria na tomada de decisões, que os apoia a gerir a sua diabetes e que os ajuda a adotar e manter um estilo de vida saudável. Este processo supõe um plano de cuidados partilhado e acordado num formato e linguagem apropriados (National Institute of Health, 2009).

Recomenda-se ainda que este plano seja adequado às necessidades individuais, à idade, tipo de diabetes, fatores culturais e nível de literacia em saúde (Glazier, Bajcar, Kennie, & Willson, 2006).

O estudo de Glasgow, Funnell, Bonomi, Beckham e Wagner (2002) descreve os resultados de um programa que mobiliza a autogestão enquadrada no modelo de cuidados crónicos e determina a efetividade do mesmo. Os resultados ao nível do sistema sugerem que as equipas de uma variedade de organizações de saúde (21 equipas) evidenciaram melhorias no suporte à autogestão, tendo sido encontradas melhorias tanto para as equipas da área da diabetes como na área da insuficiência cardíaca, sugerindo que este processo de melhoria pode ser amplamente replicável.

No estudo de Battersby et al. (2010), que recorreu a um grupo de peritos e a revisões da literatura, foi identificada evidência sobre como deve ser desenvolvido o suporte à autogestão para condições crónicas. A evidência identificada baseou-se no Modelo de Cuidados Crónicos e foram identificados 12 princípios associados a melhorias na autogestão do utente ou nos seus resultados em saúde: (1) a avaliação breve direcionada, (2) informações baseadas em evidências para orientar a tomada de decisão partilhada, (3) o uso de uma abordagem imparcial/sem julgamentos, (4) a prioridade na colaboração e estabelecimento de metas, (5) a colaboração na resolução de problemas, (6) o suporte de autogestão por diferentes profissionais de saúde, (7) as intervenções de autogestão providenciadas em diversos formatos, (8) foco na autoeficácia do utente, (9) follow-up ativo, (10) gestão de casos baseado em evidência para determinados utentes (11), ligações a programas comunitários baseados em evidências e (12) intervenções multifacetadas.

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica que exige cuidados de saúde contínuos e educação para a autogestão (DSME) de forma continuada e de apoio (DSMS) ao utente para evitar complicações agudas e para reduzir o risco de complicações a longo prazo. Os cuidados de saúde na área da diabetes são complexos e exigem estratégias de redução de risco multifatoriais para além do controle glicémico, existindo um grande corpo de

evidência que suporta uma série de intervenções que demonstraram melhorar os resultados na área da diabetes, muitas delas baseadas no Modelo de Cuidados Crónicos e nas premissas dos cuidados centrados no utente (Hollis, Glaister, & Lapsley, 2014).

A conceção de cuidados centrados no cliente amplamente reconhecida e com evidência crescente na literatura tem provado ser custo-efetiva e com ganhos em saúde (Emerson, 2006; Titchener, 2014), sendo uma abordagem desejável e efetiva também nos cuidados ao utente com diabetes (Williams & Zeldman, 2002), com resultados documentados ao nível do controlo metabólico e do autocuidado (Magee, Bowling, Copeland, Fokar, Pasquale, & Youssef, 2011; Tang, 2005).

Existe evidência que aponta no sentido de se considerar que o enfermeiro é o elemento chave para implementar os cuidados no âmbito da doença crónica através de cuidados centrados no cliente (Bodenheimer, MacGregor, & Stothart, 2005; ICN, 2010) e reconhecem-se as suas crescentes responsabilidades no acompanhamento das pessoas com doença crónica em ambulatório e na sua educação (Campos, Saturno, & Carneiro, 2010; Kennedy et al., 2013; Trehearne, Fishman, & Lin, 2014).

No estudo de McCormack e McCance (2006), com o objetivo de desenvolver uma teoria de médio alcance sobre a enfermagem centrada na pessoa a partir de um processo iterativo e de estudos empíricos antecedentes, concluiu-se que o enquadramento da enfermagem centrada na pessoa compreende quatro constructos: os pré-requisitos (que incidem sobre os atributos do enfermeiro); o ambiente de cuidados (que incide sobre o contexto em que os cuidados são prestados); os processos centrados na pessoa (que se concentram na prestação de cuidados através de uma série de intervenções) e os resultados esperados (que são efetivos e decorrentes dos cuidados centrados na pessoa).

Considerando a dimensão do processo do modelo NREM, neste caso, as intervenções dos enfermeiros no âmbito da educação terapêutica, embora os padrões de prática da DSME estejam extensamente definidos e sejam implementados um pouco por todo o mundo, reconhece-se que existe uma grande variabilidade nas práticas, nomeadamente quanto à duração dos programas, conteúdos e estilo educacional. Por exemplo, no Reino Unido alguns dos programas educacionais oferecidos não são estruturados, muito poucos foram formalmente avaliados e poucos profissionais que prestam educação terapêutica foram formalmente treinados para este propósito, questionando-se, deste modo, qual a

efetividade que se obtém com as diferentes práticas e que práticas estão associadas a melhores resultados (National Institute for Clinical Excellence, 2003).

Para conseguir alcançar a efetividade é necessária uma equipa interprofissional com os conhecimentos adequados e é fundamental que o sistema permita a partilha e colaboração entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, numa perspetiva de continuidade de cuidados (Cheng, 2013).

A continuidade de cuidados é definida como sendo o nível de coerência e consistência percebidas pelos utentes aquando uma série de contactos com o sistema de saúde, considerando as suas necessidades em saúde, sendo a continuidade de cuidados distinta de outras características dos cuidados de saúde por 2 aspetos: o sentido de prestação de cuidados ao longo do tempo e o foco nos utentes individualmente (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair, & McKendry, 2003).

Face ao apresentado, podemos afirmar que a educação terapêutica assume um papel-chave no alcance de resultados adequados na área da diabetes, sendo que a literatura nos indica que a educação terapêutica é considerada uma intervenção incluída no *scope* dos cuidados de enfermagem (Johnson, Bulechek, Dochterman, & Moorhead, 2001; Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2010).

A Região Europeia WHO tem quase 5 milhões de enfermeiros, constituindo o maior grupo prestador de cuidados. A sua contribuição atual e potencial para a gestão das doenças crónicas é subvalorizada e subutilizada, sendo fundamental que integrados em equipas multidisciplinares, os enfermeiros possam desenvolver de forma mais significativa o seu contributo para a gestão destas doenças (WHO, 1998).

O autocuidado está intimamente relacionado com a educação terapêutica, nomeadamente na área da diabetes, visto o fim último da educação terapêutica ser o autocuidado (AADE, 2003). O conceito de autocuidado ainda hoje mobilizado como central na prestação de cuidados de enfermagem, foi desenvolvido nos anos 70 por Dorothea Orem, teórica de enfermagem, que desenvolveu e refinou o modelo do autocuidado (Tomey & Alligood, 2004) e que defende que os cuidados de enfermagem se distinguem dos demais serviços de saúde oferecidos porque estão centrados nas pessoas que têm incapacidades no autocuidado, considerando que o papel dos enfermeiros consiste em ajudar a pessoa a

adotar uma atitude responsável face aos seus autocuidados, sendo um dos seus modos de ajuda o ensino (K rouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 2005).

A circular normativa da DGS Dire o-Geral da Saúde n  14 (2000, p.3), anteriormente referida, reporta-se a esta questão, relacionando a educa o terapêutica com o autocuidado: “Pretende-se que este processo educativo seja desenhado de forma a poder autonomizar, o mais possível, os doentes na gestão do seu auto-cuidado e do seu auto-controlo (...).”

Na procura do estabelecimento de uma rela o entre resultados e interven es de enfermagem, Doran (2011) efetuou uma revisão da evidência científica sobre a rela o entre estas duas faces do processo de cuidados. São identificadas as metodologias utilizadas para a avalia o dos resultados no autocuidado decorrentes da interven o de enfermagem e são também tecidas algumas considera es sobre a avalia o do autocuidado como resultado.   afirmado que o autocuidado   um resultado instrumental que   consistente com o *focus* e t nica de enfermagem na promo o da saúde, na funcionalidade e no bem-estar e   sensível às interven es e cuidado de enfermagem.

De acordo com Johnson, Bulechek, Dochterman e Moorhead (2001), a educa o para a saúde   uma interven o de enfermagem classificada (“*Nursing Interventions Classification*” - NIC) e está relacionada com resultados classificados (“*Nursing Outcomes Classification*” - NOC) para o utente na área da diabetes. Constatamos, também, que na prática, esta responsabilidade   assumida pelo enfermeiro, que este reconhece como sendo de sua competência e que as entidades externas   profissão reconhecem a assun o deste papel por parte dos enfermeiros, nomeadamente Campos, Saturno e Carneiro (2010) que salientam o acréscimo de responsabilidades por parte dos enfermeiros no acompanhamento do doente cr nico, concretamente na educa o dos doentes.

Parece-nos assim importante para a disciplina, que se analise a educa o terapêutica, enquanto interven o de enfermagem e os resultados que se identificam nos utentes, para que sejam reconhecidas e valorizadas as suas interven es e para que se aumente a qualidade de forma consistente, sob pena de perdermos áreas de interven o que se identificam com a centralidade da profissão desde há décadas.

2.3. RESULTADOS NA ÁREA DA DIABETES: RESULTADOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A utilização de dados no sentido da identificação da contribuição dos enfermeiros para a qualidade dos cuidados e no sentido de conduzir pesquisas sobre resultados mensurados nos utentes data de Florence Nightingale. Contudo, apenas a partir dos anos 70 a mensuração de resultados ganhou uma atenção superior e inicialmente não deixou emergir o contributo específico da enfermagem (Doran, Mildon, & Clarke, 2011).

A mensuração de resultados ganhou uma dimensão superior quando as organizações de saúde se começaram a focar em áreas relativas aos custos, qualidade, efetividade e performance organizacional. Todos os profissionais de saúde são desafiados a encontrar formas de demonstrar que o cuidado que providenciam conduz a melhores resultados para os seus clientes (Doran, 2011). Existe atualmente uma base sólida de conhecimento e alcances no campo da avaliação e publicação de resultados em enfermagem, com evidência que suporta fortes ligações entre cuidados específicos de enfermagem e resultados dos utentes (Green, Kelloway, Davies-Schinkel, Hill, & Lindsay, 2011), identificando-se indicadores e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem válidos e fiáveis (Doran, Mildon, & Clarke, 2011).

Os resultados em saúde, de forma geral, foram definidos por Donabedian (2003) como consequências ou mudanças, favoráveis ou adversas, no estado de saúde atribuídas a cuidados de saúde antecedentes.

Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem podem ser definidos como resultados cujo foco se centra no quão afetados são os utentes e os seus problemas de saúde pelas intervenções de enfermagem, isto é, são aqueles alcançados ou significativamente determinados por intervenções de enfermagem. Estas intervenções devem estar inseridas no *scope* da prática de enfermagem em consonância com o processo de enfermagem e deve existir uma ligação empírica (Gobel, Beck, & O'Leary, 2006).

Moorhead et al. (2010) acrescentam ainda, que o resultado de um utente sensível à enfermagem é um estado, comportamento ou perceção de um indivíduo, família ou comunidade, medido ao longo de um contínuo em resposta à(s) intervenção(ões) de enfermagem.

Doran (2011) define os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem como sendo aqueles relevantes, baseados no *scope* e domínio da prática de enfermagem e para os quais há evidência empírica que liga os *inputs* e intervenções de enfermagem ao resultado.

Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem foram inicialmente relacionados com resultados na área da segurança do utente, tais como a mortalidade, ocorrência de eventos adversos, complicações durante a hospitalização. Contudo, ao longo dos anos, os indicadores começaram a refletir as melhorias obtidas no utente, incluindo o envolvimento nos cuidados de saúde, o *status* funcional e o bem-estar mental e social, (Doran, Mildon, & Clarke, 2011).

As pesquisas sobre medidas de qualidade que possam ser atribuídas aos enfermeiros, aos cuidados de enfermagem e ao ambiente em que os cuidados são prestados, têm-se focado essencialmente na ligação entre as características das equipas de enfermagem e os resultados, sendo o uso mais alargado de termos como resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (“*nursing sensitive outcomes*”) de desenvolvimento recente (Clarke & Donaldson, 2008).

Muitos académicos sentem que o termo “resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem” é inadequado, uma vez que os resultados podem ser afetados por um número não controlado de fatores. Não obstante, uma vez que os cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar e que há áreas da exclusiva competência dos enfermeiros, existe atualmente o reconhecimento alargado de que há resultados que refletem diferenças na qualidade decorrentes dos cuidados de enfermagem e também das características do ambiente em que os cuidados são prestados (Clarke & Donaldson, 2008).

Donabedian (2013) afirma que utilizando um resultado para fazer uma apreciação sobre a qualidade, temos de partir do princípio que o cuidado prestado foi responsável pelo resultado obtido, sendo muitas vezes difícil fazer esta associação mesmo com estudos em larga escala. Esta dificuldade, em assumir que um dado resultado decorre dos cuidados antecedentes, surge porque os utentes variam muito nas suas condições sociais, psicológicas, genéticas e de saúde, factores que também influenciam os resultados de forma direta ou através da influência no processo. Assim, surge a possibilidade de uniformizar as características dos utentes, antes de definirmos um resultado como associado aos cuidados de saúde e à qualidade - um procedimento conhecido como

“ajustamento do risco”.O autor assume que embora existam já vários métodos para efetuar este ajustamento, nenhum consegue ser suficientemente completo que nos dê inteiramente a segurança de que aquele resultado pode ser usado para avaliar a qualidade pela garantia da uniformização das características de base dos utentes. É relativizada a importância do ajustamento pelo risco, sendo atribuída maior importância ao facto de se avaliarem simplesmente os resultados no sentido de se conhecer o estado do utente em relação a resultados relevantes para um determinado problema de saúde.

Não obstante o exposto, assume-se cada vez mais que os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem são válidos e fiáveis, baseando-se em estudos primários que testam empiricamente os efeitos da prática de enfermagem nos resultados mensurados nos utentes (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002; Aiken, Buchan, Ball, & Rafferty, 2008; Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008; Needleman, Buerhaus, Pankratz, Leibson, Stevens, & Harris, 2011).

De acordo com Lake (2006), embora a maioria dos estudos clínicos de enfermagem possam ser considerados *outcomes research*, o termo *outcomes research* tem-se tornado associado ao impacto que a organização dos serviços de enfermagem tem a vários níveis, nomeadamente, nos resultados dos enfermeiros (ex. burnout), no sistema (ex. captação de enfermeiros) e nos utentes (ex. mortalidade aos 30 dias), mais do que a eficácia de uma intervenção individual de enfermagem.

Assim como o termo “prática baseada na evidência” se tornou um termo popular, os estudos de resultados (“*outcomes research*”) é um termo que também se começa a fazer frequente pela literatura. O aumento de interesse nestes estudos relaciona-se com os elevados custos atuais dos sistemas de saúde que leva a que decisores políticos e decisores em matérias de políticas de saúde queiram, cada vez mais, saber se o serviço prestado é custo-efetivo; para além disso, cada vez mais os consumidores querem saber se o serviço que estão a requerer vai melhorar a sua saúde (Lake, 2006).

O *outcomes research* foi colocado numa categoria à parte porque os tipos de desenho, métodos e amostragem usados nestes estudos são algo diferentes daqueles usados nos métodos tradicionais dos estudos qualitativos e quantitativos. Mais do que desenvolver um controlo rigoroso sobre a amostra, o objetivo neste tipo de estudos, poderá ser deliberadamente incluir uma vasta “gama” de utentes com níveis variados de *status* de

saúde e de comorbilidades para determinar o quão efetiva pode ser uma intervenção ou tratamento para este grupo variado de pessoas (Lake, 2006).

Atualmente, existem evidências de uma base sólida de conhecimento e concretizações no campo da medição e documentação de resultados em enfermagem. Além disso, a viabilidade de colheita e divulgação de tais dados tem sido afirmada, embora a medição e a documentação dos resultados tenha avançado nas instituições com um foco particular em hospitais de cuidados agudos, podemos reconhecer menos progressos neste âmbito no setor comunitário (Doran, Mildon, & Clarke, 2011).

A avaliação de resultados (do impacto das intervenções) em enfermagem é parte integrante da análise de efetividade, de acordo com o Modelo de Irvine et al. (1998).

Independentemente da designação que se possa atribuir, indicadores de resultado que tenham uma ligação concetual e clínica à prática de enfermagem e que sejam sensíveis a variações na estrutura e no processo dos cuidados de enfermagem são ingredientes essenciais para esta área de pesquisa em enfermagem e para a sua consolidação (Clarke & Donaldson, 2008), devendo estes resultados ser avaliados na perspetiva do utente (Linsley & Morton, 2014).

Importa identificar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem na área da diabetes. Sendo a educação terapêutica considerada a pedra angular relativamente aos cuidados prestados ao utente com diabetes, reportar-nos-emos aos resultados que a literatura relaciona com esta intervenção.

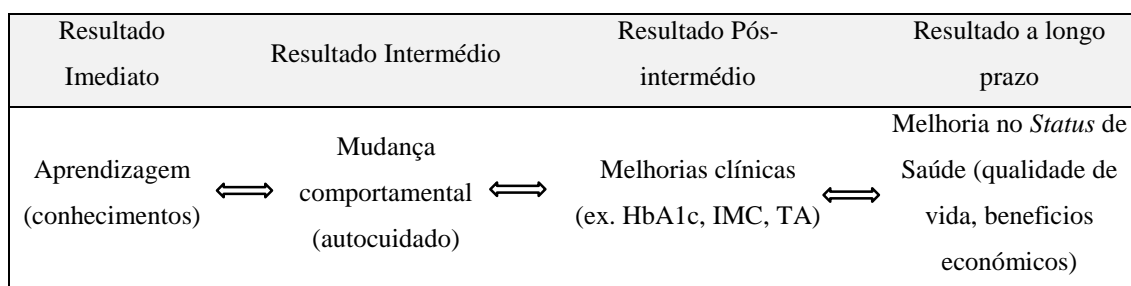
Eigenmann e Colagiuri (2007) desenvolveram um documento com vista à definição de uma proposta de consenso nacional sobre os objetivos desejáveis e resultados-chave da educação na área da diabetes e, simultaneamente, à identificação de indicadores para a análise da efetividade da educação na área da diabetes para o alcance destes objetivos e resultados. Este trabalho, com recurso a revisão sistemática da literatura, consulta a pessoa com diabetes, prestadores de cuidados, decisores políticos e investigadores australianos, resultou em consensos relativos a: a) os objetivos desejáveis: ajustamento ótimo à vivência com a diabetes, resultados físicos (de saúde) ótimos, níveis de custo-efetividade (públicos e pessoais) ótimos; b) resultados esperados com o alcance dos objetivos anteriores: conhecimentos/compreensão (aplicação do conhecimento), autodeterminação; ajustamento psicológico; autogestão; resultados clínicos e custo-

efetividade. Decorrente da análise dos resultados relevantes na área da diabetes, os autores dividiram-nos em resultados em primários (conhecimentos) e secundários (comportamentos de autocuidado, bem-estar físico e psicológico, controlo glicémico pela Hemoglobina Glicada [HbA1c], peso, satisfação dos clientes com os cuidados e alcance dos objetivos terapêuticos pessoais).

A AADE (2003) afirma que os propósitos primários da educação terapêutica na diabetes são providenciar conhecimentos, treino de competências, ajudar os utentes a identificar barreiras e favorecer competências de resolução de problemas e de adaptação no sentido do alcance do autocuidado e mudança comportamental efetivos. Através da avaliação dos resultados centrais, os educadores estarão aptos a identificar a efetividade das suas intervenções, comparar a sua *performance* com os padrões recomendados e deixar emergir o contributo único da DSME.

A referida associação propõe que os resultados decorrentes da educação terapêutica podem ser identificados numa linha temporal que pode variar do momento temporal mais imediato após a intervenção, até um momento mais distante a longo prazo, seguindo um *continuum* esquematizado na figura 0.3, salvaguardando que estes resultados não são consequência uns dos outros, não sendo esse o intuito da figura, prendendo-se o objetivo da representação esquemática com a ideia de que há resultados que se obtêm num período temporal mais curto e outros num período mais longo.

Figura 0.3 – *Continuum* das várias categorias de resultados na área da diabetes



Fonte: Adaptado de AADE (2003)

Identificados resultados relevantes na área da diabetes, podemos questionar quais destes resultados são sensíveis aos cuidados de enfermagem.

No domínio dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, Moorhead et al. (2010) têm dado um forte contributo, tendo desenvolvido um extenso trabalho de compilação, análise e operacionalização de resultados ligados empiricamente a diagnósticos e

intervenções de enfermagem antecedentes, desenvolvendo uma classificação taxonómica, a “*Nursing outcomes Classification – NOC*” que consiste numa padronização da terminologia comum para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O modelo concetual NREM de Irvine et al. (1998), desenhado para revelar o valor dos serviços prestados pelos enfermeiros, através da ligação entre os resultados positivos do utente e os serviços de enfermagem, propõe-nos também, quais os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem que podemos incluir, considerando a ligação destes à atividade de enfermagem, para avaliar a efetividade destes cuidados. Este modelo tem sido amplamente utilizado, sendo a sua aplicação recomendada no sentido da identificação do contributo dos enfermeiros para os resultados nos vários contextos e para o desenvolvimento da evidência sobre resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Heslop & Lu, 2014).

O modelo NREM é baseado no modelo de Donabedian que sugere uma abordagem da qualidade dos cuidados de saúde decorrente da tríade: “estrutura”, “processo” e “resultado”. Donabedian (2003) postula que uma boa estrutura aumenta a probabilidade de bons processos e bons processos aumentam a probabilidade de bons resultados; estes resultados significam mudanças (desejadas ou indesejadas) no indivíduo ou populações que podem ser atribuídas aos cuidados de saúde e incluem:

1. Mudanças no **comportamento** dos utentes e família que podem influenciar a saúde futura;
2. Mudanças no **conhecimento** adquirido pelos utentes e família que podem influenciar os cuidados subsequentes;
3. **Satisfação** do utente e sua família com os cuidados recebidos e com os seus resultados;
4. Mudanças no *status* de saúde/resultados clínicos.

Doran et al. (2002), com base no mesmo modelo, propõem como resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, a satisfação do utente, saúde funcional (autocuidado e conhecimentos) e indicadores clínicos, seguindo a linha defendida por Donabedian.

O *status* funcional considera-se um resultado relevante ao domínio da disciplina de enfermagem e na ótica do utente porque captura as perceções do utente acerca da sua funcionalidade no dia a dia, acrescentando uma nova perspetiva a uma mais tradicional

em que se consideravam apenas como relevantes, ocorrências adversas e dados clínicos fisiológicos (Doran, 2011).

Numa revisão sistemática da literatura efetuada por Doran (2011) relativa ao **autocuidado**, este é definido como a competência percebida pelos utentes na prática de comportamentos destinados a promover e manter a saúde, a prevenir a doença e a gerir ou tratar a doença ou mudanças na função corporal. O autocuidado capacita os utentes, particularmente aqueles com doenças crónicas, a monitorizar e reconhecer mudanças ao seu “funcionamento normal” e escolher e implementar estratégias apropriadas para gerir essas mudanças. A autora acrescenta ainda que o autocuidado incorpora o quadro de referência que guia vários programas e embora limitada, a evidência empírica indica que várias intervenções de enfermagem e programas estruturados foram efetivos na melhoria do autocuidado, e também no que concerne a conhecimentos e comportamentos.

A evidência revista por Doran (2011) providencia argumentação acerca dos benefícios das intervenções de enfermagem e programas que objetivam fomentar comportamentos de autocuidado. O autocuidado, bem como os conhecimentos (resultados de saúde funcional) são considerados resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem pelo corpo de evidência identificado e analisado.

Estão documentados 7 comportamentos relativos ao autocuidado nas pessoas com diabetes que predizem bons resultados, nomeadamente “Alimentação saudável”, “Manter-se ativo”, “Monitorização”, “Medicação”, “Resolução de problemas”, “Reduzir os riscos” e “*Coping* saudável”, estando estes comportamentos de autocuidado associados a melhor controlo glicémico, redução de complicações e melhoria da qualidade de vida; verifica-se também que o envolvimento do utente com diabetes, nomeadamente pelo seu autocuidado tem um impacto irrefutável na progressão e desenvolvimento da doença (Shrivastava, Shrivastava, & Ramasamy, 2013).

Moorhead et al. (2010, p.185) na área da diabetes e no que respeita aos comportamentos saudáveis associados à gestão da diabetes, definem o “Autocontrolo da Diabetes: ações pessoais de controlo da diabetes *mellitus*, seu tratamento e prevenção da evolução da doença.”, incluindo neste resultado indicadores que contemplam todos os comportamento relativos ao autocuidado, considerando-se este resultado sensível aos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros tradicionalmente têm considerado a educação como uma das suas responsabilidades essenciais e enquanto estratégia importante considerando os resultados que pretendem alcançar com os seus cuidados. O suporte educacional reporta-se ao aconselhamento e ao providenciar **conhecimento** e informação adicional sobre uma situação. As intervenções educacionais, informativas e de apoio focam-se no aumento de conhecimentos, na promoção da tomada de decisão informada e competências de autocuidado que levam à diminuição da ansiedade, medo e angústia. A educação é considerada uma componente essencial dos cuidados de enfermagem, associada a resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, nomeadamente o *stress* psicológico, os conhecimentos e o autocuidado (Doran, 2011).

Na área da diabetes o resultado classificado (NOC) “Conhecimento: controlo da diabetes” é definido como o “Alcance da compreensão transmitida sobre a diabetes, seu tratamento e a prevenção de complicações.” (Moorhead et al., 2010, p. 294), sendo considerado um resultado sensível aos cuidados de enfermagem.

No que respeita à área da diabetes, a investigação tem demonstrado que o conhecimento é um resultado central. Investigações revelam que o conhecimento sobre medicações, dieta, atividade física, monitorização da glicemia no domicílio, cuidados aos pés e sobre as modificações necessárias, é fundamental para gerir a diabetes autonomamente (Firestone, Jiménez-Briceño, Reimann, Talavera, Polonsky, & Edelman, 2004). O conhecimento sobre a diabetes é uma componente fulcral na autogestão da diabetes no contexto da DSME, para além disso, maior nível de conhecimentos sobre a diabetes tem sido associado a um maior nível de adesão à toma de medicação, longevidade superior, maior adesão às consultas de seguimento com os diversos profissionais de saúde (Hu, Gruber, Liu, Zhao, & Garcia, 2013) e tem sido associado a melhorias na HbA1c (McPherson, Smith, Powers, & Zuckerman, 2008).

A literatura indica que a **satisfação** com os cuidados de enfermagem é o preditor mais forte da satisfação global com os cuidados de saúde. A qualidade da relação interpessoal entre os enfermeiros e os utentes revelou ser um dos aspetos mais relacionados com a satisfação do utente, sendo este um resultado considerado sensível aos cuidados de enfermagem (Doran, 2011).

Moorhead et al. (2010, p. 699) definem a satisfação do cliente como o “Alcance da percepção positiva das instruções dadas pela equipa de enfermagem para melhorar o conhecimento, a compreensão e a participação nos cuidados.”, considerando a satisfação como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem e incluído enquanto resultado classificado no âmbito da Classificação “*Nursing Outcomes Classification (NOC)*”.

A satisfação do utente é um conceito complexo e multidimensional afetado por vários domínios do cuidado, como o tempo, continuidade, comunicação e pela relação entre o utente e o prestador de cuidados. A satisfação é ética e funcionalmente importante porque está relacionada com a adesão ao regime terapêutico e com os resultados clínicos (Mahomed, John, & Patterson, 2012).

O conceito de satisfação, nomeadamente com os cuidados de enfermagem, nem sempre é claramente definido e muitas vezes não se adequa aos cuidados de saúde primários, onde os enfermeiros desempenham um papel cada vez mais notório na área da gestão da doença crónica (Mahomed et al., 2012).

Poucos são os estudos que descrevem quais os elementos ou atributos caracterizadores da satisfação decorrentes da interação entre os enfermeiros e os utentes que determinam níveis de satisfação global e tendencialmente elevados (Agosta, 2009).

Mahomed et al. (2012) desenvolveram uma teoria “*Navigation Care*” orientada para os cuidados de saúde primários e especificamente para a disciplina de enfermagem, sobre o processo que determina a satisfação, segundo a qual a satisfação do utente é um processo social básico contínuo e cíclico que compreende 3 processos separados mas interrelacionados: (1) a determinação das necessidades de cuidados por parte do utente, em que o utente avalia a sua condição e determina os cuidados que sente necessitar; (2) formação da relação, que se estabelece se o utente sentir que os cuidados de que necessita podem ser providenciados pelo enfermeiro e (3) desenvolvimento de confiança. A satisfação é condicionada por estes 3 processos e qualquer alteração nestes vai determinar mudanças na satisfação.

De facto, vários são os fatores que podem afetar a satisfação dos utentes com os cuidados prestados. Agosta (2009) identifica fatores individuais de complexidade múltipla, fatores decorrentes das características interacionais que ocorrem ao nível da interface utente-

enfermeiro como as respostas emocionais, a informação facultada, possibilidade de tomada de decisão ou a competência profissional percebida.

Os **resultados clínicos** relevantes para a área da diabetes, tais como HA1c, TA e IMC (AADE, 2002), são resultados que têm sido associados aos cuidados de enfermagem, sendo considerados resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (College of Registered Nurses of Nova Scotia, 2014; Lopez-Alegria, et al., 2012; Moorhead et al., 2010).

Face aos motivos expostos, parece-nos relevante analisar a efetividade dos cuidados de enfermagem à pessoa com diabetes, por ser uma doença em que os números revelam tratar-se de uma problemática significativa no contexto atual e em que a disciplina de enfermagem desenvolve intervenções relevantes para os resultados pretendidos, sendo essencial compreender a extensão dos resultados obtidos e, portanto, a efetividade dos cuidados prestados. O contexto onde deve decorrer esta análise será a comunidade e não o contexto hospitalar porque esta é uma doença crónica essencialmente de autogestão em contexto comunitário (Department of Health, 2002).

PARTE II. INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO I. PERCURSO METODOLÓGICO

Face ao enquadramento efetuado que está na base da presente investigação, descrevemos, neste ponto, o percurso e opções metodológicas que suportaram a mesma e que permitiram a sua concretização, possibilitando um enquadramento sumário. Nos capítulos seguintes descrevemos, de forma detalhada, os procedimentos metodológicos e resultados decorrentes dos estudos que integraram a investigação e que traduzem as suas fases constituintes.

1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E FINALIDADE DO ESTUDO

Tanto os profissionais de saúde, quanto os gestores são continuamente confrontados com novas tecnologias e novos métodos que requerem mudanças nas práticas de trabalho. Os sistemas de monitorização da qualidade estão cada vez mais em evidência pelo contributo que podem ter no sentido de gerir adequadamente estas mudanças, procurando manter níveis de qualidade elevados (Kunkel, Rosenqvist, & Westerling, 2007).

Considera-se que cuidados de qualidade são cuidados apropriados face aos resultados expectáveis, isto é, são cuidados efetivos, consistentes com o conhecimento atual e que se traduzem nos melhores resultados para os utentes (Spath, 2009).

Com o aumento da exigência de prestação de contas, não só no âmbito financeiro, mas também profissional, o setor da saúde e concretamente os enfermeiros são desafiados a mostrar que os cuidados que prestam são de elevada qualidade e quais os resultados obtidos com os mesmos. Coloca-se-lhes o desafio de obter a máxima qualidade nos serviços prestados com o mínimo de recursos consumidos.

Embora se identifique alguma informação sobre as intervenções que os enfermeiros desenvolvem e sobre a análise ao que fazem, é incipiente a literatura, a nível nacional, sobre o contributo dos enfermeiros para os resultados ou ganhos em saúde para as populações, não tendo sido identificada no que respeita ao utente com diabetes tipo 2.

Continua atual a necessidade exposta no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei nº161/96 de 4 de setembro) de a enfermagem revelar o significativo valor do seu papel no âmbito da comunidade científica e também no que respeita à qualidade da sua prestação de cuidados de saúde.

O facto de ser reduzida a evidência que demonstre a relação entre as intervenções de enfermagem e o alcance dos resultados por parte dos utentes, pode influenciar o valor atribuído à enfermagem, o respeito pela profissão e o apoio político dirigido a estes profissionais. Não ter esta evidência, degrada seriamente a enfermagem como profissão e deteriora a qualidade dos cuidados de enfermagem colocados à disposição na nossa sociedade (Doran, 2011).

Constata-se, deste modo, a relevância da identificação dos resultados nos utentes sensíveis aos cuidados de enfermagem, descrevendo as condições inerentes à prática do enfermeiro, identificando as intervenções que são desenvolvidas no âmbito da área específica que se investiga e, finalmente, associando estas dimensões aos resultados obtidos.

Os resultados obtidos, sobre quais as condições inerentes à prática de enfermagem, quais as práticas desenvolvidas e quais os resultados obtidos e as relações existentes entre estas dimensões - consistindo na análise da efetividade dos cuidados de enfermagem - poderão constituir-se como evidência relevante para a tomada de decisão sobre opções a empreender na área da diabetes, quer a um nível micro, ao nível da prestação direta de cuidados, quer a um nível macro, de liderança, dotações, estratégias de gestão de recursos e gestão de programas.

Numa ótica de qualidade, o presente estudo e os resultados obtidos constituir-se-ão enquanto evidência que poderá permitir melhorar os resultados dos cuidados prestados ao utente com diabetes tipo 2, nomeadamente na área da educação terapêutica.

Esta necessidade é defendida na circular normativa nº 14 da DGS (2000) onde é reiterado que deve ser efetuada a avaliação do processo educativo, nomeadamente, pelos conhecimentos e aptidões adquiridas pelos utentes com diabetes e também pela avaliação das estratégias educativas utilizadas.

2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E DESENHO DO ESTUDO

Tendo como objetivo geral avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem, respeitantes à educação terapêutica à pessoa com diabetes tipo 2, enunciamos as questões subjacentes à presente investigação:

- Quais são as características estruturais subjacentes à consulta de enfermagem ao utente com diabetes tipo 2, no contexto de cuidados de saúde primários?
- Quais são as intervenções de enfermagem desenvolvidas na educação terapêutica à pessoa com diabetes tipo 2 seguida em cuidados de saúde primários?
- Que resultados se identificam na pessoa com diabetes tipo 2 no que respeita ao autocuidado, conhecimentos, *status* de saúde e satisfação com os cuidados de enfermagem?
- Qual é a relação entre as condições de estrutura e as intervenções de enfermagem desenvolvidas?
- Qual é a relação entre as intervenções de enfermagem e os resultados no utente com diabetes tipo 2, no que respeita ao autocuidado, conhecimentos, *status* de saúde (resultados clínicos) e satisfação com os cuidados de enfermagem?

Os objetivos específicos da presente investigação são:

1. Validação e Construção dos Instrumentos de Medida

- Revalidar os instrumentos de medida do ambiente de prática de cuidados de enfermagem (*The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*), do autocuidado (*Summary of Diabetes Self-Care Activities*), dos conhecimentos (*Diabetes Knowledge Questionnaire*) e de satisfação (*Questionário de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde*);
- Construir os instrumentos de medida das intervenções de enfermagem desenvolvidas na área da educação terapêutica ao utente com diabetes *mellitus* tipo 2;
- Determinar as características psicométricas de todos os instrumentos construídos e revalidados.

2. Análise da estrutura, processo e resultado

- Descrever a estrutura subjacente às consultas de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2, na perspetiva do utente e do enfermeiro;

- Descrever o processo de cuidados na área da educação terapêutica desenvolvida na consulta de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2, na perspectiva do enfermeiro;
 - Determinar os resultados do utente com diabetes nas áreas de: conhecimentos, níveis de autocuidado, satisfação com os cuidados prestados e *status* de saúde (resultados clínicos).
3. Avaliação da efetividade dos cuidados de enfermagem na área da educação terapêutica à pessoa com diabetes tipo 2:
- Conhecer a relação entre as variáveis de estrutura, processo e resultado inerentes aos cuidados de enfermagem na área da educação terapêutica ao utente com diabetes tipo 2.

Considerando a finalidade do estudo, pretende dar-se resposta aos objetivos específicos pela consecução das seguintes fases:

- Estudo de revisão sistemática da literatura ((Menino, Dixe, Louro, & Roque, 2013);
- Estudo metodológico de construção e/ou validação de instrumentos de medida das variáveis em estudo para as populações alvo: enfermeiros e utentes com diabetes tipo 2;
- Estudo descritivo da estrutura e processo de educação terapêutica, desenvolvida pelo enfermeiro, ao utente com diabetes tipo 2;
- Estudo descritivo dos resultados em saúde do utente com diabetes na área do autocuidado, conhecimentos, no *status* de saúde e satisfação;
- Estudo de análise da efetividade que relaciona os resultados do utente com as intervenções antecedentes e as condições estruturais de base.

Considerando a revisão da literatura efetuada e o enquadramento teórico resultante, as variáveis que emergiram como sendo relevantes resultaram do modelo adotado (NREM) que subdivide a análise da efetividade nas dimensões estrutura, processo e resultado e da sua adaptação à área da diabetes e, concretamente, à educação terapêutica à pessoa com diabetes tipo 2.

Relativamente à dimensão da estrutura, serão incluídas variáveis propostas pelo modelo, não só respeitantes ao ambiente da prática de cuidados de enfermagem, como também,

relacionadas com as características do enfermeiro prestador de cuidados e do utente com diabetes.

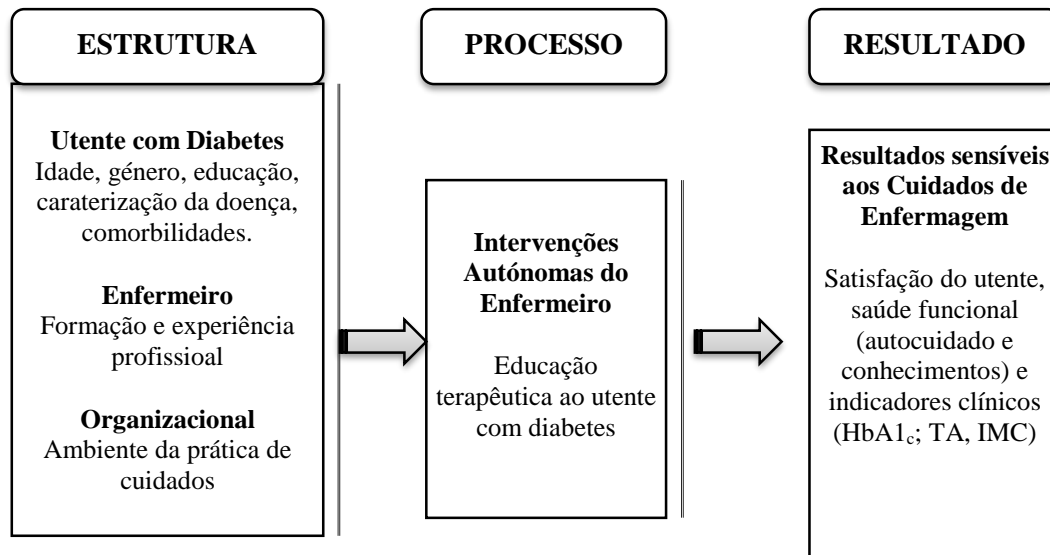
Quanto à dimensão do processo, serão analisadas as intervenções de enfermagem na área da educação terapêutica – considerada uma função autónoma de enfermagem pelo modelo (Irvine et al., 1998; Irvine et al., 2011). A educação terapêutica foi a área selecionada dos cuidados de enfermagem pelo presente estudo por ser considerada a pedra angular no âmbito dos cuidados à pessoa com diabetes (National Institutes of Health, 2009; Canadian Diabetes Association [CDA], 2008). Existindo evidência sobre a ligação da educação terapêutica a resultados relevantes nesta área (Eigenmann & Colagiuri, 2007) e por ser uma área em que os enfermeiros desenvolvem uma intervenção de cariz autónomo com ligação empírica aos resultados (por este motivo considerados resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem) relevantes para o controle e gestão da diabetes (Moorhead et al., 2010).

Quanto às variáveis de resultado, foram incluídos resultados considerados pelo modelo como sensíveis aos cuidados de enfermagem (Irvine et al., 1998), nomeadamente a satisfação do utente, saúde funcional (autocuidado e conhecimentos) e indicadores clínicos.

Quanto aos indicadores clínicos incluídos, dado que o modelo não define quais os indicadores a medir na área da diabetes, foram incluídos os indicadores considerados como relevantes na avaliação da qualidade na área da diabetes (Eigenmann & Colagiuri, 2007; Imison et al., 2011; Jeffreys, 2008; Mazze et al., 2008; Moriyama et al., 2009; Silva et al., 2011; Weiler & Tirrell, 2007), no geral, e simultaneamente indicadores considerados sensíveis aos cuidados de enfermagem pela evidência científica (Moorhead et al., 2010).

Apresentamos na figura 1.1. a adaptação do modelo NREM à área da diabetes, após a revisão da literatura e enquadramento teórico exposto anteriormente.

Figura 1.1-Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Diabetes



Fonte: Adaptado de Irvine et al. (1998)

No modelo apresentado para a área da diabetes, são propostas relações específicas entre as dimensões estrutura, processo e resultado, enquadradas no modelo NREM, estas relações são apresentadas no capítulo respeitante às hipóteses.

Considerando os objetivos específicos enunciados e as fases identificadas anteriormente, apresentamos o desenho da investigação (figura 1.2.).

Figura 1.2. - Desenho da Investigação

FASE I	
Setembro de 2011 a maio de 2012	
Revisão Sistemática da literatura	Que programas? Que instrumentos? Que intervenções? Que resultados? ... em educação terapêutica à pessoa com diabetes tipo 2 (Menino, Dixe, Louro, & Roque, 2013)
FASE II	
Junho de 2012 a dezembro de 2013	
Processo de Cuidados de Enfermagem	
Construção e validação do instrumento de medida	<ul style="list-style-type: none"> • Construção do instrumento para avaliar as intervenções de enfermagem e validação por peritos. • Medição das variáveis e teste das propriedades psicométricas. • Definição da versão final do instrumento de colheita de dados.
Estrutura inerente aos Cuidados de Enfermagem e Resultados dos Utentes	
Adequação e revalidação dos instrumentos de medida para a população em estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação dos instrumentos face à evidência e estado da arte atual e solicitação de parecer aos autores do instrumento. • Criação das novas versões dos instrumentos. • Medição das variáveis e teste das propriedades psicométricas. • Definição da versão final dos instrumentos de colheita de dados
FASE III	
Dezembro de 2013 a abril de 2014	
Estudo Descritivo da Estrutura	Caraterização das amostras: descrição das caraterísticas sociodemográficas e clínicas dos utentes com diabetes tipo 2, descrição das caraterísticas sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, descrição das caraterísticas organizacionais do ambiente da prática de cuidados.
Estudo Descritivo do Processo	Caraterização das intervenções desenvolvidas no âmbito da educação terapêutica ao utente com diabetes tipo 2
Estudo Descritivo dos Resultados	Descrição dos resultados do utente com diabetes tipo 2: atividades de autocuidado na área da diabetes, satisfação com os cuidados de enfermagem, conhecimentos sobre diabetes tipo 2 e resultados clínicos.
FASE IV	
Abril de 2014 a novembro de 2014	
Estudo da Efetividade dos cuidados de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2	Teste ao Modelo NREM às amostras em estudo, com identificação das relações entre as variáveis da estrutura, processo e resultado.

3. HIPÓTESES

A presente investigação prevê relações específicas relativas às dimensões Estrutura, Processo e Resultado, decorrentes da adaptação do modelo NREM à área da diabetes, considerando a revisão teórica apresentada na Parte I.

Em primeiro lugar, perspetivamos analisar o efeito da estrutura no processo. A capacidade dos enfermeiros desempenharem efetivamente as suas intervenções (neste caso a educação terapêutica) é influenciada pelas características individuais dos próprios enfermeiros, pelas características da unidade onde desempenham funções e pelas características dos utentes. Assim, para a relação entre a “**Estrutura**” e o “**Processo**” a hipótese H1 proposta e que o Modelo das Equações Estruturais (MEE) irá testar é a seguinte:

H1: A estrutura inerente à prática de enfermagem (Estrutura) está relacionada com as intervenções de educação terapêutica (Processo) ao utente com diabetes.

A hipótese H2 pretende testar o efeito das intervenções de enfermagem na área da educação terapêutica (“**Processo**”) nos “**Resultados**” do utente (satisfação, autocuidado, conhecimentos e parâmetros clínicos).

H2: As intervenções desenvolvidas estão relacionadas com a satisfação, o autocuidado, os parâmetros clínicos e os conhecimentos (resultados obtidos pelo utente).

O modelo das equações estruturais que está na base do modelo NREM supõe que as variáveis endógenas, que são explicadas pelo modelo, podem ter relações entre si (Hair et al., 2014; Marôco, 2010; Vilares & Coelho, 2005). No caso do modelo da Efetividade dos cuidados de enfermagem adotado (NREM) as variáveis endógenas serão as variáveis integrantes das dimensões do Processo e Resultado, que são aquelas explicadas pelo modelo. Assim, as hipóteses H3 e H4 pretendem testar as relações que as **intervenções** de enfermagem (Processo) apresentam **entre si** e também as relações dos **resultados entre si**:

H3: As diversas intervenções de enfermagem (Processo) estão relacionadas entre si.

H4: Os resultados satisfação, autocuidado, parâmetros clínicos e conhecimentos estão relacionados entre si.

4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

O presente estudo dirigiu-se a duas populações: a população relativa aos utentes com diabetes tipo 2 acompanhados em consulta de enfermagem de controlo e vigilância da diabetes no Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral (ACES PL) no período de novembro de 2013 a abril de 2014 e a dos enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem a utentes com diabetes tipo 2 em Cuidados de Saúde Primários no mesmo ACES.

A técnica de amostragem utilizada, relativa aos utentes com diabetes, foi a não probabilística intencional e acidental (Pais Ribeiro, 2010) considerando a acessibilidade aos respondentes no período reportado e que verificavam os seguintes critérios de inclusão:

- ◆ Ter o diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2;
- ◆ Ser acompanhado em consulta de enfermagem na área da diabetes;
- ◆ Ter mais de 18 anos;
- ◆ Falar e compreender Português.
- ◆ Ter capacidade cognitiva para responder ao questionário (avaliada pelo enfermeiro que acompanha os utentes);
- ◆ Consentir de livre vontade participar no estudo e assinar o respetivo consentimento livre e esclarecido.

Para o grupo dos enfermeiros recorremos a duas amostras: a amostra para o estudo de validação dos instrumentos de medida e a amostra para o estudo descritivo das dimensões estrutura, processo e resultado e estudo de análise da efetividade dos cuidados de enfermagem. Não foi utilizada apenas uma amostra porque para o estudo de validação dos instrumentos seria necessário uma amostra de pelo menos 100 indivíduos, por outro lado, para o estudo de efetividade seria necessário que os enfermeiros estivessem associados aos utentes a quem prestavam cuidados na área da diabetes e que, por sua vez, integraram a outra amostra em estudo respeitante aos utentes. Assim, uma vez que houve enfermeiros não associados a utentes por não ter havido colheita de dados ao grupo de

utentes nesses locais, estes foram excluídos para o estudo correlacional. Para o estudo descritivo utilizámos a mesma amostra do estudo correlacional porque o objetivo seria caracterizar a amostra integrante do estudo da efetividade.

Assim, temos as seguintes amostras do grupo dos enfermeiros: (a) uma amostra com 102 enfermeiros para o estudo de validação dos instrumentos, cujo critério de inclusão seria serem enfermeiros que, para além de aceitarem participar no estudo, prestassem cuidados na área da diabetes tipo 2 em cuidados de saúde primários; (b) uma amostra de 49 enfermeiros mobilizada para os estudos descritivo e correlacional, que, para além de obedecer aos critérios anteriores, teriam de estar associados aos utentes com diabetes a quem prestavam cuidados e integrantes da amostra para o estudo da efetividade.

Ambas as amostras se obtiveram de forma não probabilística, intencional e acidental (Pais Ribeiro, 2010) e foram constituídas por enfermeiros do ACES PL.

De acordo com os dados de 2013 do ACES PL a população de utentes com diabetes tipo 2, inscrita no ACES PL era de 17 893 utentes, assim, os 292 utentes que compõem a amostra traduzem uma percentagem de 1,63% da população. De acordo com a mesma fonte, o ACES PL é constituído por 150 enfermeiros, destes constituíram a amostra 49, correspondendo a uma percentagem de 32,6%.

5. INSTRUMENTOS

Seguindo o proposto por Fortin (2009), numa fase prévia à construção ou escolha do instrumento de medida, foram identificados e definidos os conceitos centrais, para posteriormente passar-se à operacionalização dos mesmos. Após a revisão da literatura efetuada, ponderou-se relativamente à utilização de instrumentos existentes ou à construção de novos. De facto, se usarmos um instrumento já existente, contribuímos para o conhecimento das suas propriedades e valor, podendo comparar e confrontar resultados para se obterem instrumentos cada vez mais fiáveis e válidos (Coutinho, 2011; Fortin, 2009). No entanto, quando não se identifica um instrumento de medida que permita dar resposta aos propósitos do estudo, a construção de um é uma solução viável (Coutinho, 2011). Deste modo, considerando o exposto, houve recurso a instrumentos já existentes e a construção de outros instrumentos por não terem sido identificados na literatura instrumentos adequados.

Neste ponto apresentam-se os instrumentos de colheita de dados aplicados ao grupo dos utentes com diabetes e aos enfermeiros que prestam cuidados no âmbito da consulta de enfermagem a utentes com diabetes tipo 2.

Apresentamos no Anexo I os instrumentos de colheita de dados, na sua versão anterior à validação para a amostra em estudo.

5.1. UTENTES COM DIABETES TIPO 2

Sendo a diabetes uma doença essencialmente de autogestão, pretendendo-se caracterizar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e considerando o modelo adotado (NREM), o questionário aplicado aos utentes visa avaliar estes resultados e fazer uma breve caracterização da situação demográfica e clínica do utente. Deste modo, o questionário avalia 4 áreas:

- Dados sociodemográficos e clínicos;
- Atividades de autocuidado com a diabetes;
- Conhecimentos sobre a diabetes;
- Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde.

O questionário preparado para a colheita de dados foi aplicado por entrevista aos utentes com diabetes tipo 2 pelo facto de parte significativa da população ter dificuldades no preenchimento e leitura de documentos desta índole.

Assim, com vista ao respeito pelo princípio da constância durante a colheita de dados, no sentido de um adequado rigor metodológico mobilizámos este método de colheita de dados para todos os participantes. Esta opção é adequada designando-se, neste caso, o método de colheita de dados por questionário-entrevista (Fortin, 2009).

Quanto aos dados clínicos de caracterização da situação clínica (HbA1c, TA, IMC e PA) os valores foram obtidos através do “Guia do Diabético” ou do processo clínico e relativos aos valores registados na consulta do dia em que o utente foi entrevistado.

5.1.1. QUESTIONÁRIO DE CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Os dados relativos às características sociodemográficas e clínicas foram colhidos por entrevista, tendo-se focado nas variáveis: idade, sexo, estado civil, nível educacional, situação profissional, situação financeira e variáveis caracterizadoras da situação relativa à doença e ao seu controlo.

As variáveis incluídas para a caracterização da doença e seu controlo foram as seguintes: anos de diagnóstico da diabetes, tipo de medicação em curso, existência de complicações agudas e/ou crónicas da diabetes, recurso ao serviço de urgência motivado pela diabetes, presença de co-morbilidades, valor da HbA1c e avaliação de outros indicadores clínicos relevantes para a análise do risco cardiovascular (índice de massa corporal, perímetro abdominal, tensão arterial).

5.1.2. ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES

O auto relato é, de longe, a abordagem mais prática e custo-efetiva de avaliar o autocuidado (Toobert, Hampson, & Glasgow, 2000).

A escolha da escala *Summary of Diabetes Self-Care Activities* (SDSCA) relacionou-se com o facto de avaliar o conceito do autocuidado e de ter sido amplamente utilizada em vários países e em várias culturas (Toobert et al., 2000).

Os 7 estudos em que foi utilizada a SDSCA, incluídos na revisão de Toobert et al. (2000) revelaram que este instrumento de medida apresenta adequados níveis de consistência interna, teste-reteste, validade e sensibilidade à mudança.

De acordo com Toobert et al. (2000), a escala original de Toobert e Glasgow (1994) era composta por 5 fatores: dieta geral, dieta específica, exercício, toma de medicação e monitorização da glicemia capilar. Estudos mais recentes que têm utilizado a escala incluíram também os cuidados aos pés e o tabagismo.

O instrumento original foi revisto e reestruturado a partir do estudo de revisão dos 7 estudos que haviam utilizado a SDSCA, sendo criada a versão revista. Esta é composta

por 11 itens para medição dos comportamentos de autocuidado na diabetes, apresentando igualmente, outros 14 itens adicionais que podem ser utilizados para investigações mais detalhadas de algumas dessas atividades (Toobert et al., 2000).

A versão portuguesa deste instrumento, constituída inicialmente por 24 itens, foi sujeita à adaptação cultural e linguística e avaliada quanto às características psicométricas na amostra em que foi aplicada (Bastos, Severo, & Lopes, 2007), resultando uma escala com 6 fatores e 13 itens. Podemos analisar na tabela 1.1. as características psicométricas do instrumento decorrentes da aplicação em Portugal (Bastos, et al, 2007).

Neste instrumento, os respondentes reportam a frequência com que desenvolveram várias atividades nos últimos 7 dias, correspondendo aos comportamentos adotados nos últimos 7 dias, sendo o 0 a situação menos desejável e o 7 a mais favorável, exceto na dimensão Alimentação específica. O *score* de cada item varia entre 0 e 7, o *score* por fator resulta da média do número de dias dos itens que o constituem. O nível de adesão, por área de autocuidado, é obtido pela soma dos itens de cada fator e dividido pelo número de itens. Os resultados (médias) são expressos em dias por semana. A escala mede indiretamente a adesão, através dos níveis de autocuidado, não avaliando a concordância com o regime prescrito (Bastos, et al., 2007).

De facto são vários os estudos identificados na revisão da literatura que mobilizam o instrumento (Al-Khawaldeh, Al-Hassan, & Froelicher, 2012; Gatt & Sammut, 2008; Jordan & Jordan, 2010, Lange, et al., 2010; Lee, Ahn, & Kim, 2009; Osborn & Egede, 2010), tendo sido aplicado em diferentes partes do mundo e em diversas culturas.

As características psicométricas do instrumento foram avaliadas em distintas populações de diferentes contextos e diferentes línguas, nomeadamente Inglês (Osborn & Egede, 2010), Português do Brasil (Michels, Coral, Sakae, Damas, & Furlanetto, 2010), Chinês (Wu, et al., 2006); Turco (Kav, Akman, Dogan, Tarakci, & Hanoglu, 2010), Coreano (Choi, et al., 2011) e Português de Portugal (Bastos, Severo, & Lopes, 2007).

Podemos identificar, na tabela 1.1. as características psicométricas das diferentes versões, nomeadamente no que respeita à consistência interna. De referir que em alguns estudos os dados são incompletos pelo que não se apresentam. Em alguns estudos a escala foi considerada multidimensional, noutros unidimensional. A versão portuguesa considerou ser uma escala unidimensional.

Tabela 1.1 - Características Psicométricas dos estudos publicados de validação da SDSCA

Autor/ano/local	n	Consistência interna (α de Cronbach)								
		Fatores						Total		
		a)	b)	c)	d)	e)	f)			
Schmitt, et al., 2013 Mergentheim, Alemanha	261		0,69	-		0,88		0,15	0,63	
Wu, et al., 2006 Taiwan,China	230	-	-	-	-	-	-	-	0,7	
Osborn & Egede, 2010 E.U.A.	130	0,73	0,36	-	0,49	-		0,61	-	
Michels , Coral , Sakae, Damas, & Furlanetto, 2010 Brasil	98	0,61	0,86	0,69	0,28	0,09		0,23	-	
Kav, Akman, Dogan, Tarakci, & Hanoglu, 2010 Turquia	100	0,60	0,89	0,93	0,46	0,82		-	0,72	
Choi, et al., 2011 Coreia	208	0,66	0,66	0,63	0,95	-		-	0,69	
							g	h	i	
Bastos, Severo, & Lopes, 2007 Portugal	103	0,68	-	0,63	0,61	-	0,36	0,48	0,48	0,59

a)Dieta geral; b) Monitorização da glicemia; c) Exercício; d) Cuidados aos pés; e) Medicação; f) Dieta específica.
g. Pão e álcool às principais refeições; h. Consumo de Hidratos de carbono; i. Consumo Carnes Vermelhas

Face aos dados apresentados, embora com algumas limitações face à sua consistência interna nas várias versões, o instrumento considerou-se adequado, no que respeita às suas características psicométricas e capacidade para avaliar o autocuidado enquanto resultado sensível aos cuidados de enfermagem.

5.1.3. QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE A DIABETES

O instrumento *Diabetes Knowledge Questionnaire - 24* (DKQ), inicialmente criado com 60 itens (versão alargada) e em Inglês por Garcia, Villagomez, Brown, Kouzekanani e Hanis (2001), foi desenvolvido e validado para a língua Espanhola e Inglesa numa versão reduzida de 24 itens a partir da qual foi efetuada a tradução e validação para Português (Bastos, 2004).

Esta escala, originalmente desenvolvida tendo em consideração os padrões dos EUA para Programas de Educação Terapêutica (Chilton, Hu, & Wallace, 2006) e contemplando os conteúdos preconizados para a educação ao utente com diabetes (Garcia et al., 2001), visa

identificar os conhecimentos que os utentes com diabetes possuem sobre a doença (Chilton et al., 2006).

O questionário aborda, neste sentido, questões relacionadas com o conhecimento geral sobre a diabetes e aspetos relevantes sobre a doença, como: a causa, produção de insulina, hiperglicemia, duração da doença, fator hereditariedade, aspetos relacionados com o regime terapêutico e seus efeitos no controlo glicémico, falsos conceitos, consequências e sintomatologia de hipo e hiperglicemia.

Este instrumento foi já utilizado em diversos estudos, verificando-se razoáveis valores de consistência interna, conforme podemos verificar na tabela 1.2.

Tabela 1.2.- Caraterísticas Psicométricas dos estudos publicados de validação da DKQ

Autor/ ano / local	Amostra	α de Cronbach
Garcia, Villagomez, Brown, Kouzekanani, & Hanis, 2001 EUA - Mexican-Americans	n= 492 adultos mexicano-americanos com diabetes tipo 2	0,78
Chilton, Hu, & Wallace, 2006 EUA - Hispanic American	n= 40 adultos hispanico-americanos com diabetes tipo 2	0,87
Garcia, 2008 EUA - Mexican-Americans	n= 87 adultos mexicano-americanos com diabetes tipo 2	0,74
Bastos, 2004 Portugal	n=103 adultos, com diabetes tipo 2	0,67

Face aos dados apresentados e às caraterísticas psicométricas identificadas no instrumento, este considerou-se ser adequado para avaliar os conhecimentos do utente sobre a diabetes enquanto resultado sensível aos cuidados de enfermagem.

5.1.4. QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE SAÚDE

O instrumento *Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde* (SUCECS) foi construído e validado para a população portuguesa por Ribeiro (2005). Este instrumento foi construído com o propósito de avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no contexto dos centros de saúde.

Este instrumento é constituído por questões de resposta tipo *likert* para apreciação do grau de satisfação ou insatisfação do utente e da frequência, reportada por este, com que ocorre determinada atividade por parte dos enfermeiros.

A escala original encontra-se graduada de 0 a 3, em que o 0 corresponde a sem opinião e o valor 3 corresponde a um nível maior de satisfação ou ao nível mais adequado de frequência de algumas atividades. Nas questões relativas à satisfação, utilizou-se uma escala cujas respostas variam entre o “Insatisfeito”, “Nem satisfeito/nem insatisfeito” e “Satisfeito”. No conjunto de questões sobre a frequência reportada das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, as respostas podem variar entre “Nunca”, “Às vezes” e “Sempre”, tal como proposto por Ribeiro (2005).

Na validação referida (Ribeiro, 2005), através da análise fatorial identificaram-se 6 fatores, em que cada fator corresponde a uma área relativa à satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem:

Qualidade na assistência – Modo como os enfermeiros se relacionam com os utentes, quando estes ocorrem ao centro de saúde. Os itens incluídos na dimensão expressam a atitude do enfermeiro em situação de prestação de cuidados de enfermagem.

Individualização da informação – Reflete o modo como os indivíduos percecionaram o processo de comunicação que o enfermeiro estabeleceu com eles. O conteúdo dos itens refere-se ao comportamento adotado pelo enfermeiro na transmissão de informação, sobre o modo como os enfermeiros tornam a comunicação eficaz.

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

Informação dos recursos – Manifesta a importância da transmissão de informação relativa aos recursos disponíveis. A informação mais ampla dos serviços que o utente tem à sua disposição e como pode utilizá-los, facilitando um melhor acesso aos cuidados de saúde.

Formalização da informação – Traduz a ideia de que na atividade do enfermeiro existe, também, um papel ligado aos aspetos mais formais da sua atividade, nomeadamente nas questões relacionadas com o proporcionar informação escrita, assim como a explicação dos direitos e deveres dos utentes no contexto dos cuidados, de forma a que a participação dos utentes seja informada.

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

Identificaram-se, no estudo de validação para a população portuguesa, os coeficientes de α de Cronbach de cada subescala: qualidade na assistência-0,870; individualização da informação-0,943; envolvimento do utente-0,702; informação dos recursos-0,548; formalização da informação-0,333 e promoção do elo de ligação-0,403.

Considerámos este instrumento válido para avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem, considerando, não só os dados expostos, mas também a consistência interna da referida validação para Português, com um valor do coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,892 (Ribeiro, 2005).

De referir que, embora esta escala tenha sido construída para avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no geral, para os propósitos do presente estudo foi pedido aos participantes que centrassem as suas respostas apenas nos cuidados prestados na consulta de enfermagem na área da diabetes.

5.2. ENFERMEIROS

Sendo a diabetes uma doença essencialmente de autogestão em que as intervenções autónomas de enfermagem na área da educação terapêutica assumem um papel central, pretendeu-se identificar as práticas em matéria de educação ao utente com diabetes tipo 2. Como o modelo NREM adotado prevê haver influência das condições da estrutura inerente aos cuidados prestados, pretendemos caracterizar essa estrutura, incluindo a

análise do ambiente da prática de enfermagem e características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros. Deste modo, com os instrumentos avaliamos 4 áreas:

- Dados sociodemográficos e profissionais;
- Ambiente da prática de enfermagem;
- Processo de Educação Terapêutica
- Educação terapêutica relativa aos comportamentos de Autocuidado.

O questionário de autopreenchimento preparado para a colheita de dados foi aplicado aos enfermeiros considerando os critérios de inclusão referenciados anteriormente, apresentando-se de seguida as suas características.

5.2.1. QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

O questionário construído com o propósito de avaliar as variáveis da dimensão da estrutura relativas ao enfermeiro permite caracterizar alguns aspetos sociodemográficos relevantes, bem como o nível de formação do enfermeiro e experiência profissional na área da diabetes, variáveis posteriormente mobilizadas para o estudo da efetividade. As variáveis que este instrumento avalia são: a idade, categoria profissional, unidade funcional onde desempenha funções, grau académico, anos de profissão como enfermeiro, anos de experiência profissional na atual unidade, experiência profissional na área da diabetes e formação na área da diabetes.

Estas variáveis de estrutura foram selecionadas considerando o proposto por Irvine et al. (1998) e Doran et al. (2002) relativamente às variáveis da estrutura que influenciam o processo e também os resultados dos cuidados de saúde, sendo as variáveis enunciadas designadas por variáveis estruturais do enfermeiro.

5.2.2. AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A escala *The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) é uma escala que tem sido utilizada em vários países para avaliar o ambiente da prática de enfermagem. O seu uso é recomendado por organizações internacionais ligadas à avaliação da qualidade, como o *National Quality Forum*, que recomenda a escala associada à análise da estrutura no sentido da avaliação dos resultados dos cuidados de

enfermagem e a *Joint Comission for Accreditation of Hospitals*, que aceita o instrumento como um indicador da efetividade da enfermagem nos seus *standards* de acreditação (Amaral, Ferreira, & Lake, 2012).

Esta escala permite avaliar o ambiente da prática de enfermagem e tem sido utilizada para efetuar a análise da estrutura no sentido da avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem. Tem sido mobilizada como instrumento em estudos que visam avaliar a efetividade da enfermagem.

Apresenta-se na tabela 1.3. alguns estudos identificados na literatura com a validação da PES- NWI para populações distintas.

Tabela 1.3. - Caraterísticas Psicométricas dos estudos publicados de validação da PES-NWI

Autor/ ano / local	Amostra	α de Cronbach
(Gallego, Casbas, & Maria, 2013); Espanha	n= 742 enfermeiros	0.90
(Amaral, Ferreira, & Lake, 2012), Portugal	n = 418 enfermeiros	0.892
(Gómez et al., 2012), Espanha	n=377 enfermeiros	0,91
(Lake, 2002), EUA	2 amostras: 1ª, n=2,336 enfermeiros; 2ª, n=2,299 enfermeiros	0,82

A PES-NWI é composta por 31 itens que descrevem as caraterísticas dos ambientes da prática que são agrupados em 5 subescalas. De acordo com a escala original (Lake, 2002) estas 5 subescalas foram agrupadas e nomeadas como se apresenta na tabela 1.4.:

Tabela 1.4.- Caraterização dos fatores da PES–NWI

Fatores	Itens
<i>Nurse Participation in Hospital Affairs</i>	Revelam a participação e a valorização do enfermeiro no contexto hospitalar
<i>Nursing foundations for quality of care</i>	Fundamentos de Enfermagem para cuidados respeitantes dos mais elevados padrões de qualidade
<i>Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses</i>	Papel do enfermeiro gestor, as caraterísticas dominantes e as qualidades-chave
<i>Staffing and resource Adequacy</i>	Adequação dos recursos humanos e recursos de apoio no sentido de providenciar cuidados de qualidade
<i>Collegial Nurse-Physician Relations</i>	Relações entre médicos e enfermeiros

Fonte: Lake (2002)

Para estas 5 subescalas foram identificados níveis de consistência interna distintos conforme as populações onde a PES foi validada, para todos os fatores os valores do α enquadraram-se sempre entre o 0,71 e 0,91, reveladores de uma consistência interna razoável/boa (Pestana & Gageiro, 2005).

Comparativamente aos valores obtidos com as versões anteriores podemos analisar a tabela 1.5. onde constam os valores de α de Cronbach para cada fator:

Tabela 1.5. - Valores do Alfa de Cronbach dos vários fatores da PES-NWI nos estudos publicados

Estudos de Validação da PES	EUA a)	Portugal b)	Espanha c)	Espanha d)
Subescalas	Valores de α de Cronbach			
Nurse Participation in Hospital Affairs	0,83	0,78	0,81	0,83
Nursing Foundations for Quality of Care	0,80	0,76	0,73	0,82
Nurse Manager Ability Leadership and Support of Nurses	0,84	0,77	0,81,	0,91
Staffing and Resource Adequacy	0,80	0,79	0,78	0,86
Collegial Nurse-Physician Relationships	0,71	0,82	0,77	0,86

a)Lake (2002); b) Amaral, Ferreira, & Lake (2012); c) Gallego, Casbas, & Maria (2013); d)Gómez, et al. (2012)

A validação da escala para a população portuguesa foi efetuada por Amaral, Ferreira e Lake (2012). Quanto à fidelidade, a consistência interna foi avaliada utilizando o Alfa de Cronbach tendo obtido o valor de 0,892 para o Alfa global e Alfa das subescalas a variar de 0,76 a 0,82.

A correlação entre os diferentes domínios, ou subescalas e a escala como um todo, variou entre 0,509 e 0,768, sendo a correlação entre as subescalas baixa, o que revela que estas subescalas, ou domínios têm algum nível de independência entre elas.

No estudo referenciado, foi utilizada a escala “*Barton’s Job Satisfaction Scale*” para avaliar a validade de critério. Esta escala permite avaliar a satisfação profissional, tendo sido já utilizada para estudos com propósitos similares, no âmbito da avaliação das condições do ambiente da prática de enfermagem (Lake, 2002), tendo-se obtido uma correlação positiva, estatisticamente significativa, mas moderada entre a versão portuguesa da PES e a satisfação global com o trabalho ($r=0,449$; $p<0,05$).

Na escala PES–NWI os enfermeiros assinalam o seu nível concordância com cada item, numa escala com 4 pontos, de 1 (“concordo totalmente”) até 4 (“discordo totalmente”). Depois de terem sido colhidos os dados, os scores para cada item foram invertidos de maneira a que os scores mais elevados correspondessem a um nível mais favorável do ambiente de trabalho, procedimento que reproduzimos no presente estudo.

5.2.3. EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA AO UTENTE COM DIABETES

Uma vez que na literatura não se identificou um instrumento que permitisse avaliar o processo de educação terapêutica ao utente com diabetes, propusemo-nos desenvolver um instrumento que permitisse identificar quais são as práticas educativas desenvolvidas no âmbito da consulta de enfermagem ao utente com diabetes.

Para este efeito desenvolvemos um estudo preliminar (Menino & Roque, 2012) cujo objetivo foi o de identificar quais as variáveis relevantes nesta área, portanto, quais as intervenções de enfermagem no âmbito da educação terapêutica relevantes na medida em que pudessem estar relacionadas com os resultados preconizados para a área da diabetes.

Após este processo desenvolvemos um instrumento para a avaliação da educação terapêutica desenvolvida pelos enfermeiros (Processo) constituído, numa primeira parte, por questões de resposta fechada e dicotómica “sim” ou “não” e de resposta direta/fechada.

Numa segunda parte, desenvolvemos duas escalas, a “*Processo de Educação Terapêutica ao Cliente com Diabetes*” (PETCD) e a escala designada por “*Educação Terapêutica Relativa aos Comportamentos de Autocuidado*” (ETCA).

Estas escalas, constituídas por questões de resposta tipo “likert”, avaliam a frequência com que os enfermeiros reportam desenvolver determinadas intervenções consideradas pela revisão efetuada como “boas práticas”, apresentando como opções “Sempre”, “Muitas vezes”, “Algumas vezes”, “Poucas vezes”, “Nunca”, numa escala que varia de 1 a 5 em que 5 revela a prática mais desadequada, pelo que para análise dos dados, estes itens foram invertidos de modo a obter a melhor pontuação para a melhor prática.

A escala PETCD permite avaliar as intervenções desenvolvidas no âmbito da educação terapêutica, identificando a frequência com que o enfermeiro desenvolve as intervenções inerentes às várias dimensões: colheita de dados, avaliação, cuidados centrados no cliente e continuidade de cuidados.

Considerando a relevância das intervenções específicas dirigidas aos vários comportamentos de autocuidado, dado que a diabetes é uma doença em que a autogestão

é central, a escala ETCA pretende avaliar as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros dirigidas às várias áreas de autocuidado.

Quanto à dimensionalidade, ambas as escalas foram consideradas multidimensionais face aos construtos avaliados e ao conteúdo dos itens que a compõem, pois apesar de fazerem parte do mesmo construto podemos, por questões de utilização da escala, utilizar as várias dimensões isoladamente, dependendo do que se pretende avaliar.

A escala PETCD apresenta 4 dimensões referentes às intervenções gerais desenvolvidas aquando do processo de educação terapêutica: “*Colheita de Dados*”, “*Cuidados Centrados no Cliente*”, “*Avaliação*” e “*Continuidade de Cuidados*”.

A escala ETCA apresenta 5 dimensões referentes às intervenções específicas focadas nos vários autocuidados. “*Alimentação*”, “*Monitorização*”, “*Toma de Medicação*”, “*Redução de Riscos*”, “*Resolução de Problemas e Coping Saudável*”.

6. TRATAMENTO DE DADOS

Apresentamos, neste ponto, os processos de tratamento dos dados inerentes ao: (1) estudo de validação dos instrumentos de medida; (2) estudo descritivo das dimensões da qualidade analisadas: estrutura, processo e resultado e (3) estudo de avaliação da efetividade dos cuidados de enfermagem ao utente com diabetes.

6.1. ESTUDO DE VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA E ESTUDO DESCRITIVO DA ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO

Os processos empreendidos no âmbito do estudo de validação dos instrumentos de medida a que se reporta o presente capítulo têm por base pressupostos e fundamentos comuns que estiveram na base das opções metodológicas efetuadas.

Deste modo, neste subcapítulo descrevemos os processos empreendidos de forma transversal ao processo de validação de todos os instrumentos, especificando-se em cada subcapítulo relativo a cada um dos instrumentos, especificidades associadas à validação desse instrumento. Esta descrição legitima-se pelo facto de através desta ser possível efetuar-se a replicação do estudo (Pais Ribeiro, 2010).

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21.0. Recorremos a técnicas de análise descritiva, nomeadamente: medidas de tendência central (moda, mediana e média) e medidas de dispersão de variabilidade (desvio padrão) e a procedimentos de análise fatorial.

A fidelidade e validade são duas qualidades essenciais a qualquer instrumento de medida, (Coutinho, 2011; Fortin, 2006; McDowell, 2006; Streiner & Norman, 2008). A avaliação destas qualidades é essencial quer se tenha construído um instrumento, quer se opte pela validação transcultural (Fortin, 2006; McDowell, 2006).

Existem várias formas para o estudo da validade. Almeida & Freire (2007) indicam que os 3 tipos de validade mais frequentes são: a validade de conteúdo, validade por referência a um critério e validade de construto ou conceito. Para este estudo considerámos esta classificação, analisando os 3 tipos de validade de acordo com os procedimentos adotados pelos autores originais das validações dos instrumentos.

De referir que para efetuar a análise da validade de construto recorremos à análise fatorial, que pressupõe que existe um número menor de variáveis não observáveis subjacentes aos dados (fatores), que expressam o que existe de comum nas variáveis originais (Pestana & Gageiro, 2005). Se duas variáveis estão correlacionadas esta associação resulta da partilha de uma característica comum não diretamente observável (de um fator comum latente) (Marôco, 2003). Assim, antes de avançarmos em análises estatísticas centradas nos resultados globais, apreciámos em que medida estaríamos face a uma medida uni ou multifatorial. A análise factorial foi o procedimento analítico utilizado para este propósito, conforme proposto por Almeida e Freire (2007).

Nos estudos de validação efetuados, mantiveram-se os itens com carga fatorial superior a 0,30, uma vez que revelavam existir uma boa correlação entre o item e o fator que este integra. (Almeida & Freire, 2007).

Para se poder aplicar o modelo fatorial, considerámos a necessidade de haver correlação entre as variáveis. O Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de Bartlett foram os dois procedimentos estatísticos a que se recorreu para aferir a qualidade das correlações entre as variáveis, de forma a prosseguir com a análise fatorial. O KMO perto de 1 indica coeficientes de correlação parciais pequenos, próximos de 0 indica que a análise fatorial pode ser inviável pela existência de uma correlação fraca entre as variáveis. Assim temos:

0,9-1 é muito boa; 0,8-0,9 é média; 0,7-0,8 é razoável; 0,5-0,6 é má; <a 0,5 é inaceitável (Pestana & Gageiro, 2005).

Sendo o objetivo da análise encontrar fatores subjacentes num grupo de variáveis, é fundamental que a amostra seja suficientemente grande, assim optou-se por considerar o previsto por Bryman e Cramer (2003) e Hair et al. (2014) que indicam que o N, para se considerar a normalidade dos dados e para efeitos de análise fatorial, tem de ser superior a 100.

Apresentamos para cada escala validada, os valores do coeficiente de comunalidade, que nos descreve a covariância do item com os fatores isolados, ou seja, em que medida cada item tem a ver com os fatores isolados (Almeida & Freire, 2007).

A fidelidade também foi avaliada para todas as escalas de medida. Esta refere-se à precisão e à constância das medidas obtidas através de um instrumento de medida; reporta-se à capacidade do instrumento medir de uma vez para outra um mesmo objeto de forma constante (Fortin, 2009).

No sentido de podermos analisar a fidelidade através da consistência interna, determinou-se o coeficiente de Alfa de Cronbach (Coutinho, 2011; Pestana & Gageiro, 2005; Streiner & Norman, 2008). Coutinho (2011, p.116) considera que “O Alfa de Chronbach é o indicador mais aconselhado para a consistência interna de instrumentos de escala de Likert (...)”.

Para se saber o efeito de cada variável na consistência interna do fator, analisámos o Alfa de Cronbach (α) se o item fosse eliminado face ao α global, assumimos que se o α global diminuísse significativamente com a remoção de um item, significava que a consistência interna dependia muito desse item e, portanto, não o eliminámos, conforme proposto por Pestana e Gageiro (2005).

Por outro lado, nos itens cuja remoção, o α global aumentasse, considerando que essa variável teria uma fraca correlação com as restantes, procedeu-se à sua eliminação (Pestana & Gageiro, 2005).

Com o intuito de analisar a fidelidade, através da consistência interna, procedeu-se à determinação da média das correlações entre todos os itens do teste, o que corresponde à

homogeneidade do conjunto de enunciados (Pais Ribeiro, 2010). Quando pretendemos equacionar se mantemos um determinado item ou não, em primeiro lugar temos de avaliar a homogeneidade da escala, isto é, se os itens, no conjunto, descrevem aspetos diferentes de um mesmo atributo/conceito (Streiner & Norman, 2008). Esta situação implica que se verifiquem 2 condições: (1) que os itens estejam moderadamente correlacionados uns com os outros, através da avaliação do Alfa de Cronbach e (2) que cada item esteja correlacionado com o total da escala. Foram eliminados os itens cujo coeficiente de correlação fosse inferior a 0,20, conforme proposto por Streiner e Norman (2008).

Pestana e Gageiro (2005) argumentam que por convenção, em ciências sociais, sugere-se que quando o coeficiente de correlação (r de Pearson) é: menor que 0,2 a correlação linear é muito baixa, entre 0,2 e 0,39 é baixa; entre 0,4 e 0,69 é moderada; entre 0,7 e 0,89 é alta e entre 0,9 e 1 é muito alta.

Sendo o Alfa de Cronbach uma das medidas mais usadas para avaliar a consistência interna, considerámos, de acordo com Pestana e Gageiro (2005), a consistência interna: muito boa se α superior a 0,9; boa se α entre 0,8 e 0,9; razoável se α entre 0,7 e 0,8; fraca se α entre 0,6 e 0,7 e inadmissível se $\alpha < 0,6$.

Na totalidade dos itens dos questionários, a percentagem de ‘não respostas’ foi inferior a 10%. Para efeitos de tratamento estatístico, as não respostas foram substituídas pelo valor médio dos casos válidos da variável, conforme proposto por Pestana e Gageiro (2005), que considera aceitável este procedimento para taxas de não resposta inferiores a 10%.

Os procedimentos estatísticos e as abordagens enunciadas estiveram na base das opções e metodologias adotadas, de forma transversal, no processo de validação dos instrumentos e no estudo descritivo que apresentamos posteriormente. Após o breve enquadramento metodológico apresentado que fundamentou e sustentou os passos ulteriores, reunimos condições para a posterior apresentação e análise do processo de validação e revalidação das várias escalas mobilizadas e do estudo descritivo.

Passamos à abordagem da metodologia adotada no estudo da efetividade que se efetua num ponto à parte pela sua especificidade e abordagem distinta.

6.2. ESTUDO DA EFETIVIDADE DA EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA AO UTENTE COM DIABETES

A análise estatística tem sido uma ferramenta essencial para as ciências sociais e humanas. Inicialmente, os investigadores baseavam-se em análises univariadas ou bivariadas no sentido de entenderem as relações entre os dados. Não obstante, no sentido de se compreenderem relações complexas associadas às pesquisas correntes, torna-se cada vez mais necessária a aplicação de métodos mais sofisticados, como a análise multivariada. A análise multivariada envolve a aplicação de métodos estatísticos em que se analisam simultaneamente múltiplas variáveis com múltiplas relações (Hair et al., 2014).

As técnicas de primeira geração como a regressão múltipla, regressão logística ou análise da variância foram, de facto, extensamente utilizadas. No entanto, muitos investigadores estão a recorrer às técnicas de segunda geração no sentido de ultrapassar algumas fragilidades das primeiras. Estes métodos de segunda geração são referenciados como Modelos de Equações Estruturais (MEE) (Hair et al., 2014).

No sentido de avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem ao utente com diabetes, utilizámos o método preconizado pelas autoras do modelo que se pretende testar (NREM) (Doran, et al., 2006; Irvine et al., 1998; Dora net al., 2002) que recorre a Modelos de Equações Estruturais no sentido da análise de dados que testa as hipóteses formuladas.

Partindo do objetivo geral de avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem, no âmbito da educação terapêutica à pessoa com diabetes tipo 2, propõem-se relações específicas entre a estrutura, processo e resultado, componentes do modelo adotado (NREM).

A abordagem metodológica empreendida no âmbito do estudo da efetividade, considera que os “(...) resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem são um estado, comportamento ou perceção do indivíduo, família ou comunidade, que seja mensurável ao longo de um contínuo, em resposta à(s) intervenção(ões) de enfermagem.” (Moorhead et al., 2010, p.31).

Face à revisão teórica apresentada na Parte I, foi redesenhado o modelo adaptando-o à área da diabetes, tendo emergido 3 grupos de hipóteses anteriormente apresentadas: as hipóteses que relacionam a estrutura inerente aos cuidados com as intervenções

desenvolvidas pelos enfermeiros na área da educação terapêutica ao utente com diabetes tipo 2; as hipóteses que relacionam as intervenções desenvolvidas (Processo) com os resultados obtidos pelo utente (satisfação, autocuidado, conhecimentos e parâmetros clínicos) e as hipóteses que relacionam as intervenções de enfermagem (Processo) entre si e os resultados entre si.

Este estudo, em que se aplicou o MEE, de caráter exploratório dado que se vão explorar várias relações que são suportadas pela literatura de forma geral, mas que não traduzem um modelo de relações definido *a priori* para a área em estudo, irá testar as hipóteses gerais acima enunciadas, sendo estas concretizadas através de múltiplas hipóteses em que é testada a relação entre cada variável da estrutura com cada variável do processo e de cada variável do processo com cada variável do resultado.

As hipóteses testadas relacionaram as dimensões “estrutura”, “processo” e “resultado”. De referir que se testaram hipóteses a um nível micro, em que, não só foram relacionadas as variáveis entre si, mas também, foram testadas hipóteses de relação entre cada um dos fatores de cada um dos construtos avaliados e entre as dimensões.

A análise através dos MEE permite testar a validade de modelos teóricos que definem relações causais e hipotéticas entre variáveis (Marôco, 2010).

Assim sendo, os MEE, baseando-se num quadro teórico estabelecido previamente, tornam-se muito adequados para explicar relações causais complexas na investigação com aplicabilidade relevante em ciências sociais e humanas (Hair et al, 2014; Marôco, 2003).

Os MEE podem ser estimados por 2 métodos: (1) baseados na covariância (CB-SEM), fazendo-o determinando o quão bem um modelo proposto pode estimar a variância de um conjunto de dados, mais especificamente na minimização da diferença entre a matriz das correlações da amostra e a matriz correspondente do modelo teórico. O CB-SEM utiliza-se genericamente para confirmar (ou rejeitar) teorias (isto é um conjunto de relações entre múltiplas variáveis que podem ser testadas empiricamente); (2) e o método PLS-SEM (também designado de PLS *path modeling*), baseado na variância das variáveis endógenas (Vilares & Coelho, 2005) que é essencialmente utilizado para desenvolver teorias em investigação exploratória (Hair et al., 2014), como é o caso do presente estudo.

O PLS-SEM funciona eficazmente com amostras pequenas e modelos complexos, e deve ser selecionado quando as suposições relativas ao CB-SEM são violadas, nomeadamente quando não está garantida a normalidade da distribuição, a amostra não tem a dimensão requerida, a complexidade do modelo é elevada, quando se usam tipos de escalas distintos (Hair et al., 2014; Afthanorhan, 2013), pelo que para o presente estudo optámos por utilizar a metodologia PLS-SEM.

A metodologia PLS envolve uma série de aplicações dos Mínimos quadrados ordinários e o cálculo dos coeficientes de correlação, sendo as medidas e técnicas utilizadas não paramétricas (Vilares & Coelho, 2005).

Para avaliação global do modelo, o PLS-SEM baseia-se em critérios heurísticos baseados na capacidade de previsibilidade do modelo. Estes critérios, assumem que o modelo é avaliado, em termos do quão bem prevê as variáveis endógenas (que são as variáveis explicadas pelo modelo) (Hair et al., 2014).

Uma vez que temos a garantia da validade e fidelidade dos instrumentos de medida, o passo seguinte relaciona-se com a avaliação dos resultados do modelo estrutural, sendo os critérios primários para este efeito o nível de significância dos *Path Coefficients* e o coeficiente de R^2 (Hair et al., 2014). Considerando o exposto, efetuámos a avaliação dos resultados pelo MEE após terem sido efetuados os estudos de validação dos instrumentos para a amostra do estudo.

O *Path Coefficient* considera-se estatisticamente significativo, isto é, permite avaliar se uma variável contribui significativamente para um determinado construto/variável latente, analisando-se o seu valor de t. Os valores de t geralmente utilizados são 1,65 (nível de significância = 10%), 1,96 (nível de significância = 5%) e 2,57 (nível de significância = 1 %). O nível de significância utilizado neste estudo foi de 5%.

O R^2 é uma medida da capacidade preditiva do modelo, este coeficiente representa os efeitos combinados entre as variáveis exógenas (não explicadas pelo modelo) e as variáveis endógenas (explicadas pelo modelo). O coeficiente é a diferença quadrada entre os valores atuais e os valores previstos, que representa a variância dos construtos endógenos explicada pelos construtos exógenos ligados àqueles. O valor do R^2 varia entre 0 e 1, com maiores valores a indicar maior capacidade preditiva. Para o presente estudo

consideramos o proposto por Hair et al. (2014) para os valores de R^2 (0,25-fraco, 0,50-moderado, 0,75-forte).

Embora as autoras originais do modelo NREM tenham utilizado para proceder à análise estatística dos dados e análise do modelo das equações estruturais o CB-SEM recorrendo ao AMOS, pelos motivos acima expostos, efetuámos a análise estatística pelo PLS-SEM recorrendo ao *software* SMARTPLS[®] que é dos mais utilizados para o efeito (Afthanorhan, 2013).

Em suma, primeiramente, de acordo com Hair et al. (2014), foram selecionados todos os constructos a integrar no modelo através da revisão da literatura apresentada no enquadramento teórico, tendo sido selecionadas/construídas as respetivas escalas e efetuada a sua validação no que respeita à validade e fidelidade. Testámos o MEE pelo método PLS-SEM e posteriormente apresentaremos e analisaremos os resultados, de acordo com os critérios expostos, da aplicação do MEE, após o estudo prévio de preparação/validação dos instrumentos de colheita de dados.

7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

No caso dos utentes, os instrumentos utilizados foram já testados e validados para populações com características consideradas semelhantes às da população do presente estudo. Fortin (2009) afirma que para recolher dados, o investigador pode utilizar questionários já testados, o que tem a vantagem de permitir a comparação de resultados obtidos com os que já foram publicados.

Relativamente aos enfermeiros, e para medir as variáveis relativas às intervenções dos enfermeiros no âmbito da educação terapêutica, dado que não foi identificado qualquer instrumento que servisse os propósitos do estudo, foi desenvolvido um.

Para todos os instrumentos efetuou-se a validação psicométrica quando necessário, seguindo as metodologias de Pestana e Gageiro (2000) e Almeida e Freire (2007).

Após a autorização nº32543 do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro para a realização do estudo e da aprovação da Comissão de Ética para a Saúde (Anexo II) e o contacto direto com os responsáveis de cada local de colheita de dados, foi solicitada a participação e o consentimento informado aos utentes com diabetes tipo 2 que

tivessem consultas na área da diabetes aquando da colheita de dados (Anexo III). Foi-lhes mencionado, que todas as informações seriam confidenciais e que poderiam desistir quando o desejassem, disponibilizando toda a atenção relativamente ao esclarecimento de dúvidas e questões, de acordo com a declaração de Helsínquia.

O direito à confidencialidade assim como ao anonimato foi assegurado, através da codificação dos questionários para que a informação não pudesse ser associada a quem a forneceu e a sua realização foi feita num ambiente privado e calmo indicado pelos serviços onde o estudo foi realizado.

Para além do direito à confidencialidade e ao anonimato, seguimos as orientações de Fortin (2009) e de Polit e Hungler (2004) quanto aos princípios éticos mais relevantes a considerar em investigação, em especial durante as fases de recolha e tratamento de dados, de forma a ser salvaguardado o princípio da autodeterminação, da intimidade, da proteção contra o desconforto e o prejuízo e assegurar sempre um tratamento justo e equitativo.

Para dar cumprimento ao princípio da autodeterminação, assegurámos que a participação de cada sujeito fosse totalmente voluntária. A pessoa inquirida foi informada que poderia desistir de participar em qualquer momento sem dano para a sua individualidade.

O respeito pela intimidade foi assegurado pelo respeito pela esfera privada do participante. A pessoa só respondeu se considerasse não ficar lesada com o conteúdo ou extensão da informação concedida.

A proteção contra o desconforto e prejuízo, também conhecida como princípio da beneficência, foi cumprida, tendo procurado proteger os participantes de algo que lhes pudesse de algum modo interromper o bem-estar. Quando os participantes se encontravam a responder às questões, houve o cuidado de avaliar/salvaguardar, que efetivamente seria uma experiência considerada útil e agradável. Procurámos que a recolha de dados decorresse num local confortável, livre de interrupções por estranhos e onde houvesse ocasião para a expressão de ideias ou dúvidas ainda que não focalizem o interesse central do estudo.

Quanto ao tratamento justo e equitativo, este esteve presente em todas as etapas de envolvimento com os participantes: antes, durante e após a recolha de informação. A

pessoa foi informada sobre a temática da investigação, o fim a que se destinava, o tempo previsto para o preenchimento do questionário e a forma como seria assegurado o anonimato e a confidencialidade. O participante foi informado igualmente que poderia desautorizar a utilização dos seus dados em qualquer momento, bem como o acesso aos resultados do estudo.

Após autorização para a realização do estudo, a colheita de dados foi efetuada pela investigadora principal e estudantes que, de forma voluntária, se disponibilizaram para esse efeito. Estes estudantes frequentavam o último semestre do terceiro e quarto ano da Licenciatura em Enfermagem, encontravam-se em Ensino clínico nos locais de colheita de dados e tinham preparação e formação no âmbito da Licenciatura sobre metodologias de investigação. Foram efetuadas duas reuniões preparatórias e contactos de acompanhamento, tendo os estudantes sido preparados relativamente aos objetivos do estudo, instrumentos e métodos de recolha de dados, critérios de seleção da amostra, procedimentos éticos e formais a considerar na recolha de dados.

Previamente à realização da colheita de dados houve lugar a deslocação aos diferentes locais ou contacto telefónico sendo o enfermeiro-chefe e o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados de cada centro de saúde contactados telefonicamente e informados pela investigadora principal sobre a pessoa que iria efetuar a colheita de dados e solicitados a colaborar no sentido de se cumprirem todos os aspetos éticos e formais da investigação.

CAPÍTULO II. ESTUDO DE VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA

No presente estudo, utilizaram-se instrumentos de medida já validados para outras populações que revelaram permitir a mensuração de alguns construtos relevantes para o estudo. Quanto aos construtos relativamente aos quais não foram identificados instrumentos de medida, optou-se por construí-los efetuando, também, a sua validação.

Com a disseminação de investigação transcultural, a necessidade de adaptar instrumentos de medida para utilizações que não a original surgiu associada. A adaptação transcultural de questionários para uso noutra país, cultura e/ou língua requer metodologias específicas no sentido de se obter equivalência entre a fonte original e a nova versão (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000).

Reconhece-se, agora, que quando um instrumento de medida vai ser utilizado em diferentes culturas, os itens devem ser traduzidos não só linguisticamente, mas também, adaptados culturalmente no sentido de manter-se a validade de conteúdo (Beaton et al., 2007; Coutinho, 2011). Desta forma, podemos estar mais confiantes de que estamos, de facto, a descrever o impacto de uma doença ou do seu tratamento quer em ensaios clínicos multinacionais ou em estudos de mensuração de resultados (Beaton et al., 2007).

Ainda que os instrumentos de medida tenham sido traduzidos e adaptados culturalmente, quando este estudo metodológico de validação se reporta a uma amostragem não probabilística, a generalização destes resultados é menos fiável (Fortin, 2006), sendo assim mais fiável efetuar-se a revalidação destes instrumentos. Por este motivo, revalidámos todos os instrumentos de medida uma vez que, embora tenham sido sujeitos anteriormente a validação para uma população com características semelhantes, estes resultados não se podem considerar generalizáveis, face às características dos estudos (nomeadamente em relação às amostras).

O processo de adaptação cultural desenvolve esforços no sentido da obtenção da equivalência com base no conteúdo. Esta constatação poderia pressupor que as outras propriedades estatísticas, como a validade e fidelidade seriam mantidas, no entanto, esta situação não se verifica necessariamente. Assim, torna-se necessário proceder à identificação das propriedades psicométricas dos instrumentos quando aplicados em novos contextos (Beaton et al., 2007).

O estudo metodológico descrito no presente capítulo apresenta como finalidade preparar os instrumentos necessários para os estudos subsequentes, acautelando as condições necessárias de validade e fiabilidade.

Os objetivos para o presente estudo foram:

- Revalidar a versão portuguesa do instrumento *Summary of Diabetes Self-Care Activities* (SDSCA) para medição das atividades de autocuidado, testando as suas propriedades psicométricas para utentes com diabetes tipo 2;
- Revalidar a versão portuguesa do instrumento *Diabetes Knowledge Questionnaire - 24* (DKQ) para medição dos conhecimentos, testando as suas propriedades psicométricas para utentes com diabetes tipo 2;
- Revalidar o instrumento desenvolvido em Portugal *Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde* (SUCECS) para medição da satisfação, testando as suas propriedades psicométricas para utentes com diabetes tipo 2;
- Revalidar a versão portuguesa do instrumento *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) para medição do ambiente de trabalho dos enfermeiros;
- Construir os instrumentos de medida destinados a avaliar o processo de Educação Terapêutica ao Utente com Diabetes Mellitus Tipo 2: “*Processo de Educação Terapêutica ao cliente com Diabetes*” e “*Educação terapêutica relativa aos comportamentos de Autocuidado*”;
- Determinar as características psicométricas de todos os instrumentos construídos e revalidados.

De seguida, apresentam-se os resultados e a análise dos mesmos e no final do capítulo faz-se uma síntese dos principais resultados.

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS: INSTRUMENTOS DE MEDIDA DIRIGIDOS AOS UTENTES COM DIABETES TIPO 2

Os instrumentos aplicados aos utentes já foram testados e validados para populações com características consideradas semelhantes às da população do presente estudo. No entanto,

dadas as características das anteriores investigações (métodos de amostragem não probabilísticos e o facto de alguns instrumentos conterem itens que se consideraram desatualizados face à evidência atual) efetuou-se a revalidação.

A amostra foi composta por 292 utentes com idades compreendidas entre os 26 e os 88 anos (Média=68,0; DP=9,7), a maioria do sexo masculino (50,5%) e com estado civil casado (74,3%), com baixos níveis de escolaridade (84% com 4 anos de escolaridade ou menos), na sua maioria reformados/pensionistas (73,4%).

De referir que para alguns itens não se obteve uma taxa de resposta de 100% dado que, de acordo com os pressupostos éticos, era dada a possibilidade aos inquiridos de não responderem sempre que assim o entendessem.

Relativamente à situação clínica, os utentes têm a doença diabetes *mellitus* tipo 2 em média há 9,7 anos e a maioria toma apenas antidiabéticos orais (94,7%), 2,4% apenas insulina e 2,9% ambos os tratamentos. A maioria não reporta complicações relacionadas com a diabetes (74,2%), nem internamentos relacionados com a diabetes (94,2%). A maioria reporta não ter comorbilidades (55,2%).

1.1. ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES: *SUMMARY OF DIABETES SELF-CARE ACTIVITIES* (SDSCA)

Embora este instrumento tenha sido já validado para um grupo de utentes em Portugal, com características semelhantes às do presente estudo, dado que um determinado teste pode reunir determinados atributos (ser válido e fiável) num dado grupo ou situação e não noutra e que estes atributos são relativos aos dados resultantes da aplicação do teste e não do teste em si mesmo (Coutinho, 2011) torna-se necessário efetuar a revalidação do teste.

Adicionalmente, uma vez que, face à revisão da literatura efetuada, se verificou que alguns aspetos de conteúdo já não se encontravam atualizados face à evidência atual, foram propostas alterações à autora da validação do instrumento para Portugal, tendo estas sido aceites. Por este motivo, justifica-se a necessidade de revalidação das características psicométricas, dado que, tal como refere Fortin (2006, p. 361): “Qualquer modificação feita na escala original pode afetar-lhe seriamente a fidelidade e validade”.

Dos 24 itens que compõem originalmente esta versão portuguesa, após a validação psicométrica da autora da validação, apenas ficaram 13. Optou-se por aplicar a escala original com 24 itens facultada pela autora da versão portuguesa, pela relevância do seu conteúdo no sentido de testar as suas características para a nossa amostra.

Os itens relativos aos hábitos tabágicos foram apenas mobilizados para a estatística descritiva, não se incluindo no estudo de validação do instrumento, uma vez que as possibilidades de resposta não se enquadram nos moldes da escala a ser validada.

ESTUDO DA FIDELIDADE

O estudo da fidelidade foi realizado através da determinação do coeficiente de Alfa de Cronbach (α), conforme proposto por Coutinho (2011), Fortin (2006), Pestana e Gageiro (2005).

Vários itens foram excluídos durante a determinação do coeficiente de α de Cronbach e posteriores análises fatoriais, seguindo as metodologias propostas por Pestana e Gageiro (2005).

Dos 24 itens iniciais resultaram 11 com um Alfa global de 0,648, portanto com uma consistência interna aceitável (Pestana & Gageiro, 2005). Quanto ao efeito de cada variável na consistência interna do fator, que nos é indicada pelo α sem o item, verificamos que o α global diminuiria com a remoção de cada um dos itens, pelo que se justifica a sua presença. Apesar do item nº 2, apresentar um Alfa de Cronbach ligeiramente superior ao Alfa global, este não foi retirado dada importância do seu conteúdo para análise do fenómeno em estudo.

Verificamos pelos dados constantes na tabela 2.1. que as correlações corrigidas de cada item com o total da escala entre 0,116 e 0,470. Assim, os itens 2 e 19 que apresentam um valor de $r < 0,20$ deveriam ser eliminados (Streiner & Norman, 2008). Não obstante, e porque estes itens são importantes para a avaliação do seguimento do plano alimentar recomendado e para análise da toma da medicação enquanto componentes do autocuidado, foi decidido mantê-los. De salientar que a decisão foi igualmente baseada no fato da amostra ser constituída por 292 utentes, pelo que estes valores de correlação, apesar de muito baixos são significativos a $p < 0,05$.

Tabela 2.1. - Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach dos itens com o total, sem o item da SDSCA

Item	r total sem o item/	α sem o item
1.Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0,231	0,639
2.Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0,116	0,658
11.Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar).	0,239	0,642
12.Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0,215	0,642
13.Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0,408	0,603
14.Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue, no número de vezes que o seu médico ou enfermeiro recomendou?	0,343	0,618
15.Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0,467	0,588
16.Em quantos dos últimos SETE DIAS inspecionou o interior dos seus sapatos?	0,369	0,613
17.Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0,338	0,626
18.Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	0,470	0,598
19.Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	0,145	,648

ESTUDO DA VALIDADE

Para o estudo da validade, concretamente, da sua validade interna, realizámos procedimentos de análise fatorial em componentes principais. No sentido de se maximizar a saturação dos itens, procedemos à rotação ortogonal pelo método de Varimax.

Após sucessivas análises, optámos por uma estrutura fatorial de componentes principais, segundo a regra de *Kaiser–Meyer–Olkin*. De acordo com esta análise, revelou-se que os 11 itens se organizam em 4 fatores que explicam 68,9% da variância total (tabela 2.2.).

Considerando-se o valor do KMO de 0,599 e a significância do teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,001$), apresentados na tabela 2.2., pode afirmar-se que estamos perante uma razoável análise fatorial (Pestana & Gageiro, 2005).

Tabela 2.2. - Matriz de componentes principais após rotação Varimax, dos itens da SDSCA

Itens	a)	b)	c)	d)	Comunalidades
1.Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?			,828		,722
2.Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?			,874		,772
11.Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar).				,848	,734

12.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?					,846	,722
13.Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	,940					,907
14.Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue, no número de vezes que o seu médico ou enfermeiro recomendou?	,951					,911
15.Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	,823					,694
16.Em quantos dos últimos SETE DIAS inspecionou o interior dos seus sapatos?	,778					,639
17.Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	,757					,605
18.Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	,833					,712
19.Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?		,383				,170
% da variância Explicada		23,4	16,6	15,1	13,8	
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		,599				
Teste De Esfericidade De Bartlett		1044,911; $p < 0,001$				

a) Cuidados aos Pés;b) Monitorização da Glicemia; c) Alimentação e antidiabéticos orais; d) Exercício Físico

Pelos dados apresentados anteriormente, podemos constatar que a solução encontrada difere da versão de Bastos (2004) uma vez que apresenta apenas 4 fatores, ao invés de 6, tendo sido eliminado o fator relativo à alimentação específica, pelo facto de o Alfa de Cronbach da escala melhorar significativamente com a remoção destes itens. O fator relativo à terapêutica farmacológica revelou uma correlação mais forte com os itens da alimentação pelo que se agruparam num só fator, designado por “alimentação e antidiabéticos orais” o que nos pareceu fazer sentido já que são comportamentos do autocuidado que ocorrem associados temporalmente já que a medicação surge prescrita à hora das refeições.

Relativamente à **validade convergente-discriminante do item**, podemos verificar pela tabela 2.3. que todos os itens apresentam uma correlação maior com o total do fator a que pertencem do que com o fator a que não pertencem. De salientar ainda que as diferenças nas correlações em todos os itens com o total do seu fator e as correlações com os totais dos outros fatores é superior a 0,3.

Tabela 2.3. - Correlação de Pearson entre os itens com o total da escala a que pertence e com o total da escala (SDSCA) a que não pertence

Item	a)	b)	c)	d)
1 -Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	,790**	,159**	,061	,046

2 - Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	,894**	,032	,074	-,033
19 - Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	,448**	,029	,090	,074
11 - Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar).	,054	,892**	,159**	,074
12 - 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?	,117*	,823**	,095	,026
13 - Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	,104	,161**	,954**	,138*
14 - Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue, no número de vezes que o seu médico ou enfermeiro recomendou?	,080	,128*	,956**	,091
15 - Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	,055	,079	,098	,865**
16 - Em quantos dos últimos SETE DIAS inspecionou o interior dos seus sapatos?	,043	-,024	,094	,850**
17 - Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	-,082	,078	,041	,666**
18 - Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	-,001	,104	,141*	,781**

a) Alimentação e antidiabéticos orais; b) Exercício Físico; c) Monitorização da Glicemia; d) Cuidados aos Pés

A consistência interna dos fatores pode ser analisada, como já referido, pelo α de Cronbach pelo que na tabela 2.4. apresentamos os valores de α por fatores.

De referir que valores baixos de α para a alimentação específica já haviam sido encontrados em validações anteriores da SDSCA (Schmitt, et al., 2013; Toobert, et al., 2000; Bastos, Severo, & Lopes, 2007; Michels et al. 2010).

Tabela 2.4. - Distribuição dos itens por fatores e respectivos Alfas de Cronbach

Item	Fator	Alfa
1. Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?		
2. Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	Alimentação geral e antidiabéticos orais	0,567
3. Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?		

4. Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar).		
5. 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?	Exercício	0,636
6. Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	Monitorização glicemia	0,904
7. Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue, no número de vezes que o seu médico ou enfermeiro recomendou?		
8. Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	Cuidados com os pés	0,787
9. Em quantos dos últimos SETE DIAS inspecionou o interior dos seus sapatos?		
10. Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?		
11. Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?		

Verificamos que os valores de α revelam uma consistência interna razoável para alguns fatores (*exercício e cuidados com os pés*), muito boa para o fator monitorização da glicemia e baixa para o da alimentação geral e antidiabéticos orais.

Como podemos verificar, dos 24 itens que compõem a escala inicial, resultaram 11 após revalidação para a amostra em estudo, tendo sido eliminados os itens relativos à alimentação específica e o item relativo à toma dos antidiabéticos orais associado à alimentação.

1.2. QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE A DIABETES: DIABETES KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE - 24 (DKQ)

Para a validação da DKQ seguiu-se o proposto por Bastos (2004), autora da validação portuguesa, para a determinação das características psicométricas, tendo o questionário sido codificado em respostas certas (1), erradas (0) e não sabe (2). Posteriormente, e para a apresentação e análise dos resultados da amostra, modificada numa escala dicotómica (1 e 0) para distinção entre a presença de conhecimentos e presença de desconhecimentos e conceitos errados, sendo transformadas em 1 as respostas que correspondem à resposta certa para a variável pretendida (ex. conhecimentos: resposta certa=1) e as restantes em 0 (para respostas erradas ou desconhecimento).

ESTUDO DA FIDELIDADE

O estudo da fidelidade, nomeadamente da avaliação da consistência interna seguiu a mesma metodologia que os autores originais que utilizaram o valor de α de Cronbach.

Obteve-se um valor de α total de 0,863, revelando uma consistência interna boa (Pestana & Gageiro, 2005; Pais Ribeiro, 2010; Streiner & Norman, 2008). Os valores de α global sem o item também revelaram ser adequados, uma vez que nenhum dos valores de α obtidos após remoção do item foi superior ao α total inicial, pelo que não houve remoção de nenhum item.

A tabela 2.5. apresenta os resultados do estudo da fidelidade da escala. Apresentam-se as correlações corrigidas de cada item com o total da escala, que variam entre 0,232 e 0,556, revelando adequados valores de correlação (Coutinho, 2011; Pestana & Gageiro, 2005).

Tabela 2.5. - Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach dos itens com o total, sem o item da escala DKQ

Item	r total sem o item	α sem o item
1 Comer muito açúcar e alimentos doces é uma causa da Diabetes.	0,232	0,862
2 A causa comum da Diabetes é a falta ou resistência à insulina no corpo.	0,485	0,855
3 A Diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar.	0,507	0,855
4 Os rins produzem insulina.	0,520	0,854
5 Na Diabetes não tratada a quantidade de açúcar no sangue, normalmente, sobe.	0,365	0,859
6 Se é diabético os seus filhos têm maior risco para serem diabéticos.	0,354	0,860
7 A Diabetes pode curar-se.	0,368	0,859
8 O nível de açúcar no sangue de 210, num teste em jejum, é muito alto.	0,362	0,860
9 A melhor maneira de avaliar a sua Diabetes é fazendo testes à urina.	0,556	0,853
10 O exercício regular aumenta a necessidade de insulina, ou outro medicamento para a Diabetes.	0,515	0,854
11 Há 2 tipos principais de Diabetes: Tipo 1 ("Insulino-dependentes"/"insulino-tratados") e Tipo2 ("não insulino-dependentes")	0,437	0,857
12 Uma hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue) é provocada por muita comida.	0,411	0,858
13 A medicação é mais importante que a dieta e o exercício físico para controlar a Diabetes.	0,454	0,857
14 A Diabetes frequentemente provoca má circulação.	0,386	0,859
15 Cortes e feridas cicatrizam mais lentamente nos diabéticos.	0,375	0,859
16 Os diabéticos devem ter cuidados especiais, quando cortam as unhas dos dedos dos pés.	0,434	0,858
17 Uma pessoa com Diabetes deve limpar uma ferida com solução iodada e álcool.	0,406	0,859
18 A maneira como prepara a sua comida é tão importante como a comida que come.	0,430	0,858
19 A Diabetes pode prejudicar os rins.	0,495	0,856
20 A Diabetes pode provocar diminuição da sensibilidade das mãos, dedos e pés.	0,519	0,855
21 Tremores e suores são sinais de açúcar alto no sangue.	0,483	0,856
22 Urinar frequentemente e sede são sinais de açúcar baixo no sangue.	0,462	0,856
23 Meias-calças elásticas, ou meias, apertadas não são prejudiciais para os diabéticos.	0,360	0,860
24 Uma dieta para diabéticos consiste, essencialmente, em comidas especiais.	0,308	0,861

Considerando a validação estatística efetuada, seguindo a metodologia da autora da validação para a população portuguesa, manteve-se o instrumento tal com apresentado inicialmente. Após aferidas as suas características psicométricas, o instrumento reúne as

condições necessárias para a sua aplicação no sentido de avaliar os conhecimentos que os utentes com diabetes possuem sobre a doença na amostra em estudo.

1.3. QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE SAÚDE (SUCECS)

O instrumento SUCECS foi validado em Portugal por Ribeiro (2005), tendo-se procedido à revalidação da escala pelas características da amostra em que foi anteriormente validada de acordo com o proposto por Coutinho (2011).

ESTUDO DA FIDELIDADE

O SUCECS revelou, para a amostra em estudo e conforme se pode verificar na tabela 2.6., boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2005; Streiner & Norman, 2008), revelando um bom α de Cronbach para o total de 27 itens ($\alpha=0,861$). Apenas um dos itens (3) apresenta valores de α de Cronbach ligeiramente superior ao Alfa global. Não foi retirado, pois a sua exclusão não melhorava o valor global de α de Cronbach e considerou-se importante para o construto. Quanto aos valores de correlação de cada item com o total da escala, identificaram-se valores entre 0,305 e 0,680.

Tabela 2.6. - Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach dos itens com o total, sem o item da escala SUCECS

Item	r total sem o item	α sem o item
1 Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe toda a informação?	0,434	0,856

2	Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	0,463	0,855
3	Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como podiam ajudar quando necessitava)?	0,356	0,862
4	Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?	0,500	0,856
5	Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	0,586	0,851
6	Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	0,437	0,856
7	Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem e se necessário voltavam a repetir a informação?	0,420	0,856
8	Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)?	0,465	0,855
9	Os enfermeiros procuraram explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário fazê-los?	0,602	0,851
10	No CS, os enfermeiros preocuparam-se em informar sobre o funcionamento do CS (horários de atendimento, tipo de consultas, a localização das salas de enfermagem, de tratamentos, de vacinas...)?	0,680	0,846
11	No CS, os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente do CS?	0,602	0,849
12	No CS, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si (a quem se dirige quando lá vai e que mostra conhecer melhor a sua situação)?	0,406	0,861
13	Quando necessita, é fácil contactar com os enfermeiros dos CS (para marcar consulta, para lhe colocar as suas dúvidas)?	0,403	0,857
14	Os enfermeiros preocuparam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados?	0,394	0,858
15	Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	0,382	0,858
16	Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	0,356	0,859
17	Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	0,392	0,858
18	Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?	0,329	0,859
19	Sentiu que os enfermeiros o colocavam à vontade para pôr as suas dúvidas?	0,407	0,858
20	Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestavam?	0,305	0,859
21	Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais atualizados e bem informados?	0,385	0,859
22	Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido).	0,385	0,858
23	Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no CS	0,366	0,858
24	Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	0,501	0,856
25	Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	0,419	0,857
26	Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestavam os cuidados	0,410	0,858
27	Relativamente aos cuidados de enfermagem no CS	0,383	0,859
Alfa Total		0,861	

ESTUDO DA VALIDADE

Para o estudo da validade, concretamente, da sua validade interna, realizámos procedimentos de análise fatorial em componentes principais. No sentido de se maximizar

a saturação dos itens, procedemos à rotação ortogonal pelo método de Varimax, seguindo a metodologia da autora da validação para Portugal.

Para a amostra em estudo, os itens organizaram-se de forma a evidenciar-se uma matriz fatorial diferente da versão original, apesar de mantermos o mesmo número de itens e de fatores. Os itens organizaram-se distribuindo-se por 6 fatores, que explicam 60,7 % da variância Total (Tabela 2.7.).

Tabela 2.7. - Matriz de componentes principais após rotação Varimax, dos itens do SUCECS

Itens	Componentes Principais						Comunalidades
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	
1			0,691				0,620
2			0,739				0,748
6			0,645				0,605
7			0,657				0,605
8			0,670				0,495
9			0,721				0,587
3					0,752		0,571
4					0,887		0,686
5					0,829		0,634
10				0,782			0,640
11				0,810			0,637
12				0,768			0,561
13				0,606			0,377
14						0,914	0,763
15						0,91	0,762
16	0,686						0,541
17	0,769						0,607
18	0,743						0,593
19	0,814						0,682
20	0,790						0,591
21	0,796						0,689
22		0,612					0,526
23		0,634					0,444
24		0,750					0,569
25		0,745					0,539
26		0,739					0,611
27		0,773					0,710
% da variância Explicada	13,74 3	11,320	9,558	9,248	9,146	7,703	
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)							0,848
Teste De Esfericidade De Bartlett							351; $p < 0,000$

O valor de KMO de 0,848 revela que há uma boa correlação entre as variáveis, e o teste de Bartlett tendo associado um nível de significância $p < 0,001$ permite-nos inferir que as

variáveis estão significativamente correlacionadas, indicando-nos que a matriz fatorial obtida se adequa aos dados analisados (Pestana & Gageiro, 2005).

Na tabela 2.8. apresentam-se a constituição, numeração e Alfa de Cronbach de cada um dos fatores determinados. Verificamos que os valores de α de Cronbach revelam uma consistência interna razoável para alguns fatores e boa noutros (Freire & Almeida, 2008; Pestana & Gageiro, 2005).

Pelo facto de os itens se agruparem de forma distinta da versão original, foi necessário renomear os novos fatores encontrados em função do conteúdo dos mesmos. Identificaram-se, deste modo 6 fatores (tabela 2.8.), em que cada um avalia uma área da satisfação: individualização da educação para a Saúde, informação sobre Serviços e utilização pelo utente e família, promoção da acessibilidade, ambiente de cuidados, relação terapêutica e apreciação dos cuidados prestados.

Tabela 2.8.- Distribuição dos itens por fatores e respectivos Alfas de Cronbach da escala SUCECS

		Alfa
Individualização da Educação para a Saúde		0,758
1	Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe toda a informação?	
2	Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	
3	Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	
4	Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem e se necessário voltavam a repetir a informação?	
5	Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)?	
6	Os enfermeiros procuraram explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário fazê-los?	
Informação sobre Serviços e utilização pelo utente e família		0,762
7	Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como podiam ajudar quando necessitava)?	
8	Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?	
9	Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	

Tabela 2.8.- Distribuição dos itens por fatores e respectivos Alfas de Cronbach da escala SUCECS (continuação)

		Alfa
Promoção da acessibilidade		0,727
10	No CS, os enfermeiros preocuparam-se em informar sobre o funcionamento do CS (horários de atendimento, tipo de consultas, a localização das salas de enfermagem, de tratamentos, de vacinas...)?	
11	No CS, os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente do CS?	
12	No CS, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si (a quem se dirige quando lá vai e que mostra conhecer melhor a sua situação)?	
13	Quando necessita, é fácil contactar com os enfermeiros dos CS (para marcar consulta, para lhes colocar as suas dúvidas)?	
Ambiente de prestação de cuidados		0,806
14	Os enfermeiros preocuparam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados?	
15	Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	
Relação terapêutica		0,849
16	Sentiu que os enfermeiros o atenderam com simpatia?	
17	Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	
18	Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?	
19	Sentiu que os enfermeiros o colocavam à vontade para pôr as suas dúvidas?	
20	Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestavam?	
21	Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais atualizados e bem informados?	
Apreciação dos cuidados prestados		0,792
22	Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido).	
23	Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no CS.	
24	Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço).	
25	Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava.	
26	Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestavam os cuidados.	
27	Relativamente aos cuidados de enfermagem no CS.	

Relativamente à validade convergente-discriminante do item, podemos verificar pela tabela 2.9 que todos os itens apresentam uma correlação maior com o total do fator a que pertencem do que com o fator a que não pertencem. De salientar ainda que as diferenças nas correlações em todos os itens com o total do seu fator e as correlações com os totais dos outros fatores é superior a 0,1.

Tabela 2.9.- Correlação de Pearson entre os itens com o total do fator a que pertence e com o total da escala a que não pertence

Item	Relação Terapêutica	Apreciação dos cuidados prestados	Individualização da Educação para a Saúde	Promoção da acessibilidade	Informação sobre Serviços e utilização pelo utente e família	Ambiente de prestação de cuidados
16	,686**	,259**	,276**	,215**	,112	,200**
17	,769**	,367**	,350**	,162**	,092	,349**
18	,743**	,288**	,270**	,167**	,074	,183**
19	,814**	,417**	,349**	,164**	,070	,351**
20	,790**	,361**	,224**	,137*	,040	,229**
21	,796**	,376**	,302**	,182**	,104	,171**
22	,248**	,612**	,312**	,298**	,166**	,160**
23	,179**	,634**	,242**	,316**	,174**	,219**
24	,384**	,750**	,326**	,403**	,190**	,376**
25	,368**	,745**	,272**	,289**	,162**	,286**
26	,373**	,739**	,291**	,271**	,125*	,223**
27	,367**	,773**	,272**	,240**	,061	,263**
1	,318**	,309**	,691**	,208**	,225**	,251**
2	,304**	,287**	,739**	,194**	,265**	,389**
6	,257**	,325**	,645**	,263**	,240**	,202**
7	,309**	,329**	,657**	,252**	,162**	,263**
8	,145*	,202**	,670**	,434**	,356**	,187**
9	,285**	,269**	,721**	,490**	,401**	,407**
10	,245**	,351**	,550**	,782**	,505**	,316**
11	,149*	,275**	,415**	,810**	,506**	,225**
12	,082	,323**	,218**	,768**	,311**	,113
13	,200**	,359**	,258**	,606**	,233**	,189**
3	,074	,076	,241**	,343**	,752**	,045
4	,017	,182**	,362**	,443**	,887**	,095
5	,163**	,272**	,435**	,502**	,829**	,163**
14	,245**	,300**	,398**	,257**	,148*	,914**
15	,345**	,371**	,351**	,246**	,075	,916**

Como se pode verificar pelo exposto anteriormente, esta escala manteve os itens inicialmente propostos. Contudo, houve uma alteração relativa à organização da escala relativa aos fatores constituintes, decorrente da análise fatorial efetuada.

Face às características psicométricas identificadas, considera-se o instrumento, na sua versão revalidada, adequado para avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem na área da diabetes.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS: INSTRUMENTOS DE MEDIDA DIRIGIDOS AOS ENFERMEIROS

Considerando que os instrumentos de medida relativos aos enfermeiros foram construídos ou sofreram alterações no sentido da adaptação à população do presente estudo, de seguida, descrevem-se detalhadamente os resultados obtidos com a validação das escalas de medida, permitindo, estes dados a replicação do estudo bem como a comparação com outros estudos baseados nos mesmos pressupostos e metodologias (Pais Ribeiro, 2010).

2.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

A amostra constituída por 104 enfermeiros, apresenta uma média de idades de 41,3 anos (S.D.=8,1), sendo a idade máxima de 62 anos e a mínima de 29 anos.

Quanto às características socioprofissionais, os enfermeiros exercem a profissão em média há 17,7 anos (S.D.=7,8), tendo como experiência profissional mínima 3 e máxima 40 anos. Estes profissionais apresentam uma experiência profissional na área da diabetes de 12,4 anos em média (S.D.=7,5), com um mínimo de 1 ano de experiência e um máximo de 40 anos.

Quanto à formação a maioria dos enfermeiros é detentor do grau de licenciatura ou equivalente legal (56,7%), sendo o segundo maior grupo constituído por enfermeiros com pós-graduação ou especialidade (20,3%), seguido do grupo com bacharelato ou equivalente legal (11,5%), mestrado (9,6%) e doutoramento (1,9%).

Apresentam igual percentagem para a categoria profissional de enfermeiro e enfermeiro graduado (48,1%), apenas 3,8% apresenta a categoria profissional de enfermeiro especialista.

A maioria (39,4%) dos respondentes desenvolve funções numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 25% dos respondentes desenvolve a atividade numa

Unidade de Saúde Familiar e 35,6% dos respondentes respondeu “Outra”, sendo de apreender, que poderá desenvolver funções numa Unidade de Cuidados na Comunidade ou pertencer a uma unidade ainda não integrada em nenhuma das anteriormente referidas, não estando ainda organizada enquanto unidade funcional, considerando a reconfiguração dos cuidados de saúde primários consagrada no Decreto-Lei nº 28/2008 que cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

Os enfermeiros respondentes, em média desempenham funções na atual unidade há 9,4 anos (S.D.=8,4), com um mínimo de 2 meses e meio e máximo de 34 anos.

Relativamente à área da Diabetes e concretamente quanto à frequência de formação nesta área após início da carreira profissional, a maioria dos respondentes (60,6%) referiu ter frequentado, enquanto 39,4% referiu não ter frequentado qualquer formação nesta área desde que trabalha como enfermeiro.

2.2. ESTUDO DE REVALIDAÇÃO DA ESCALA THE PRACTICE ENVIRONMENT SCALE OF THE NURSING WORK INDEX (PES-NWI)

Dado que a escala apresentava alguns itens cuja terminologia se considerou ser inadequada para os cuidados de saúde primários, procedeu-se à sua adequação para os cuidados de saúde primários, com a devida autorização do autor da validação para a população portuguesa. Assim, submetemos a escala original a um painel de 5 peritos (considerando a adaptação dos critérios de Fehring, 1987) para que se manifestassem sobre a sua concordância relativamente a cada um dos itens e que efetuassem uma sugestão de alteração.

O painel de peritos foi constituído por enfermeiros, com mais de 10 anos de experiência profissional em Enfermagem no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, com o nível de mestre, publicações na área e conhecedores dos propósitos do estudo e da população em estudo.

Definimos que os itens com níveis de concordância superiores a 75% se mantinham (Chang, Gardner, Duffield, & Ramis, 2010). Quanto aos restantes, após análise de conteúdo das sugestões efetuadas, seriam alterados e submetidos a segunda ronda ao mesmo painel de peritos.

Na primeira ronda, apenas 2 itens obtiveram níveis de concordância de 100%, sendo vários os que apresentavam níveis inferiores a 50%. Após introduzirmos as alterações sugeridas e já na segunda ronda, os níveis de concordância subiram para todos os itens para 100% (excepto para o item 11 que ficou com 80% de concordância), revelando adequabilidade aos Cuidados de Saúde Primários, de acordo com o painel de peritos.

A escala na sua versão inicial e final após submetida a peritos em duas rondas no âmbito do presente estudo e com o propósito de adequação ao mesmo (no sentido da adequação aos Cuidados de Saúde Primários) apresenta-se no quadro 2.1. :

Quadro 2.1. - Conteúdo dos itens da PES-NWI na versão de Amaral, Ferreira, & Lake (2012) e na versão após adequação para CSP

Versão Original de Amaral, Ferreira, & Lake, (2012)	Versão após validação por painel de peritos
Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes.	A existência de serviços de apoio (não assistenciais) adequados permite-me ter o tempo necessário para a prestação de cuidados.
Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho.	Os médicos, os enfermeiros (e restante equipa multidisciplinar) têm boas relações de trabalho.
Existe uma equipa de supervisores que apoia os enfermeiros.	Existe uma equipa com funções de supervisão que apoia os enfermeiros.
Existem programas de desenvolvimento activo do pessoal ou programas de formação contínua para enfermeiros.	Existem programas de desenvolvimento profissional ou programas de formação contínua para enfermeiros.
Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira profissional.	Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira profissional.
Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna.	Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna.
Os supervisores utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica.	Os responsáveis pela supervisão utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica.
Tenho tempo suficiente e oportunidade para abordar os problemas relacionados com os cuidados dos doentes com outros enfermeiros.	Tenho tempo suficiente e oportunidade para discutir problemas relacionados com os cuidados aos utentes com outros enfermeiros.
Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes.	Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos utentes.
Tenho um enfermeiro chefe que é bom gestor e líder.	Tenho um enfermeiro com funções de chefia/coordenação que é bom gestor e líder.
O director de enfermagem está presente e é acessível ao pessoal.	O elemento com funções de direcção de enfermagem está presente e é acessível à equipa.
Os profissionais são suficientes para a realização das tarefas.	Os profissionais são suficientes face às necessidades de cuidados dos utentes.
Há valorização e reconhecimento pela boa realização de uma tarefa.	Há valorização e reconhecimento pela prestação de cuidados de qualidade.
A administração espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.	O órgão de gestão espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.
A direcção de enfermagem tem poder e autoridade semelhantes a outros executivos de topo a nível hospitalar.	Os elementos de enfermagem pertencentes aos órgãos de gestão têm tanto poder e autoridade quanto os restantes.
Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos.	O trabalho é desenvolvido em equipa entre enfermeiros, médicos (e restante equipa multidisciplinar).
São proporcionadas oportunidades de promoção.	São proporcionadas oportunidades de promoção/progressão.
Uma clara filosofia de enfermagem está presente no ambiente de prestação de cuidados aos doentes.	Existe uma clara filosofia inerente à conceção e prestação de cuidados de enfermagem.
Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico.	Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico.

Quadro 2.1. - Conteúdo dos itens da PES-NWI na versão de Amaral, Ferreira, & Lake (2012) e na versão após adequação para CSP (continuação)

Versão Original de Amaral, Ferreira, & Lake, (2012)	Versão após validação por painel de peritos
O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico.	O enfermeiro com funções de chefia/coordenação apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico (ou outro profissional).
A administração ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários.	O órgão de gestão (administração) ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários.
Existe um programa activo de garantia da qualidade	Existe um programa ativo (em vigor) de garantia da qualidade.
Os enfermeiros estão envolvidos na g interna do hospital (ex: comissões de práticas e de política).	Os enfermeiros estão envolvidos na gestão interna da unidade funcional a que pertencem (ex: comissões de práticas e de política interna).
Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos.	Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos.
Existe um programa com um orientador para enfermeiros recém-contratados.	Existe um programa de integração com um orientador para enfermeiros recém-contratados.
Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico.	Os cuidados de enfermagem são baseados em modelos de enfermagem e não num modelo biomédico.
Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares e de enfermagem.	Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões / grupos de trabalho.
Os supervisores de enfermagem consultam a equipa sobre os problemas e procedimentos diários.	Os elementos com funções de supervisão da equipa de enfermagem consultam os enfermeiros sobre problemas e procedimentos da sua prática.
Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os doentes.	Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os utentes.
A atribuição dos cuidados aos doentes promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro pode cuidar do mesmo doente de um dia para o outro.	A distribuição dos utentes pelos enfermeiros promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro cuida preferencialmente dos mesmos utentes.
Utilizam-se diagnósticos de enfermagem.	Utilizam-se diagnósticos de enfermagem.

Obtida a nova versão da escala, adequada aos cuidados de saúde primários, passou-se à determinação das suas características psicométricas e à sua revalidação.

ESTUDO DA FIDELIDADE

A versão PES adaptada para os cuidados de saúde primários, constituída por 31 itens, foi sujeita a análise da consistência interna, revelando uma boa consistência interna. No entanto, o item 1 apresentava valores de Alfa muito superiores ao Alfa global, pelo que foi excluído. Ao ser excluído, a escala constituída por 30 itens apresenta um valor de α de Cronbach de $\alpha=0,905$, tradutor de uma consistência interna muito boa (Streiner & Norman, 2008). Apresentando razoáveis (Pestana & Gageiro, 2005) valores de correlação de cada item com o total da escala entre 0,315 e 0,685 (Tabela 2.10.).

Tabela 2.10. - Correlação de Pearson dos itens que compõem a PES–NWI e Alfa de Cronbach dos itens com o total, sem o item

	Item	r total sem o item	α sem o item
2.	Os médicos, os enfermeiros (e restante equipa multidisciplinar) têm boas relações de trabalho.	0,428	0,903
3.	Existe uma equipa com funções de supervisão que apoia os enfermeiros.	0,614	0,900
4.	Existem programas de desenvolvimento profissional ou programas de formação contínua para enfermeiros.	0,345	0,905
5.	Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira profissional.	0,336	0,905
6.	Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna.	0,483	0,902
7.	Os responsáveis pela supervisão utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica.	0,479	0,902
8.	Tenho tempo suficiente e oportunidade para discutir problemas relacionados com os cuidados aos utentes com outros enfermeiros.	0,547	0,901
9.	Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos utentes.	0,435	0,903
10.	Tenho um enfermeiro com funções de chefia/coordenação que é bom gestor e líder.	0,350	0,904
11.	O elemento com funções de direção de enfermagem está presente e é acessível à equipa.	0,294	0,905
12.	Os profissionais são suficientes face às necessidades de cuidados dos utentes.	0,469	0,902
13.	Há valorização e reconhecimento pela prestação de cuidados de qualidade.	0,597	0,900
14.	O órgão de gestão espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.	0,345	0,904
15.	Os elementos de enfermagem pertencentes aos órgãos de gestão têm tanto poder e autoridade quanto os restantes.	0,440	0,903
16.	O trabalho é desenvolvido em equipa entre enfermeiros, médicos (e restante equipa multidisciplinar).	0,493	0,902
17.	São proporcionadas oportunidades de promoção/progressão.	0,402	0,903
18.	Existe uma clara filosofia inerente à conceção e prestação de cuidados de enfermagem.	0,516	0,902
19.	Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico.	0,315	0,905
20.	O enfermeiro com funções de chefia/coordenação apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico (ou outro profissional).	0,468	0,902
21.	O órgão de gestão (administração) ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários.	0,680	0,899
22.	Existe um programa ativo (em vigor) de garantia da qualidade.	0,685	0,899
23.	Os enfermeiros estão envolvidos na gestão interna da unidade funcional a que pertencem (ex: comissões de práticas e de política interna).	0,610	0,900
24.	Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos.	0,479	0,902
25.	Existe um programa de integração com um orientador para enfermeiros recém-contratados.	0,473	0,902
26.	Os cuidados de enfermagem são baseados em modelos de enfermagem e não num modelo biomédico.	0,514	0,902
27.	Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões / grupos de trabalho.	0,511	0,902
28.	Os elementos com funções de supervisão da equipa de enfermagem consultam os enfermeiros sobre problemas e procedimentos da sua prática.	0,553	0,901
29.	Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os utentes.	0,453	0,903
30.	A distribuição dos utentes pelos enfermeiros promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro cuida preferencialmente dos mesmos utentes.	0,428	0,903
31.	Utilizam-se diagnósticos de enfermagem.	0,375	0,904
Alfa Global		0,905	

ESTUDO DA VALIDADE

Para o estudo da validade, concretamente, da sua validade interna realizámos procedimentos de análise factorial em componentes principais, com rotação Varimax, utilizando os mesmos critérios para a retenção de fatores que os autores da versão original

(Lake, 2002) e da versão portuguesa (Amaral, Ferreira, & Lake, 2012). Após a análise referida verificámos que a composição dos fatores se apresentou diferente do original, passando de seguida a apresentar a análise efetuada.

Na análise através da matriz de componentes principais, consideraram-se apenas cargas fatoriais acima de 0,30, de acordo com o proposto por Almeida e Freire (2007), pelo que houve necessidade de reagrupar os itens por fatores distintos, conforme tabela 2.11.

Considerando o construto em análise, renomeámos os fatores obtidos. O fator “*Supervisão de Cuidados*” inclui a existência da função de supervisão clínica (focada nos cuidados prestados) e a supervisão enquanto garante da qualidade dos cuidados prestados, através de várias medidas associadas; o fator “*organização inter e intradisciplinar*” refere-se à organização do trabalho em equipa (dentro da equipa de enfermagem e entre a equipa multidisciplinar); o terceiro fator “*valorização e desenvolvimento profissional*” refere-se à participação dos enfermeiros em grupos e órgãos da entidade à qual pertencem e à possibilidade de progressão e desenvolvimento profissional, o fator “*estilos de liderança*” remete para os estilos e formas de liderança desenvolvidos pelo líder da equipa de enfermagem sobre a mesma, a “*adequação de recursos*” reporta-se à adequação de recursos humanos no sentido de dar resposta às necessidades e aos padrões de qualidade.

Tabela 2.11. - Matriz de componentes principais após rotação Varimax dos 30 itens do PES–NWI

Itens	Fatores					
	a)	b)	c)	d)	e)	f)
2. Os médicos, os enfermeiros (e restante equipa multidisciplinar) têm boas relações de trabalho.		,626				,422
3. Existe uma equipa com funções de supervisão que apoia os enfermeiros.	,468					,532
4.Existem programas de desenvolvimento profissional ou programas de formação contínua para enfermeiros.			,613			,548
5.Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira profissional.			,783			,621
6.Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna.			,680			,551
7.Os responsáveis pela supervisão utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica.	,449					,422
8.Tenho tempo suficiente e oportunidade para discutir problemas relacionados com os cuidados aos utentes com outros enfermeiros.	,465					,383
9.Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos utentes.					,869	,823
10.Tenho um enfermeiro com funções de chefia/coordenação que é bom gestor e líder.				,830		,728
11.O elemento com funções de direção de enfermagem está presente e é acessível à equipa.				,809		,694
12.Os profissionais são suficientes face às necessidades de cuidados dos utentes.					,902	,896
13.Há valorização e reconhecimento pela prestação de cuidados de qualidade.	,600					,576
14.O órgão de gestão espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.	,346					,267
15.Os elementos de enfermagem pertencentes aos órgãos de gestão têm tanto poder e autoridade quanto os restantes.	,526					,454
16.O trabalho é desenvolvido em equipa entre enfermeiros, médicos (e restante equipa multidisciplinar).		,679				,523
17.São proporcionadas oportunidades de promoção/progressão.			,717			,613
18.Existe uma clara filosofia inerente à conceção e prestação de cuidados de enfermagem.	,617					,440
19.Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico.	,577					,537
20.O enfermeiro com funções de chefia/coordenação apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico (ou outro profissional).				,540		,492
21.O órgão de gestão (administração) ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários.			,432			,614
22.Existe um programa ativo (em vigor) de garantia da qualidade.	,572					,570
23.Os enfermeiros estão envolvidos na gestão interna da unidade funcional a que pertença (ex: comissões de práticas e de política interna).			,327			,518
24.Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos.		,621				,471
25.Existe um programa de integração com um orientador para enfermeiros recém-contratados.	,670					,493
26.Os cuidados de enfermagem são baseados em modelos de enfermagem e não num modelo biomédico.	,489					,369
27.Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões / grupos de trabalho.			,327			,395
28.Os elementos com funções de supervisão da equipa de enfermagem consultam os enfermeiros sobre problemas e procedimentos da sua prática.				,541		,595

Tabela 2.11. - Matriz de componentes principais após rotação Varimax dos 30 itens do PES–NWI (continuação)

	a)	b)	c)	d)	e)	f)
29.Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os utentes.	,477					,355
30.A distribuição dos utentes pelos enfermeiros promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro cuida preferencialmente dos mesmos utentes.		,775				,610
31.Utilizam-se diagnósticos de enfermagem.	,387					,547
% da variância Explicada	14,00	12,67	10,97	8,45	7,43	
Total da Variância Explicada	53,54					

a) Supervisão de cuidados; b) Organização inter e intra disciplinar; c) Valorização e Desenvolvimento Profissional; d) Estilos de Liderança; e) Adequação de recursos; f) Comunalidades

O valor de KMO de 0,797 revela que há uma boa correlação entre as variáveis, e o teste de Bartlett (1407,494), tendo associado um nível de significância $p < 0,001$, permite-nos inferir que as variáveis estão significativamente correlacionadas, indicando-nos que a matriz fatorial obtida se adequa aos dados analisados (Pestana & Gageiro, 2005).

Relativamente à **validade convergente-discriminante do item**, podemos verificar pela tabela 2.12. que todos os itens apresentam uma correlação maior com o total do fator a que pertencem do que com o fator a que não pertencem. De salientar ainda que as diferenças nas correlações em todos os itens com o total do seu fator e as correlações com os totais dos outros fatores é superior a 0,1.

Tabela 2.12. - Correlação de Person entre os itens com o total da escala a que pertence e com o total da escala (PES–NWI) a que não pertence

Item	a)	b)	c)	d)	e)
3	,667**	,373**	,194*	,491**	,462**
7	,574**	,268**	,110	,303**	,392**
8	,618**	,392**	,300**	,328**	,343**
13	,667**	,239*	,342**	,241*	,539**
14	,464**	,310**	,128	,295**	,162
15	,555**	,219*	,343**	,155	,431**
18	,640**	,332**	,217*	,231*	,373**
19	,518**	,220*	,196*	,277**	,134
22	,745**	,367**	,295**	,381**	,558**
25	,653**	,220*	,143	,234*	,388**
26	,582**	,387**	,221*	,283**	,406**
29	,622**	,245*	,116	,198*	,376**
31	,503**	,432**	,158	,211*	,161
2	,390**	,743**	,193	,252**	,244*
16	,400**	,787**	,292**	,318**	,318**
24	,394**	,712**	,250*	,346**	,255**
30	,365**	,775**	,239*	,236*	,320**
9	,315**	,279**	,948**	,227*	,348**
12	,345**	,332**	,952**	,183	,393**
10	,309**	,241*	,096	,821**	,122
11	,209*	,110	,178	,764**	,123
20	,412**	,324**	,093	,723**	,256**
28	,474**	,471**	,292**	,712**	,343**
4	,279**	,223*	,175	-,045	,642**
5	,247*	,102	,147	,074	,685**

Tabela 2.12. - Correlação de Person entre os itens com o total da escala a que pertence e com o total da escala (PES–NWI) a que não pertence (continuação)

Item	a)	b)	c)	d)	e)
6	,439**	,227*	,256**	,147	,705**
17	,364**	,089	,240*	,161	,706**
21	,591**	,355**	,414**	,407**	,679**
23	,537**	,441**	,379**	,259**	,671**
27	,421**	,367**	,246*	,338**	,612**

a) Supervisão de cuidados;b) Organização inter e intra disciplinar; c)Adequação de recursos; d) Estilos de Liderança;e) Valorização e Desenvolvimento Profissional

À semelhança dos autores originais, testámos a hipótese de que a um melhor nível de satisfação profissional medido através da escala “*Barton’s Job Satisfaction Scale*” corresponde melhor pontuação da PES.

Como podemos analisar na tabela 2.13., existem correlações baixas mas significativas entre o total da PES e 4 dos seus factores com a satisfação profissional. Exceptuam-se os factores “Adequação dos recursos” e “Estilos de Liderança” em que esta relação não é significativa.

De salientar ainda que o total da escala PES apresenta correlações positivas entre baixas a moderadas mas significativas com todos os seus factores.

Tabela 2.13. - Matriz de correlações de Pearson (r) entre o total da PES–NWI e seus factores com o total da satisfação (n=104)

	Total da “ <i>Barton’s Job Satisfaction Scale</i> ”	Adequação de recursos	Estilos de Liderança	Supervisão de cuidados	Organização inter e intra disciplinar	Valorização e Desenvolvimento Profissional	Total da PES
Total da “ <i>Barton’s Job Satisfaction Scale</i> ”	1	,096	,100	,255**	,228*	,230*	,271**
Adequação de recursos	,096	1	,215*	,348**	,322**	,390**	,525**
Estilos de Liderança	,100	,215*	1	,461**	,375**	,276**	,597**
Supervisão de cuidados	,255**	,348**	,461**	1	,509**	,606**	,910**
Organização inter e intra disciplinar	,228*	,322**	,375**	,509**	1	,381**	,662**
Valorização e Desenvolvimento Profissional	,230*	,390**	,276**	,606**	,381**	1	,791**
Total da PES	,271**	,525**	,597**	,910**	,662**	,791**	1

A tabela 2.14. apresenta os resultados do Alfa de Cronbach de cada um dos fatores. Como podemos verificar, os seus valores oscilam entre 0,740 e 0,908.

Tabela 2.14. - Valores de Alfa de Cronbach e número de itens por fator da PES-NWI

	Alfa
Organização inter e intra disciplinar	
	0,740
1	Os médicos, os enfermeiros (e restante equipa multidisciplinar) têm boas relações de trabalho.
2	O trabalho é desenvolvido em equipa entre enfermeiros, médicos (e restante equipa multidisciplinar).
3	Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos.
4	A distribuição dos utentes pelos enfermeiros promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro cuida preferencialmente dos mesmos utentes.
Supervisão de cuidados	
	0,845
5	Existe uma equipa com funções de supervisão que apoia os enfermeiros.
6	Os responsáveis pela supervisão utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica.
7	Tenho tempo suficiente e oportunidade para discutir problemas relacionados com os cuidados aos utentes com outros enfermeiros.
8	Há valorização e reconhecimento pela prestação de cuidados de qualidade.
9	O órgão de gestão espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.
10	Os elementos de enfermagem pertencentes aos órgãos de gestão têm tanto poder e autoridade quanto os restantes.
11	Existe uma clara filosofia inerente à conceção e prestação de cuidados de enfermagem.
12	Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico.
13	Existe um programa ativo (em vigor) de garantia da qualidade.
14	Existe um programa de integração com um orientador para enfermeiros recém-contratados
15	Os cuidados de enfermagem são baseados em modelos de enfermagem e não num modelo biomédico.
16	Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os utentes.
17	Utilizam-se diagnósticos de enfermagem.
Valorização e Desenvolvimento Profissional	
	0,876
18	Existem programas de desenvolvimento profissional ou programas de formação contínua para enfermeiros.
19	Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira profissional.
20	Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna.
21	São proporcionadas oportunidades de promoção/progressão.
22	O órgão de gestão (administração) ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários.
23	Os enfermeiros estão envolvidos na gestão interna da unidade funcional a que pertencem (ex: comissões de práticas e de política interna).
24	Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões/grupos de trabalho.
Estilos de Liderança	
	0,750
25	Tenho um enfermeiro com funções de chefia/coordenação que é bom gestor e líder.
26	O elemento com funções de direção de enfermagem está presente e é acessível à equipa.
27	O enfermeiro com funções de chefia/coordenação apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico (ou outro profissional).
28	Os elementos com funções de supervisão da equipa de enfermagem consultam os enfermeiros sobre problemas e procedimentos da sua prática.
Adequação de recursos	
	0,908
29	Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos utentes.
30	Os profissionais são suficientes face às necessidades de cuidados dos utentes.

2.3. PROCESSO DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA AO UTENTE COM DIABETES

No sentido da avaliação desta área, foram construídas e validadas as duas escalas: a PETCD e ETCA.

Relativamente ao processo de construção das duas escalas, este foi precedido por uma revisão da literatura desenvolvida com a finalidade de identificar as variáveis importantes para este construto.

No que concerne às fontes bibliográficas optou-se apenas por fontes contemporâneas e em vigor, procurando-se documentos oficiais acedidos em *sites credíveis*² relacionados com a Diabetes e que apresentassem *guidelines* específicas na área da educação da pessoa com Diabetes de âmbito geral ou aplicável aos cuidados de enfermagem, sem acesso restrito a membros das referidas entidades. Com este propósito, pesquisou-se nas páginas de associações na área da Diabetes e de entidades oficiais da área da saúde, inserindo-se os termos-chave de pesquisa “*Guidelines*” and “*Diabetes*” and “*Education*”, com o propósito de nos serem elencados os documentos das referidas entidades com conteúdos publicados que respondessem à questão que colocámos.

Dado que o objetivo foi identificar orientações para a prática da educação na área da Diabetes, seleccionámos *guidelines* de âmbito geral, aplicáveis a qualquer educador na área da diabetes ou *guidelines* específicas para a área de enfermagem. Pela estratégia de pesquisa adotada, não foram identificadas *guidelines* específicas para a área de Enfermagem, sendo a maioria das *guidelines* para aplicação pelos diversos profissionais responsáveis por prestar cuidados na área da Diabetes, concretamente designados por educadores na área da diabetes.

A evidência indica que os enfermeiros desempenham um papel importante na área da educação terapêutica aos utentes com diabetes, assim, considerou-se que as *guidelines* identificadas, embora não sendo específicas para as intervenções dos enfermeiros, se aplicavam como diretrizes à sua prática enquanto educadores na área da Diabetes.

²Entende-se por sites credíveis o conjunto de páginas web, disponíveis normalmente pelo protocolo HTTP na Internet pertencentes a grandes organismos relacionados com a área em estudo (Diabetes) que demonstram verdade, segurança e credibilidade científica dos seus conteúdos.

Foram incluídas no estudo *guidelines* dos últimos 5 anos (2008-2012) que indicassem os estudos em que se basearam para que pudessem ser consultados para clarificação de alguns conteúdos ou conceitos.

Efetuiu-se uma análise de conteúdo das referidas *guidelines* com vista à identificação das categorias de recomendação relativas à educação na área da Diabetes.

Para proceder ao tratamento dos dados obtidos utilizámos a análise de conteúdo, uma vez que pretendíamos a utilização de uma técnica de análise das comunicações visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objectivos indicadores agregadores dessas mensagens (Bardin, 2009).

A identificação e classificação das unidades foram desenvolvidas com o objetivo de examinar as unidades para encontrar componentes temáticos que nos permitam classificá-las em “categorias” fazendo assim a “categorização” e a “codificação”, com o intuito de reduzir os dados (Flores, 1994).

De acordo com os critérios de inclusão, as *guidelines* que obtivemos e que se constituem enquanto dados para posterior análise são as constantes do quadro 2.2., que descreve as características contextuais da *guideline* com vista a um melhor enquadramento e entendimento da análise efetuada.

Quadro 2.2. - *Guidelines* selecionadas para extração das variáveis relevantes no âmbito da educação terapêutica.

Título da <i>Guideline</i>	Ano da <i>Guideline</i>	País	Entidade responsável pela <i>guideline</i>	Endereço eletrónico
Type 2 diabetes - The management of type 2 diabetes	2008	Reino Unido	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG66NICEGuideline.pdf
Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada	2008	Canadá	Canadian Diabetes Association	http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf
Guidelines for the Practice of Diabetes Education - AADE Guidelines for the Practice of Diabetes Self-Management Education and Training (DSME/T)	2011	Estados Unidos da América	American Association of Diabetes Educators (AADE)	http://www.diabeteseducator.org/export/sites/aade/_resources/pdf/general/PracticeGuidelines2011.pdf
National Evidence Based Guideline for Patient Education in Type 2 Diabetes	2009	Austrália	Australian Government: National Health and Medical Research Council	http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/di16_diabetes_patient_education.pdf

Após a análise de conteúdo das *guidelines*, organizámos os resultados obtidos por unidades de registo, tal como constante no quadro 2.3., incluídas, posteriormente sob a forma de variáveis, nos instrumentos construídos.

Quadro 2.3. - Resultados da análise de conteúdo às *guidelines* selecionadas

Categoria	Subcategorias	Unidade de registo/Variáveis
Processo	Prática de cuidados centrados no cliente	Definição de metas
		Estabelecimento do plano terapêutico
		Elementos envolvidos no plano terapêutico
		Adaptação cultural, etária e a outras especificidades da população/ Educação estruturada com base na avaliação de necessidades
		Aplicação dos resultados na reformulação do plano terapêutico individual
		Participação do utente na tomada de decisões
		Informação ao utente de que a educação estruturada faz parte dos cuidados integrais na área da diabetes
		Apoio dado à família
	Formas de Comunicação	Tipo de educação (grupal/individual/mista)
		Uso de meios informáticos
	Plano/currículo de educação estruturado	Mobilização de Teorias e modelos
		Seguimento do atendimento por um currículo estruturado
		Dimensão dos grupos
		Oferta de apoio continuado
		Duração do programa
		Duração de cada sessão
		Ensino relativo aos comportamentos de autocuidado

As *guidelines* selecionadas permitiram identificar as variáveis do processo relativas às intervenções identificadas como sendo relevantes por estarem associadas aos resultados requeridos na área da diabetes.

Numa destas *guidelines* (AADE, 2011) foram identificadas intervenções recomendadas de forma consensual por várias entidades, focadas nos comportamentos de autocuidado. Uma vez que o autocuidado é uma área de resultado relevante no âmbito do trabalho em que se insere esta componente de análise do processo, decidimos incluir estas variáveis no âmbito da análise da educação terapêutica desenvolvida pelos enfermeiros focada nos diversos autocuidados.

Após a construção do instrumento que avalia o processo de educação terapêutica, com o objetivo de verificar a adequação das perguntas, das escalas de resposta e do instrumento, este foi submetido a um grupo de 5 peritos.

Para a constituição deste grupo de peritos, consideraram-se os critérios preconizados na literatura, tendo efetuado a adaptação dos critérios de Fehring (1987), tendo o grupo de

enfermeiros selecionados experiência de atendimento na área da diabetes de pelo menos 5 anos, com grau de mestre em enfermagem e com publicações na área.

Assim, cada perito foi informado sobre o propósito do questionário e a população a quem se dirigia, bem como a forma de aplicação do mesmo. Para cada questão colocada, o perito tinha de se pronunciar sobre a adequação e perceptibilidade da mesma. No final do questionário era solicitado ao perito para deixar sugestões e opinião sobre o questionário como um todo.

As questões às quais se obteve uma concordância superior a 75% mantiveram-se (Chang, Gardner, Duffield, & Ramis, 2010) , nas restantes alterou-se conforme as sugestões e enviou-se novamente numa segunda ronda o questionário com as alterações sugeridas, pedindo aos peritos que se pronunciassem sobre a adequação e perceptibilidade novamente. Nesta segunda ronda verificou-se uma concordância superior a 75% para as questões em análise.

De seguida, apresentamos a validação psicométrica das duas escalas que resultaram e que se constituíram como instrumentos para a avaliação da educação terapêutica. Os dados relativos às questões da primeira parte (questões de resposta fechada e dicotómica “sim” ou “não” e de resposta direta/fechada) encontram-se descritos no capítulo relativo ao estudo descritivo das intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros no âmbito da educação terapêutica (dimensão processo).

Face à revisão da literatura efetuada, considerámos ser adequado o desenvolvimento e aplicação das duas escalas que medem construtos distintos, que se identificaram como sendo essenciais na área da educação terapêutica ao utente com diabetes tipo2: uma escala é composta por vários indicadores que caracterizam, de forma geral, o processo de intervenção no âmbito da educação terapêutica; a outra escala especifica as intervenções focadas em cada área de autocuidado.

Passamos a descrever o processo de validação das referidas escalas.

2.3.1. ESTUDO DE VALIDAÇÃO DA ESCALA “PROCESSO DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA AO CLIENTE COM DIABETES” (PETCD)

A primeira escala desenvolvida é composta por vários indicadores que caracterizam, de forma geral, o processo de intervenção no âmbito da educação terapêutica. Passamos a apresentar o processo de validação das suas características psicométricas.

ESTUDO DA FIDELIDADE

O estudo da fidelidade foi realizado através da determinação do coeficiente de Alfa de Cronbach (α), conforme proposto por Coutinho (2011), Fortin (2006), Pestana e Gageiro (2005).

Assim, para a escala “PETCD” para cada dimensão avaliámos o α , conforme a tabela 2.15. O instrumento apresentou para as várias dimensões, valores de α entre 0,6720 e 0,834 revelando razoável/boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2005; Pais Ribeiro, 2010).

Verificamos correlações corrigidas de cada item com o total da dimensão entre 0,476 e 0,740 reveladores de uma correlação moderada a alta (Pestana & Gageiro, 2005), pelo que de acordo com Streiner e Norman (2008) não foi eliminado nenhum item pelo facto de a correlação em nenhum dos casos ser menor que 0,2.

Quanto ao efeito de cada variável na consistência interna, que nos é indicada pelo α sem o item, verificámos que o item 5 apresenta valores de α ligeiramente superiores ao Alfa global, no entanto, como consideramos ser essencial para o construto em análise e pelo facto de o α global não melhorar com a sua exclusão, decidimos manter este item.

Tabela 2.15.- Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach dos itens com o total da sua dimensão da escala multidimensional PETCD

	Item	r total sem o item/	α sem o item
Colheita de Dados			
1	Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária ao utente	,614	,798
2	Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos membros da família	,740	,764
3	Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos membros da rede de suporte social	,670	,780
4	Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos registos médicos existentes	,629	,793
5	Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos profissionais de saúde de referência (ex.nutricionistas, podologistas...)	,505	,834
Allfa Total			,828
Avaliação			
10	Avaliação objetiva relativa aos comportamentos de autocuidado no início do processo terapêutico.	,715	-
11	Avaliação objetiva dos resultados relativos aos comportamentos de autocuidado em intervalos regulares.	,715	-
Allfa Total			,833
Cuidados Centrados no Cliente			
7	Estabelecimento do plano terapêutico em conjunto com o utente	,561	,694
8	A educação terapêutica desenvolvida é estruturada seguindo um currículo/plano pré-definido	,476	,748
17	Desenvolvimento e implementação de estratégias distintas conforme o nível de instrução/capacidade demonstrada	,599	,670
18	A educação é efetuada com base na avaliação de necessidades e problemas identificados	,591	,680
Allfa Total			,755
Continuidade de Cuidados			
21	Apoio continuado com a frequência considerada necessária pelo utente	,507	-
26	Apoio à pessoa cuidadora/família com vista à aquisição e desenvolvimento de competências na área da diabetes	,507	-
Allfa Total			,672

VALIDADE DE CONSTRUCTO

Para verificarmos se cada dimensão era constituída por um ou mais factores, realizámos procedimentos de análise fatorial em componentes principais em todas as subescalas/dimensões. No sentido de se maximizar a saturação dos itens, procedemos à rotação ortogonal pelo método de Varimax.

Após a realização de análises factoriais às duas dimensões, com mais de 2 itens, verificamos que para as dimensões, os itens agrupam-se apenas num fator.

Pelos dados apresentados na tabela 2.16. constata-se que os valores de KMO resultantes de 0,803 e 0,647 (Bartlett $p < 0,001$) nas dimensões avaliadas é revelador de correlações razoáveis entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2005).

Tabela 2.16. - Matriz de componentes principais após rotação Varimax, dos itens de cada dimensão da escala multidimensional PETCD

	Item	Fatores Principais	Comunalidades
Colheita de Dados			
1	Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária ao utente	,768	,589
2	Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos membros da família	,858	,736
3	Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos membros da rede de suporte social	,811	,657
4	Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos registos médicos existentes	,778	,605
5	Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos profissionais de saúde de referência (ex.nutricionistas, podologistas...)	,658	,433
% da variância Explicada			60,412
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)			,803
Teste De Esfericidade De Bartlett			199,772; p< 0,0001
Avaliação			
10	Avaliação objetiva relativa aos comportamentos de autocuidado no início do processo terapêutico.	-	-
11	Avaliação objetiva dos resultados relativos aos comportamentos de autocuidado em intervalos regulares.	-	-
% da variância Explicada			-
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)			-
Teste De Esfericidade De Bartlett			-
Cuidados Centrados no Cliente			
7	Estabelecimento do plano terapêutico em conjunto com o utente	,744	,553
8	A educação terapêutica desenvolvida é estruturada seguindo um currículo/plano pré-definido	,684	,468
17	Desenvolvimento e implementação de estratégias distintas conforme o nível de instrução/capacidade demonstrada	,820	,672
18	A educação é efetuada com base na avaliação de necessidades e problemas identificados	,802	,644
% da variância Explicada			54,434
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)			,647
Teste De Esfericidade De Bartlett			129,614; p< ,0001
Continuidade de Cuidados			
21	Apoio continuado com a frequência considerada necessária pelo utente	-	-
26	Apoio à pessoa cuidadora/família com vista à aquisição e desenvolvimento de competências na área da diabetes	-	-
% da variância Explicada			-
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)			-
Teste De Esfericidade De Bartlett			-

Relativamente à **validade convergente-discriminante do item** podemos verificar pela tabela 2.17. que todos os itens apresentam uma correlação maior com o total do fator a que pertencem do que com o fator a que não pertencem. De salientar ainda que as diferenças nas correlações em todos os itens com o total do seu fator e as correlações com os totais dos outros fatores é superior a 0,1, o que revela que a organização da escala com

a distribuição dos itens tal como previsto, se revelou adequada e válida no que respeita às características psicométricas (Pestana & Gageiro, 2005).

Tabela 2.17. - Correlação de Person entre os itens com o total da escala a que pertence e com o total da escala PETCD a que não pertence

Itens	Colheita de Dados	Avaliação	Cuidados Centrados no Cliente	Continuidade de Cuidados
Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária ao utente	,751**	,536**	,509**	,342**
Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos membros da família	,839**	,551**	,500**	,506**
Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos membros da rede de suporte social	,805**	,344**	,406**	,315**
Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos registos médicos existentes	,770**	,504**	,515**	,384**
Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos profissionais de saúde de referência (ex.nutricionistas, podologistas...)	,708**	,278**	,336**	,301**
Avaliação objetiva relativa aos comportamentos de autocuidado no início do processo terapêutico.	,462**	,920**	,552**	,443**
Avaliação objetiva dos resultados relativos aos comportamentos de autocuidado em intervalos regulares.	,574**	,931**	,636**	,518**
Estabelecimento do plano terapêutico em conjunto com o utente	,495**	,467**	,752**	,359**
A educação terapêutica desenvolvida é estruturada seguindo um currículo/plano pré-definido	,391**	,495**	,738**	,336**
Desenvolvimento e implementação de estratégias distintas conforme o nível de instrução/capacidade demonstrada	,468**	,451**	,793**	,519**
A educação é efetuada com base na avaliação de necessidades e problemas identificados	,421**	,551**	,768**	,657**
Apoio continuado com a frequência considerada necessária pelo utente	,349**	,448**	,506**	,857**
Apoio à pessoa cuidadora/família com vista à aquisição e desenvolvimento de competências na área da diabetes	,469**	,456**	,544**	,879**

2.3.2. ESTUDO DE VALIDAÇÃO DA ESCALA “EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA RELATIVA AOS COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO” (ETCA)

A outra escala desenvolvida para avaliar as intervenções no âmbito da educação terapêutica especifica as intervenções focadas em cada área de autocuidado. Apresentamos a sua validação quanto às características psicométricas.

ESTUDO DA FIDELIDADE

O estudo da fidelidade foi realizado através da determinação do coeficiente de Alfa de Cronbach (α), conforme proposto por Coutinho (2011), Fortin (2006) e Pestana e Gageiro (2005).

Quanto ao efeito de cada variável na consistência interna do fator, que nos é indicada pelo α sem o item, verificámos que os itens 7,13,16 e 29 (conforme tabela 2.18.) apresentavam valores de α superiores ao valor de α global, pelo que foram removidos, apresentando, posteriormente um valor de α global superior. Quanto aos itens 8, 15 e 21, embora apresentassem valores de α superiores, ao nível das centésimas, ao valor de α global, como consideramos serem essenciais para o construto em análise e pelo facto de o α global não melhorar com a sua exclusão, decidimos manter estes itens.

Assim, para a escala “ETCA” para cada dimensão avaliámos o α , conforme a tabela 2.18., tendo o instrumento apresentado para as várias dimensões valores de α entre 0,768 e 0,933, revelando razoável/boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2005).

Verificamos correlações corrigidas de cada item com o total da sua dimensão entre 0,391 e 0,834, variando entre uma correlação moderada a alta (Pestana & Gageiro, 2005), valores considerados bons de acordo com Streiner e Norman (2008).

Tabela 2.18. - Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach dos itens com o total da sua dimensão da escala multidimensional ETCA

Item	r total sem o item/	α sem o item
Alimentação: ensinar as pessoas sobre...		
1 O efeito dos alimentos sobre a glicemia	,469	,751
2 Fontes de hidratos de carbono, gordura e proteínas	,485	,742
3 Fazer escolhas alimentares saudáveis	,517	,742
4 Ajustar o tamanho das porções	,614	,721
5 Ler os rótulos	,662	,698
6 Contar hidratos de carbono	,481	,745
8 Preparar refeições	,416	,776
Alfa Total		,768
Manter-se ativo: ensinar as pessoas sobre...		
9 Analisar barreiras (físicas, ambientais, psicológicas e de tempo)	,670	.
10 Desenvolver um plano de atividade apropriada que pondera a alimentação e medicação face ao nível de atividade	,670	.
Alfa Total		,802
Monitorização: ensinar as pessoas sobre...		
11 Instruir os pacientes sobre a escolha e seleção do equipamento de monitorização da glicemia	,565	,699
12 Horas e frequência de avaliação da glicemia	,618	,705
14 Interpretação e uso dos valores obtidos	,581	,708
15 Ensinar a avaliar regularmente a pressão sanguínea	,391	,779
17 Ensinar a verificar regularmente o peso	,622	,677
Alfa Total		,758
Toma de Medicação: ensinar as pessoas sobre...		
18 Ensinar relativamente a cada medicação: a sua ação, efeitos secundários, eficácia, toxicidade.	,711	,785
19 Ensinar relativamente a cada medicação: dosagem prescrita, hora e frequência de administração.	,704	,788
20 Ensinar relativamente a cada medicação: efeito de omissão ou atraso das tomas	,757	,767
21 Ensinar relativamente a cada medicação: instruções sobre administração, armazenamento, viagens e segurança.	,547	,851
Alfa Total		,842
Resolução de problemas e coping saudável: ensinar as pessoas sobre...		
22 Analisar dificuldades físicas	,730	,926
23 Analisar dificuldades emocionais	,834	,920
24 Analisar dificuldades cognitivas	,802	,922
25 Analisar dificuldades financeiras	,756	,925
26 Fomentar o desenvolvimento de estratégias de coping	,691	,929
35 Identificar a motivação do paciente para a mudança comportamental	,767	,924
36 Ajudar o paciente a alcançar objetivos alcançáveis	,607	,934
37 Analisar dificuldades e fomentar o desenvolvimento de competências de coping	,790	,923
38 Avaliar os pacientes quanto ao seu estado emocional	,802	,922
Alfa Total		,933
Redução de riscos: ensinar as pessoas sobre...		
27 Ensinar sobre recomendações terapêuticas com vista à diminuição de riscos	,699	,795
28 Estabelecer objetivos com vista à diminuição de riscos	,645	,803
30 Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à cessação tabágica	,523	,829
31 Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à inspeção dos pés	,496	,825
32 Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à monitorização da pressão sanguínea	,584	,816
33 Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à auto-monitorização da glicemia	,609	,812
34 Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à manutenção dos cuidados pessoais ao melhor nível possível	,643	,803
Alfa Total		,834

VALIDADE DE CONSTRUCTO

Para o estudo da validade, concretamente, da sua validade interna realizámos procedimentos de análise fatorial em componentes principais em todas as subescalas/dimensões. No sentido de se maximizar a saturação dos itens, procedemos à rotação ortogonal pelo método de Varimax.

Após sucessivas análises optámos por uma estrutura factorial de componentes principais, segundo a regra de *Kaiser – Meyer-Olkin*, cargas factoriais iguais ou superiores a 0,30 e de interpretabilidade/significado. Verificámos se as cargas factoriais eram superiores a 0,50, ou seja responsáveis por pelo menos 25% da variância (Pestana & Gageiro, 2005). De acordo com esta análise revelou-se que para todas as dimensões os itens agrupam-se apenas num fator, excepto a dimensão “Resolução de Problemas e Coping Saudável” que se agrupa em 2 factores: a resolução de problemas e o *coping* saudável.

De salientar igualmente que tendo presente o valor de KMO de todas as dimensões, que é superior a 0,7, de acordo com os dados da tabela 2.19. considerando a significância do teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,001$) podemos afirmar que estamos perante uma boa análise fatorial (Pestana & Gageiro, 2005) em que todas as variáveis se correlacionam significativamente em todas as dimensões.

O KMO de todas as dimensões é superior a 0,7 o que revela que há uma correlação média entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2005).

Tabela 2.19. - Matriz de componentes principais após rotação Varimax, dos itens de cada dimensão da escala multidimensional ETCA

Item	Fatores Principais	Comunalidades
Alimentação: ensinar as pessoas sobre...		
1 O efeito dos alimentos sobre a glicemia	,730	,533
2 Fontes de hidratos de carbono, gordura e proteínas	,696	,485
3 Fazer escolhas alimentares saudáveis	,765	,586
4 Ajustar o tamanho das porções	,791	,626
5 Ler os rótulos	,704	,495
6 Contar hidratos de carbono	,546	,298
8 Preparar refeições	,499	,249
% da variância Explicada		54,715
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		,767
Teste De Esfericidade De Bartlett		21; $p < 0,000$
Manter-se ativo: ensinar as pessoas sobre...		
9 Analisar barreiras (físicas, ambientais, psicológicas e de tempo)		
10 Desenvolver um plano de atividade apropriada que pondera a alimentação e medicação face ao nível de atividade		
% da variância Explicada		17,307
Monitorização: ensinar as pessoas sobre...		
11 Instruir os pacientes sobre a escolha e seleção do equipamento de monitorização da glicemia	,777	,604
12 Horas e frequência de avaliação da glicemia	,806	,650
14 Interpretação e uso dos valores obtidos	,760	,577
15 Ensinar a avaliar regularmente a pressão sanguínea	,549	,302
17 Ensinar a verificar regularmente o peso	,776	,603
% da variância Explicada		54,715
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		,782
Teste De Esfericidade De Bartlett		10; $p < 0,000$
Toma de Medicação: ensinar as pessoas sobre...		
18 Ensinar relativamente a cada medicação: a sua ação, efeitos secundários, eficácia, toxicidade.	,846	,716
19 Ensinar relativamente a cada medicação: dosagem prescrita, hora e frequência de administração.	,842	,708
20 Ensinar relativamente a cada medicação: efeito de omissão ou atraso das tomas	,877	,770
21 Ensinar relativamente a cada medicação: instruções sobre administração, armazenamento, viagens e segurança.	,729	,531
% da variância Explicada		68,136
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		,710
Teste De Esfericidade De Bartlett		6; $p < 0,000$
Resolução de Problemas e Coping Saudável: ensinar as pessoas sobre...		
Resolução de problemas		
22 Analisar dificuldades físicas	,823	,728
23 Analisar dificuldades emocionais	,867	,850
24 Analisar dificuldades cognitivas	,863	,820
25 Analisar dificuldades financeiras	,799	,725
26 Fomentar o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i>	,629	,569
Coping saudável		
35 Identificar a motivação do paciente para a mudança comportamental	,791	,808
36 Ajudar o paciente a alcançar objetivos alcançáveis	,910	,857
37 Analisar dificuldades e fomentar o desenvolvimento competências de <i>coping</i>	,803	,842
38 Avaliar os pacientes quanto ao seu estado emocional	,459	,735
% da variância Explicada		46,01 31,039
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		,890
Teste De Esfericidade De Bartlett		36; $p < 0,000$

Tabela 2.19. - Matriz de componentes principais após rotação Varimax, dos itens de cada dimensão da escala multidimensional ETCA (continuação)

	Fatores Principais	Comunalidades
Redução de riscos: ensinar as pessoas sobre...		
27 Ensinar sobre recomendações terapêuticas com vista à diminuição de riscos	,800	,641
28 Estabelecer objetivos com vista à diminuição de riscos	,751	,565
30 Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à cessação tabágica	,639	,408
31 Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à inspeção dos pés	,661	,438
32 Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à monitorização da pressão sanguínea	,698	,487
33 Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à auto-monitorização da glicemia	,731	,535
34 Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à manutenção dos cuidados pessoais ao melhor nível possível	,770	,592
% da variância Explicada		52,364
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		,793
Teste De Esfericidade De Bartlett		21, $p < 0,000$

Tal como referido anteriormente, a validade convergente-discriminante é usada na validade de construto, estimando-se o grau de acordo entre medidas e conceitos à partida esperados como convergentes, ou o seu grau de desacordo em relação a medidas com as quais, à partida, se esperaria divergência, (Almeida & Freire, 2007).

Este tipo de validade é um bom indicador de que o item mede o mesmo construto da escala a que pertence e não outro. *Uma boa validade convergente-discriminante do item mostrará que a correlação do item com a escala a que pertence é substancialmente mais elevada do que o item com as escalas a que não pertence*, (Pais Ribeiro, 2010, p. 98). Pretende verificar-se que a correlação entre cada item com a dimensão atribuída é maior do que qualquer uma das outras dimensões.

Tabela 2.20. - Correlação de Person entre os itens com o total da escala a que pertence e com o total da escala ETCA a que não pertence

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
O efeito dos alimentos sobre a glicemia	,571**	,369**	,522**	,319**	,547**	,402**
Fontes de hidratos de carbono, gordura e proteínas	,618**	,286**	,331**	,353**	,326**	,176
Fazer escolhas alimentares saudáveis	,624**	,269**	,419**	,314**	,526**	,332**
Ajustar o tamanho das porções	,719**	,340**	,338**	,447**	,436**	,389**
Ler os rótulos	,789**	,388**	,410**	,577**	,415**	,443**
Contar hidratos de carbono	,677**	,257**	,219*	,401**	,246*	,306**
Preparar refeições	,661**	,317**	,216*	,401**	,213*	,357**
Analisar barreiras (físicas, ambientais, psicológicas e de tempo)	,423**	,910**	,371**	,349**	,449**	,625**
Desenvolver um plano de atividade apropriada que pondera a alimentação e medicação face ao nível de atividade	,435**	,917**	,465**	,495**	,521**	,620**
Instruir os pacientes sobre a escolha e seleção do equipamento de monitorização da glicemia	,218*	,307**	,744**	,340**	,427**	,319**
Horas e frequência de avaliação da glicemia	,431**	,432**	,729**	,441**	,549**	,379**
Interpretação e uso dos valores obtidos	,363**	,345**	,710**	,340**	,528**	,391**
Ensinar a avaliar regularmente a pressão sanguínea	,384**	,308**	,663**	,385**	,393**	,345**
Ensinar a verificar regularmente o peso	,387**	,327**	,806**	,495**	,462**	,380**
Ensinar relativamente a cada medicação: a sua ação, efeitos secundários, eficácia, toxicidade.	,498**	,323**	,447**	,853**	,527**	,453**
Ensinar relativamente a cada medicação: dosagem prescrita, hora e frequência de administração.	,567**	,341**	,511**	,847**	,416**	,433**
Ensinar relativamente a cada medicação: efeito de omissão ou atraso das tomas	,613**	,504**	,506**	,866**	,572**	,522**
Ensinar relativamente a cada medicação: instruções sobre administração, armazenamento, viagens e segurança.	,336**	,373**	,351**	,728**	,363**	,378**
Ensinar sobre recomendações terapêuticas com vista à diminuição de riscos	,431**	,445**	,410**	,456**	,788**	,550**
Estabelecer objetivos com vista à diminuição de riscos	,363**	,473**	,399**	,392**	,748**	,482**
Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à cessação tabágica	,233*	,298**	,306**	,384**	,698**	,511**
Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à inspeção dos pés	,458**	,378**	,446**	,385**	,615**	,398**
Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à monitorização da pressão sanguínea	,394**	,320**	,599**	,488**	,736**	,538**
Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à auto-monitorização da glicemia	,455**	,342**	,571**	,318**	,701**	,408**
Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à manutenção dos cuidados pessoais ao melhor nível possível	,399**	,471**	,465**	,417**	,747**	,544**
Analisar dificuldades físicas	,433**	,608**	,487**	,415**	,563**	,786**
Analisar dificuldades emocionais	,457**	,608**	,490**	,441**	,577**	,874**
Analisar dificuldades cognitivas	,412**	,516**	,413**	,378**	,548**	,848**
Analisar dificuldades financeiras	,457**	,545**	,428**	,479**	,567**	,819**
Fomentar o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i>	,345**	,531**	,399**	,502**	,567**	,764**
Identificar a motivação do paciente para a mudança comportamental	,401**	,514**	,313**	,419**	,576**	,818**
Ajudar o paciente a alcançar objetivos alcançáveis	,330**	,420**	,279**	,385**	,467**	,695**
Analisar dificuldades e fomentar o desenvolvimento de competências de <i>coping</i>	,406**	,599**	,382**	,469**	,640**	,836**
Avaliar os pacientes quanto ao seu estado emocional	,491**	,632**	,391**	,441**	,516**	,845**

F1- Alimentação; F2- Manter-se ativo; F3- Monitorização; F4- Toma de Medicação; F5- Redução de riscos; F6-Resolução de Problemas e Coping Saudável

Como podemos verificar, a forma como foram agrupados os itens dentro de cada dimensão foi adequada dado que cada item está mais relacionado com a sua dimensão do que com as restantes, sendo o valor desta correlação para todos os casos superior a 0,5, sendo considerada desta forma uma correlação razoável (Pestana & Gageiro, 2005).

3. SÍNTESE DOS RESULTADOS OBTIDOS

O estudo apresentado neste capítulo reporta-se à validação dos instrumentos de medida que considerámos serem adequados para o desenvolvimento do estudo de efetividade dos cuidados de enfermagem.

Foram adaptados e revalidados alguns instrumentos e outros construídos e validados, no sentido de medir as variáveis relevantes ao estudo das 3 dimensões que compõem a análise da efetividade: a estrutura, o processo e o resultado. Deste modo, podemos dizer que a finalidade deste estudo seria garantir as condições necessárias para desenvolver o estudo da efetividade mobilizando instrumentos válidos para as amostras em estudo.

Na tabela 2.21. apresentamos uma síntese dos valores relativos à validade e fidelidade dos instrumentos utilizados e para as amostras do presente estudo e dos estudos de validação da versão portuguesa dos instrumentos (os instrumentos na sua versão final validada para a amostra em estudo encontram-se no anexo IV).

Tabela 2.21 – Análise fatorial, % de variância explicada e consistência Interna dos instrumentos (re)validados

Instrumentos	Versão Portuguesa				Versão Testada			
	Validade (escala/dimensões)			Fidelidade (escala/dimensões)	Validade (escala/dimensões)			Fidelidade (escala/dimensões)
	Nº fat. ***	KMO	% var. ****	α	Nº fat. ***	KMO	% var. ***	α
SDSCA *	6	-	70	,59	4	0,60	68,9	0,65
DKQ *	-	-	-	,67	-	-	-	0,86
SUCECS *	6	-	62	,892	6	0,84	60,7	0,86
PES-NWI *	5	-	60	,892	5	0,79	53,5	0,91
ETCA **	-	-	-	-	-	0,71- 0,89	17,3 - 68,1	0,77- 0,93
PETCD **	-	-	-	-	-	0,65-0,80	54,4 -60,4	0,67-0,83

*Unidimensional, **Multidimensional, ***Número de fatores pela análise fatorial,**** % variância explicada

Os resultados obtidos após o processo de validação psicométrica permitem afirmar que os instrumentos avaliados no presente estudo metodológico revelaram ser fiáveis e válidos para as amostras em estudo.

As novas versões reúnem, deste modo, os requisitos necessários para serem aplicadas no sentido da caracterização das condições para a prática de enfermagem, das intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros e dos resultados obtidos no utente, para posteriormente se analisar, através do estudo correlacional, a efetividade dos cuidados de enfermagem.

Apresenta-se o quadro 2.4. que sintetiza os instrumentos obtidos após o desenvolvimento do estudo metodológico a que se reporta este capítulo.

Quadro 2.4. – Resumo da versão final dos instrumentos de colheita de dados validados

Estrutura				Processo				Resultado							
Instrumento	Conceito	Fatores	Nº de variáveis	Instrumento	Conceito	Dimensões	Nº de variáveis	Instrumento	Conceito	Fatores	Nº de variáveis				
PES-NWI	Ambiente da prática de enfermagem	Organização inter e intra disciplinar	4	PETCD	Processo de Educação Terapêutica	Colheita de Dados	5	SDSCA	Autocuidado	Alimentação geral e antidiabéticos orais	3				
						Avaliação	2			Exercício	2				
						Cuidados Centrados no Cliente	4			Monitorização glicemia	2				
		Continuidade de Cuidados	2			Cuidados com os pés	4								
		Supervisão de cuidados	13			ETCA	Educação para o autocuidado			Alimentação	7	DKQ	Conhecimentos	-	24
										Manter-se ativo	2	SUCECS	Satisfação com os cuidados de enfermagem	Individualização da Educação para a Saúde	6
				Monitorização	5			Informação sobre Serviços e utilização pelo utente e família	3						
		Toma de Medicação	4	Promoção da acessibilidade	4										
		Estilos de liderança	4			Redução de riscos	7			Ambiente de cuidados	2				
						Resolução de Problemas e Coping Saudável	9			Relação terapêutica	6				
		Adequação de recursos	2							Apreciação dos cuidados prestados	6				

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A validação/revalidação dos instrumentos de medida decorreu do objetivo de utilizar instrumentos válidos e fiáveis para a amostra em estudo, no sentido de avaliar as dimensões da qualidade (estrutura, processo e resultados) que serviram de base para o estudo da efetividade dos cuidados de enfermagem ao utente com diabetes.

Deste modo, foram revalidados os instrumentos SDSCA, DKQ, SUCECS, PES-NWI e validados os instrumentos PETCD e ETCA, seguindo as metodologias propostas por Almeida e Freire (2007); Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2007); Pais Ribeiro (2010) e Pestana e Gageiro (2005).

As amostras para a validação dos instrumentos foram distintas, conforme o instrumento se dirigia aos enfermeiros ou aos utentes.

Para os instrumentos SDSCA, DKQ, SUCECS a revalidação foi efetuada numa amostra de 292 utentes adultos com diabetes tipo 2 vigiados em cuidados de saúde primários, com idades compreendidas entre os 26 e os 88 anos, na maioria homens (50,5%), casados (74,3%) e com baixos níveis de escolaridade (84% com 4 anos de escolaridade ou menos).

Os instrumentos PES-NWI, PETCD e ETCA foram (re)validados para uma amostra de 104 enfermeiros que efetuam consulta de enfermagem a utentes com diabetes tipo 2 em cuidados de saúde primários em média há 12,4 anos (S.D.=7,5).

Com o processo de (re)validação dos instrumentos de medida assegurou-se a fidelidade e validade dos mesmos, enquanto propriedades fundamentais para a garantia de que os resultados obtidos são válidos e fiáveis (Fortin, 2006; McDowell, 2006; Streiner & Norman, 2008).

A validade representa a acurácia do instrumento para representar por enunciados particulares um determinado conceito (Fortin, 2006). Considerando que, para os instrumentos utilizados se obtiveram, na generalidade, adequados valores decorrentes da análise fatorial que surge como processo adequado para avaliar a validade de construto, podemos afirmar que os instrumentos são válidos.

Considerando os pressupostos de Almeida e Freire (2007) e Pestana e Gageiro (2005), no respeitante à fidelidade, avaliada pela consistência interna através do Alfa de Cronbach, por ser considerado um dos principais indicadores da fidelidade (Coutinho, 2011) e pelos valores de correlação dos itens, podemos afirmar que as versões testadas dos instrumentos são fiáveis.

Considerando que a análise fatorial surge como procedimento proposto pelos mesmos autores para avaliar a validade de construto de um instrumento, esse foi o procedimento adotado, verificando-se valores de variância explicada semelhantes às versões portuguesas dos instrumentos revalidados. A validade convergente foi avaliada pela correlação dos itens com o fator a que pertencem, tendo a validade discriminante sido avaliada pela diferença (superior a 0,1) entre a correlação do item com o fator ao qual pertence comparativamente à correlação do item com o(s) fator(s) a que não pertence.

A escala *SDSCA*, na versão testada, é constituída por 4 fatores apenas, com a exclusão da alimentação específica e junção dos fatores relativos à alimentação geral e toma de medicação oral isolada (antidiabéticos orais).

Decorrente do processo de análise da fidelidade e avaliação do Alfa de Cronbach, verificou-se que o Alfa global da escala melhorava significativamente com a remoção dos itens relativos à alimentação específica e dos itens relativos à toma de medicação oral associada à insulina enquanto opção terapêutica farmacológica. Por outro lado, nos processos de análise fatorial, os itens relativos à medicação surgiam com maior carga fatorial no fator relativo à alimentação geral. Os restantes fatores mantiveram a mesma organização fatorial, tendo-se verificado que os valores de α de Cronbach melhoraram relativamente à versão portuguesa de Bastos (2004), exceto na alimentação geral em que diminuíram.

Considerando os resultados que obtivemos, nomeadamente o fator alimentação específica, que foi eliminado, constatamos que, de facto apresentou, nos vários estudos analisados, baixos valores de consistência interna, nomeadamente o estudo de revisão de 7 estudos, que reportou adequados valores de consistência interna para os vários fatores, excepto para a alimentação específica (Toobert et al., 2000); também no estudo de Schmitt et al. (2013) apresentou um $\alpha=0,15$, no estudo de Michels et al. (2010) um $\alpha=0,23$, no estudo de Choi, et al. (2011) que apenas incluiu 2 itens relativos à alimentação

específica, um deles foi eliminado pela sua correlação inter-item baixa, tendo o outro ficado associado à alimentação geral, acabando a versão final da escala sem o fator alimentação específica, tal como ocorreu no nosso caso e no caso da versão de Kav et al.(2010).

Em vários estudos em que foi aplicada a escala não foram avaliadas as características psicométricas da toma de medicação (Schmitt, et al., 2013; Osborn e Egede, 2010; Wu, et al., 2006; Choi, et al., 2011), uma vez que utilizaram a versão reduzida do instrumento com 11 itens que não inclui este fator. No estudo de Kav et al. (2010) foi obtido um valor revelador de uma boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2005) deste fator ($\alpha=0,82$); na versão de Bastos (2004) este fator foi eliminado, uma vez que o único item integrado relativo à toma de medicação, apresentava uma correlação inter-item muito baixa ($r=-0,05$); na versão brasileira de Michels et al. (2010) verificou-se que este fator apresentou valores de α muito baixos (α de 0,09). No caso da versão testada no presente estudo, verificámos que o item relativo à medicação também apresentou um valor baixo de r (Streiner & Norman, 2008), embora o tenhamos mantido por motivos já apresentados, tendo este, no entanto, ficado agrupado noutra fator pela análise fatorial.

A escala resultante da validação efetuada assemelha-se muito com a versão reduzida de Toobert et al. (2000) que resultou da revisão de 7 estudos que anteriormente haviam utilizado versões alargadas, em que a escala resultante reteve os itens com melhores características de validade e fidelidade, embora esta escala reduzida não incluía qualquer questão sobre a medicação e apenas incluía 2 itens relativos aos cuidados com os pés, incluindo adicionalmente 2 itens relativos à alimentação específica, comparativamente à que obtivemos.

A SDSCA resultou composta por 11 itens que se agrupam nos fatores: Alimentação geral e antidiabéticos orais ($\alpha=0,567$), Exercício ($\alpha=0,636$), Monitorização glicemia ($\alpha=0,904$) e Cuidados com os pés (0,787), com um α global de 0,65. Os valores apresentados são indicadores de uma consistência interna razoável para os fatores e fraca no seu global (Pestana & Gageiro, 2005), tal como o verificado para a versão portuguesa de Bastos (2004), que apresenta um α global de 0,59. Nos estudos identificados com a validação da escala, o de Kav et al. (2010) foi aquele que obteve um valor de α global superior de 0,72, revelador de uma consistência interna também razoável, embora a amostra em que foi aplicado o instrumento tivesse apenas 100 indivíduos, o que pode constituir-se como uma

limitação considerando os critérios enunciados por vários autores (Pais Ribeiro, 2010; Pestana & Gageiro, 2005; Streiner & Norman, 2008).

Podemos concluir que o instrumento reúne condições de validade e fidelidade. Embora se verifiquem valores de α aceitáveis em todos os estudos, constatamos, numa análise mais profunda, que em todos os estudos identificados há fatores com valores de α baixos e também inaceitáveis considerando os valores de referência de Pestana e Gageiro (2005). Caso esta situação incidisse apenas num fator, poder-se-ia propor a remoção do mesmo, através de procedimentos similares àqueles adotados pelos autores da versão reduzida (Toobert et al., 2000). No entanto, verifica-se que esta situação abarca todos os fatores considerando a globalidade da escala e todos os estudos, pelo que se pode sugerir que se proceda a uma nova análise da estrutura fatorial e conteúdo da escala de forma mais extensa com vista à obtenção de resultados mais satisfatórios de forma transversal e que mantenha as suas características de fidelidade e validade ao longo das replicações, embora se reconheça a dificuldade inerente pelo facto de o autocuidado ser um fenómeno que varia culturalmente ao longo dos tempos, áreas geográficas e subgrupos populacionais.

O **DKQ-24** manteve a estrutura da versão portuguesa de Bastos (2004), tendo sido avaliada a consistência interna através do valor de α , tal como a autora referida e os autores da versão reduzida em que foi aplicada (Garcia et al., 2001). Não foi efetuada a análise fatorial considerando os procedimentos adotados pelos autores das validações referenciadas, perspetivando a comparabilidade dos resultados.

Obteve-se um valor de α total de 0,863, revelando-se fiável, com uma boa consistência interna (Pais Ribeiro, 2010; Pestana & Gageiro, 2005; Streiner & Norman, 2008), valor relativamente superior ao encontrado por Bastos (2004), de 0,67; também os valores identificados de correlação dos itens foram adequados (todos superiores a 0,20), ao passo que em 10 itens do total de 24 no estudo de Bastos (2004) o valor de correlação dos itens identificado foi menor que 0,2, revelando que para essa amostra a correlação entre esses itens e o total da escala é muito baixa (Pestana & Gageiro, 2005), podendo este facto estar associado à dimensão da amostra relativamente reduzida (n=103).

Dos estudos identificados que realizaram a validação do DKQ, o de Chilton et al. (2006) foi aquele em que se obteve um valor de α superior (0,87), embora este estudo apresente limitações metodológicas face à dimensão da amostra (n=40) e tenha sido aplicada uma

versão com apenas 17 itens, pelo facto de os autores terem considerado que não deveriam constar por serem avaliados por uma outra escala aplicada nesse estudo. O estudo de Garcia (2008) também apresenta um razoável valor de α (0,74), sendo, mais uma vez, resultados indutores de algumas reservas pela dimensão da amostra (n=87).

Na versão original da versão reduzida de Garcia et al. (2001) obteve-se um valor de α de 0,78, revelando uma consistência interna razoável/alta, valor revelador da fidelidade da escala considerando também a dimensão da amostra de 492 utentes. Também aqui os valores de correlação de todos os itens foram superiores a 0,2 e na sua maioria superiores a 0,25.

Face aos valores apresentados da versão original e também obtidos no presente estudo, pode concluir-se que a escala é fiável e um instrumento adequado para avaliar os conhecimentos dos utentes com diabetes.

A escala **SUCECS** que avalia a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem desenvolvida e validada para a população portuguesa por Ribeiro (2005), é constituída por 6 fatores, correspondendo cada um deles a uma área relativa à satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem.

O instrumento validado permite caraterizar os elementos decorrentes da interação enfermeiro-utente envolvidos na avaliação da satisfação, aspecto que é relevante investigar dado que na literatura são reduzidos os estudos sobre os elementos específicos caraterizadores da satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem prestados (Agosta, 2009).

Deste modo, efetuou-se a revalidação do instrumento para a amostra em estudo, no sentido de testar as suas caraterísticas psicométricas e de contribuir para a medida e compreensão dos elementos específicos acima referidos, caraterizadores da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem.

Tal como na versão original, a escala apresentou neste estudo um bom valor de α (=0,861), a correlação de cada item com o total da escala foi também boa com valores entre 0,305 e 0,680, indicadores de que a escala é fiável.

Embora se tenha mantido a organização em 6 fatores, tal como na escala original, e que neste estudo explicam 60,7 % da variância total, a organização fatorial divergiu. Considerando o valor de KMO de 0,848 considera-se que existe uma boa correlação entre as variáveis, por outro lado, o teste de Bartlett (351) tendo associado um nível de significância $p < 0,001$ permite-nos inferir que as variáveis estão significativamente correlacionadas, indicando-nos que a matriz fatorial obtida se adequa aos dados analisados (Pestana & Gageiro, 2005).

Dos estudos identificados que utilizaram a SUCECS verificamos que no de Alves (2007) foi efetuada a revalidação para a amostra do estudo, revelando também uma organização distinta de alguns itens, com redução do número de fatores para o número de 5. Apesar das alterações, o autor optou por designar esses fatores da mesma forma que a autora da versão original, eliminando o fator relativo à formalização da Informação. Neste estudo também se reiterou a fidelidade da escala tendo sido encontrado um valor de α de 0,81.

No caso da amostra do presente estudo, a validação revelou uma organização substancialmente diferente, pelo que optámos por renomear os fatores. Considerando a reorganização obtida, considerámos que na literatura tem sido reportada a dificuldade não só na definição como na medição do conceito da satisfação (Agosta, 2009).

Tem-se considerado que a satisfação global integra vários fatores decorrentes da interação enfermeiro/utente que consideramos na designação dos fatores decorrentes da reorganização da escala. No estudo de Baer et al. (1999) numa comunidade rural, a satisfação foi mensurada, tendo sido identificadas várias dimensões caraterizadoras da satisfação dos utentes, nomeadamente os conhecimentos dos enfermeiros, a promoção do acesso, a competência e a confiança identificadas pelos utentes. Noutros estudos também de âmbito comunitário, são identificadas dimensões como a profundidade da relação estabelecida, tempo percecionado como tendo sido gasto pelo profissional de saúde e o cuidado do profissional (Poulton, 1996), as capacidades técnicas, caraterísticas pessoais do enfermeiro no atendimento (Mundinger et al., 2000), o ambiente físico, comunicação e informação, participação e envolvimento percecionados, relações interpessoais estabelecidas e competência técnica (Johansson, Oleni, & Fridlund, 2002).

A escala separa um primeiro conjunto de questões (1-21) do segundo conjunto de questões (22-27), na medida em que no primeiro conjunto se pede que o respondente se

reporte à frequência com que ocorreram as situações descritas em cada um dos itens e no segundo grupo é solicitado que o respondente indique o nível de satisfação relativamente aos aspetos reportados em cada um dos itens.

Na versão original a escala foi sujeita a análise fatorial como um todo, processo que replicámos. Contudo, ao contrário da versão original, a nossa amostra revelou que o segundo conjunto de questões (21-26) se agrupava num fator único, provavelmente porque os respondentes consideraram ser um conjunto de questões que retratava, de forma geral, como apreciavam os cuidados pelos enfermeiros no centro de saúde. Por este motivo, uma vez que neste grupo de questões se solicita que o utente indique o grau de satisfação com a forma como foi atendido pelos enfermeiros, a forma de explicação dos cuidados, a disponibilidade demonstrada, o conhecimento revelado, o modo de prestação de cuidados e com os cuidados de enfermagem no centro de saúde no geral, este fator foi designado por “*Apreciação dos Cuidados de Enfermagem*”, verificando-se um $\alpha = 0,792$, revelando uma consistência interna alta.

Também no estudo de Agosta (2009) no sentido de caracterizar a satisfação, foi identificado um fator de carácter mais abrangente relativo à satisfação, designado por “Satisfação geral”, tendo para além deste sido identificado um outro designado por “Comunicação” e outro por “Acessibilidade”.

Consideramos, também, que por termos solicitado que o utente se focasse apenas nos cuidados de enfermagem na área da diabetes, este facto possa ter alterado as condições inerentes ao fenómeno a ser medido. Por outro lado, as características da população são também distintas, uma vez que neste estudo, os critérios de inclusão são bastante mais restritos do que nos estudos de validação da escala analisados (Alves, 2007 e Ribeiro, 2005).

Para a amostra em estudo, o primeiro fator foi designado por “*Individualização da educação para a Saúde*”. Os itens que o compõem, são todos, menos o item relativo à disponibilização de informação escrita, integrantes do fator “*Individualização da Informação*” da escala original, tendo sido este o fator que se agrupou de forma mais semelhante ao original, pelo que foi designado de forma equivalente, apenas se considerando o termo educação para a saúde mais adequado face ao conteúdo dos itens

que compõem o fator. Obteve-se um valor de $\alpha = 0,758$, revelador de uma consistência interna alta.

Os restantes fatores apresentaram uma organização fatorial distinta da escala original, apresentando valores de α reveladores de uma consistência alta. No terceiro fator “Promoção da acessibilidade” obteve-se um valor relativamente mais baixo de 0,727 e o fator em que se obteve o valor mais elevado foi a “Relação terapêutica” com um valor de α de 0,849.

Tanto no estudo de Ribeiro (2005) como no de Alves (2007) verificou-se existirem valores de α para os fatores que compõem a escala, na sua maioria, aceitáveis, verificando-se que o fator designado por estes como “Promoção do elo de ligação” obteve um valor de α relativamente baixo, revelando uma consistência interna muito fraca (Pestana & Gageiro, 2005). Este fator inclui nestas versões, itens que para o presente estudo se distribuíram por 2 fatores distintos, que apresentaram uma consistência interna razoável. A nova organização da escala revelou adequadas propriedades psicométricas para a amostra em estudo.

Parece-nos relevante a escala poder ser aplicada em amostras mais extensas com características de aleatoriedade, no sentido de se poder aferir uma versão que seja replicável de forma mais transversal e assegurando a sua estabilidade que acautele diferenças culturais, mantendo as suas características psicométricas.

A escala **PES-NWI** pretende avaliar o ambiente da prática de enfermagem e é originalmente composta por 31 itens que descrevem as características dos ambientes da prática dos cuidados de enfermagem (Lake, 2002).

Para a versão testada que resultou da adaptação para os Cuidados de Saúde Primários, da versão portuguesa de Amaral et al. (2012), face aos valores de α de cada item em relação ao α global, verificou-se que o item 1 apresentava um valor de α superior ao global, pelo que foi eliminado, verificou-se uma consistência interna da escala resultante muito boa ($\alpha=0,905$) para a amostra em que foi testada: daqui podemos afirmar que a escala adaptada é fiável para os Cuidados de Saúde Primários.

Quanto à análise da validade, nomeadamente a validade interna, a análise fatorial revelou uma organização distinta da escala original e da versão portuguesa, tal como no estudo

de Boev (2012) em que também se verificou uma organização distinta, embora com o mesmo número de fatores. Também no estudo de Breau (2014) a análise fatorial levou a uma organização diferente com a criação de um novo fator designado por “Oportunidades de Carreira”.

Face ao valor de KMO de 0,797, que nos indica haver uma boa correlação entre as variáveis, e com o teste de Bartlett (1407,494, $p < 0,001$), podemos inferir que as variáveis estão significativamente correlacionadas e consequentemente podemos afirmar a validade da escala adaptada. Os fatores que obtivemos revelaram razoáveis/bons níveis de consistência interna pela análise do valor de α : “*Supervisão de Cuidados*” ($\alpha=0,845$), “*Organização inter e intradisciplinar*” ($\alpha=0,740$), “*Valorização e desenvolvimento profissional*” ($\alpha=0,876$), “*Estilos de liderança*” ($\alpha=0,750$), “*Adequação de recursos*” ($\alpha=0,908$).

Verifica-se que a escala revela, nos vários contextos (Lake, 2002; Amaral, Ferreira, & Lake, 2012; Gallego, Casbas, & Maria, 2013; Gómez, et al., 2012) uma boa consistência interna e adequados níveis de validade, podendo inferir-se que pode ser aplicada de forma segura face às suas características psicométricas.

Verifica-se que para a amostra em que foi testada a versão adaptada, não houve grandes diferenças no que respeita aos fatores encontrados, verificando-se que no global, se identificam fatores com foco nas mesmas áreas, havendo alteração nos itens que compõem estes fatores compreensíveis face às diferenças entre os cuidados de saúde primários e hospitalares quanto à organização e estrutura, havendo também diferenças não irrelevantes no que respeita ao papel do enfermeiro, havendo evidência que mostra que o contexto comunitário é geralmente mais favorável para o enfermeiro desempenhar funções autónomas (Gómez et al., 2012). Neste sentido, considera-se fulcral que se avaliem as características do ambiente de prática de enfermagem não só em contexto hospitalar, mas também em contexto de CSP, uma vez que é a primeira porta de acesso aos serviços de saúde, com os enfermeiros considerados os principais prestadores de cuidados (Gómez et al., 2012), até porque são o grupo profissional em maior número em CSP em Portugal, com um papel reconhecido na vigilância dos utentes com doenças crónicas, como é o caso da diabetes.

Consideramos que as alterações introduzidas com a adaptação ao contexto dos cuidados de saúde primários também possam ter alterado a interpretação associada a cada um dos itens, daí as divergências na matriz fatorial. Poderíamos, ao invés de adaptar a versão portuguesa de Amaral, Ferreira e Lake (2012) para os CSP, ter efetuado a validação da versão espanhola de Gómez et al. (2012) também adaptada aos CSP, considerando os valores de consistência interna bastante bons que apresenta. Considerámos que por questões culturais poderíamos obter resultados mais válidos e fiáveis com uma escala já validada para a população portuguesa, daí a opção tomada.

De referir que o facto de se ter alterado a estrutura da versão original da escala para efeitos de manter o rigor na avaliação do construto para a amostra, limita a comparabilidade com outros estudos. Contudo, as modificações que se têm identificado na literatura evidenciam a necessidade de uma versão mais parcimoniosa da escala.

Poder-se-ia propor a adaptação transcultural da versão espanhola, no sentido de se avaliarem as características psicométricas desta versão para a população portuguesa, podendo comparar-se com os resultados obtidos no presente estudo, permitindo enriquecer a análise sobre a psicomетria e aplicabilidade da escala.

As escalas PETCD e ETCA pretendem avaliar as intervenções dos enfermeiros na área da educação terapêutica ao utente com diabetes tipo 2: a primeira foca-se nas intervenções gerais, considerando os princípios e etapas relevantes ao desenvolvimento do processo de enfermagem e a segunda intervenções específicas focadas nos vários autocuidados.

As escalas referidas foram construídas, testadas e validadas, verificando-se apresentarem para as várias dimensões valores de α próximos de 0,70-0,90 reveladores de uma consistência interna boa/razoável para cada dimensão (Pestana & Gageiro, 2005), com valores de correlação entre cada item e o total da escala reveladores de uma correlação moderada a alta (Pestana & Gageiro, 2005). Considerando que as escalas reúnem, face aos dados, condições de fidelidade.

Embora não tivesse sido identificada qualquer escala que permitisse avaliar os construtos das escalas desenvolvidas, pelos valores obtidos que confirmam a fidelidade das escalas, parece-nos seguro indicar que estas poderão ser aplicadas futuramente com garantias de resultados consistentes (Coutinho, 2011).

A escala PETCD permite avaliar as intervenções de âmbito geral desenvolvidas, considerando a análise fatorial em que se evidenciaram 4 dimensões, as quais, foram nomeadas, pelo conteúdo dos itens, como: colheita de dados, avaliação, cuidados centrados no cliente e continuidade de cuidados.

A concretização do processo de enfermagem na área da educação terapêutica à pessoa com diabetes está patente nos vários itens, sendo abordadas as áreas da colheita de dados, a atividade diagnóstica, o estabelecimento de objetivos, o processo de intervenção e a avaliação de resultados.

Garcia e Nóbrega (2009, p. 188) indicam que o processo de enfermagem se define “(...) como um instrumental, tecnológico ou um modelo metodológico para o cuidado profissional de enfermagem (...)”. Neste estudo em que se efetua uma síntese da evolução do conceito de processo de enfermagem, afirma-se que este transitou “ (...) da ênfase inicial na identificação e resolução de problemas para o esforço de identificação e classificação de diagnósticos de enfermagem e, mais atualmente, para a especificação e verificação, na prática, de resultados do paciente que sejam sensíveis às intervenções de enfermagem”. Defende-se que o processo de enfermagem pode ser entendido como a expressão do método clínico em enfermagem (Carvalho & Bachion, 2009).

Podemos constatar pela análise dos itens que a constituem, que a escala PETCD pode ser analisada como permitindo avaliar a concretização do processo de enfermagem na área da educação terapêutica à pessoa com diabetes, uma vez que estas etapas do processo de enfermagem estando diluídas na escala e em vez de separadas em compartimentos estanques, estão organizadas em torno da centralidade do cuidado de enfermagem específico que é a educação terapêutica à pessoa com diabetes. Podemos identificar que a escala aborda a **colheita de dados** (*Colheita de dados efetuada de forma (...)*) e a forma como é desenvolvida a avaliação inicial enquanto fase de análise dos dados colhidos (*Avaliação objetiva...no início do processo terapêutico*); podemos identificar a **atividade diagnóstica** prévia à fase de intervenção (*(...) base na avaliação de necessidades e problemas identificados*) e a atividade de planeamento/**estabelecimento de objetivos** (*Estabelecimento do plano terapêutico em conjunto com o utente.; Educação terapêutica (...) estruturada seguindo um currículo/plano pré-definido*), podemos identificar a alusão ao **processo de intervenção** (*Desenvolvimento e implementação de estratégias distintas conforme...*) e ainda medidas respeitantes à continuidade das intervenções/apoio

continuado (*Apoio continuado (...); Apoio à pessoa cuidadora/família (...)*) e finalmente a **avaliação dos resultados** (*Avaliação objetiva dos resultados (...)*).

Para as dimensões da PETCD verifica-se que a dimensão que obteve um valor de α mais baixo é a relativa à *Continuidade de Cuidados*, que apresenta apenas 2 itens e que se relaciona com o apoio continuado à pessoa e família. Contudo, esse valor de 0,672 está próximo do limite definido por Pestana e Gageiro (2005) que considera haver uma consistência interna razoável a partir do valor de 0,7 para o valor de α .

Para Haggerty, et al. (2003) o conceito de continuidade de cuidados em CSP: (1) reporta-se à relação entre um prestador de cuidados e o utente, indo para além de episódios isolados de doença, (2) implica um sentido de “afiliação” entre os utentes e os seus cuidadores associada à longitudinalidade relacional, (3) para os prestadores de cuidados relaciona-se com a perceção que têm de que detêm o conhecimento e informação necessárias sobre o utente de maneira a intervirem de forma competente e a confiança de que os seus cuidados serão reconhecidos e seguidos por outros cuidadores.

Considerando a extensão da definição proposta, podemos deduzir que os 2 itens integrantes desta dimensão poderão ser insuficientes para abarcar a amplitude do construto que se pretende medir.

Para a amostra testada e para esta dimensão, houve alguns itens eliminados por apresentarem valores de correlação do item com o total da escala muito baixos, propomos que sejam efetuadas futuras aplicações mais extensas e com a inclusão destes itens por forma a avaliar o construto de forma mais completa e precisa. Na análise fatorial, estes 2 itens têm uma correlação de Pearson alta (Pestana & Gageiro, 2005), com uma diferença superior a 0,1 em relação às restantes dimensões, considerando que a forma como foram agrupados é válida.

As restantes dimensões apresentaram valores de α que sugerem uma boa consistência interna, revelando que para estas dimensões o instrumento é fiável: Colheita de Dados ($\alpha=0,828$), Avaliação ($\alpha=0,833$), Cuidados Centrados no Cliente ($\alpha=0,755$).

Quanto à validade, pela análise fatorial verificámos que, na generalidade, para as dimensões integrantes da escala, os valores do KMO (Bartlett $p<0,001$) são reveladores de correlações razoáveis entre as variáveis, podendo afirmar-se que a escala mede com adequação as dimensões do Processo de Educação Terapêutica.

Para a escala ETCA para as várias dimensões, valores de α encontrados entre 0,768 e 0,933 revelam uma boa/razoável consistência interna, que associadas aos valores de correlações de cada item com o total da sua dimensão entre 0,391 e 0,834 reveladoras de correlações moderadas a altas (Pestana & Gageiro, 2005), nos permitem afirmar que a escala é fiável e que para a sua aplicação futura se prevê a obtenção de resultados consistentes, uma vez que a fidelidade se relaciona com consistência dos resultados em aplicações repetidas da escala (Coutinho, 2011).

A escala também revelou adequadas características de validade, avaliadas através da análise fatorial realizada, verificando-se valores de KMO entre 0,710 e 0,89 (teste de Bartlett, $p < 0,001$) indicadores de adequadas relações entre as variáveis para cada dimensão. Por outro lado, considerando os valores de Pearson, superiores a 0,5 atestam que a escala é válida para avaliar as intervenções dos enfermeiros dirigidas à promoção dos diversos autocuidados no utente com diabetes.

A escala foi agrupada por 6 dimensões relacionadas com os 7 comportamentos para o autocuidado preconizados pela AADE (2011) e estes 7 comportamentos foram agrupados em 6 dimensões pela análise fatorial efetuada. Hill-Briggs e Gemmell (2007) afirmam que a resolução de problemas é um construto multidimensional que engloba a capacidade racional de resolução de problemas e a capacidade de *coping*, conceção que vai ao encontro da organização fatorial obtida, que agrupa a resolução de problemas ao *coping* saudável.

CAPÍTULO III. ESTUDO DESCRITIVO DAS COMPONENTES DA EFETIVIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO

Verificamos que é reduzida a literatura publicada relativa à realidade portuguesa sobre a descrição da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com diabetes Mellitus tipo 2, considerando as suas dimensões da estrutura, processo e resultados.

Primeiramente, procede-se à análise da estatística descritiva dos indicadores utilizados no estudo que compõe o modelo final, para posteriormente se desenvolver o estudo de análise de efetividade.

Entendeu-se ser pertinente o presente estudo, no sentido da identificação dos resultados do utente com diabetes tipo 2 sensíveis aos cuidados de enfermagem, da descrição do processo de educação terapêutica desenvolvida pelo enfermeiro e das condições inerentes ao exercício. Será a partir desta descrição que se enquadrará o estudo posterior de análise da efetividade dos cuidados de enfermagem nesta área, testando o modelo teórico NREM.

O objetivo dos estudos descritivos, com recurso à estatística descritiva, é obter uma primeira leitura dos dados que permita inferir sobre a sua dispersão, forma e estrutura da distribuição (Coutinho, 2011).

O recurso a um estudo descritivo, neste contexto, adequa-se uma vez que o estado de conhecimentos sobre esta matéria é limitado e pelo recurso à metodologia descritiva podemos obter mais informações, nomeadamente sobre as características da população estudada ou sobre o fenómeno em análise, sobre o qual a investigação disponível é limitada (Fortin, 2009).

Este estudo prévio foi desenvolvido, deste modo, com o intuito de explorarmos as características sociodemográficas e de saúde dos utentes com diabetes tipo 2 e as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que cuidam destes utentes, de modo a enquadrarmos e aprofundarmos o conhecimento sobre as características da amostra que estará em análise no estudo de efetividade.

Os objetivos específicos do estudo desenvolvido neste capítulo são os seguintes:

- Descrever as características estruturais subjacentes à consulta de enfermagem ao utente com diabetes tipo 2, no contexto de cuidados de saúde primários;
- Descrever as intervenções de enfermagem desenvolvidas na educação terapêutica à pessoa com diabetes tipo 2 seguida em cuidados de saúde primários;
- Descrever os resultados no que respeita ao autocuidado, conhecimentos, *status* de saúde e satisfação com os cuidados de enfermagem da pessoa com diabetes tipo 2.

Com a concretização do estudo, pretendemos dar resposta às seguintes questões: Quais são as características estruturais subjacentes à consulta de enfermagem ao utente com diabetes tipo 2, no contexto de cuidados de saúde primários? Quais são as intervenções de enfermagem desenvolvidas na educação terapêutica à pessoa com diabetes tipo 2 seguida em cuidados de saúde primários? Quais são os resultados da pessoa com diabetes tipo 2 no que respeita ao autocuidado, conhecimentos, *status* de saúde e satisfação com os cuidados de enfermagem?

No presente capítulo apresentamos os dados obtidos através da aplicação dos instrumentos desenvolvidos para descrever as variáveis relativas às dimensões estrutura, processo e resultado.

Antes de analisar as possíveis relações entre a tríade que compõe a análise da qualidade (ambientes de trabalho, processo de cuidados de enfermagem e resultados do utente com diabetes) e que permitirá inferir sobre a efetividade dos cuidados de enfermagem, iremos descrever e caracterizar essa tríade, podendo, desta forma, melhor contextualizar e analisar os resultados obtidos.

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS: ESTRUTURA INERENTE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

As variáveis relativas à estrutura inerente aos cuidados de enfermagem ao utente com diabetes são as propostas pelo modelo NREM que está na base da avaliação da efetividade dos cuidados de enfermagem.

Para efetuarmos a avaliação das variáveis em estudo sobre a dimensão da estrutura, mobilizámos 3 instrumentos apresentados no capítulo referente aos instrumentos de colheita de dados: “*Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica do utente com diabetes*”, “*Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional do enfermeiro*” e “*The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES–NWI)*”.

Apresentamos, de seguida, a figura 3.1. que identifica a avaliação da dimensão da estrutura, nomeadamente os instrumentos utilizados e as variáveis medidas, enquadrando esta avaliação nas restantes dimensões da qualidade.

Figura 3.1. – Dimensões da qualidade com especificação da dimensão estrutura



Efetua-se, de seguida, a caracterização sociodemográfica e clínica dos utentes com diabetes, a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros e a caracterização do ambiente da prática de enfermagem.

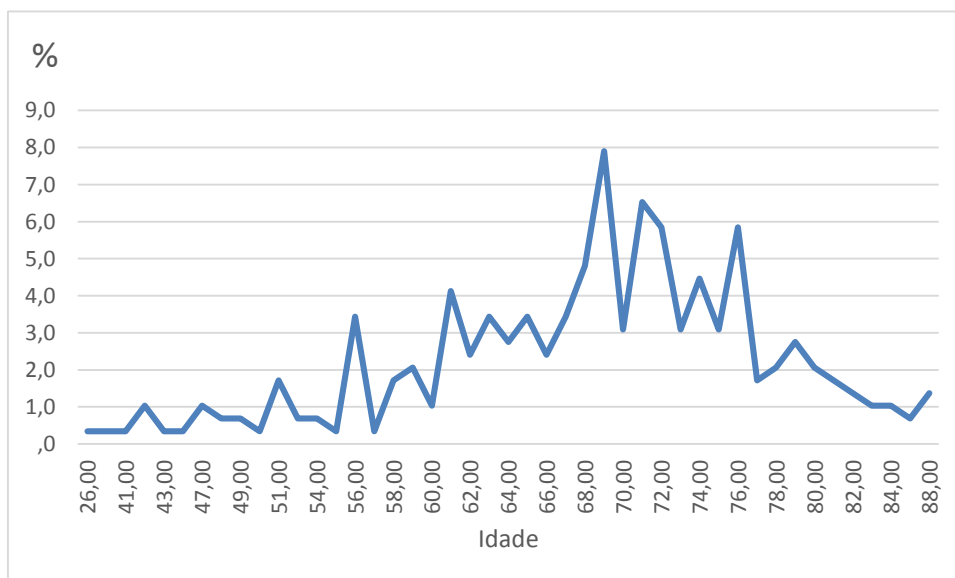
1.1. UTENTES COM DIABETES TIPO 2: CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Neste capítulo apresentamos os dados relativos à caracterização sociodemográfica dos utentes com diabetes tipo 2 que constituíram a amostra. Apresentamos ainda os resultados relativos a variáveis relacionadas com a caracterização do utente face à doença e seu tratamento, concretamente, anos de diagnóstico de diabetes e tipo de tratamento medicamentoso.

A amostra foi constituída por 292 utentes com idades compreendidas entre os 26 e os 88 anos, com uma média de idades de 68 anos e desvio padrão de 9,8.

Considerando a relevância da idade do utente, enquanto variável da estrutura, que de acordo com o modelo adotado, pode estar relacionada com o processo de cuidados e a forma como é desenvolvido e os resultados obtidos (Doran, et al., 2006; Irvine et al., 1998), apresentamos no gráfico 3.1. a distribuição por idades dos utentes que compõem a amostra:

Gráfico 3.1. – Distribuição da amostra por idades



Considerando a classificação por faixa etária contemplada pela OMS (2000), temos 33,7% dos utentes em idade adulta (até aos 65 anos), os restantes 66,3% são idosos, dos quais 7,2% são idosos na faixa etária superior aos 80 anos, classificada como quarta idade.

Verificamos, conforme os dados apresentados na tabela 3.1., que a maioria dos utentes integrantes da amostra é do género masculino, embora com uma diferença relativa reduzida (1%).

Os resultados mostraram um predomínio dos utentes com instrução primária, representando 71,2% da amostra. Sendo de salientar que 37 utentes (12,8% da amostra) não frequentaram qualquer grau de instrução.

Quanto ao estado civil, a maioria dos respondentes é casada ou vive em união de facto (75,3%).

A maioria dos utentes da amostra é reformada ou pensionista (73,4%) e a maioria (52,1%) refere ter o suficiente para as necessidades no que respeita à situação financeira.

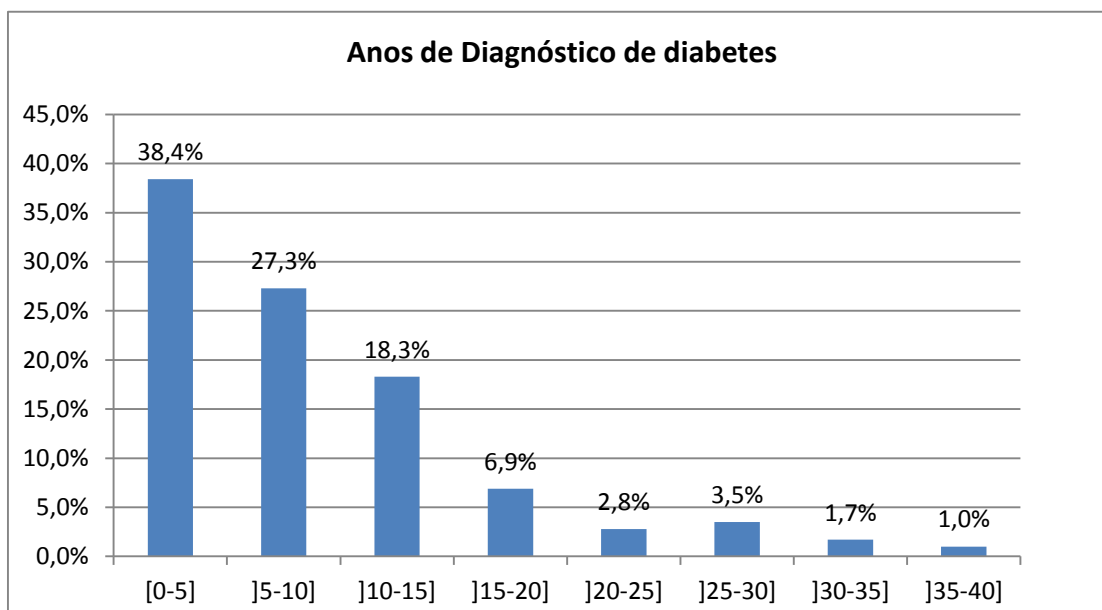
Tabela 3.1. – Características sociodemográficas da amostra

		Nº	%
Género	Feminino	143	49,5
	Masculino	146	50,5
Estado Civil	Solteiro	11	3,8
	Casado/ União De Facto	220	75,3
	Divorciado/ Separado	9	3,1
	Viúvo	52	17,8
Escolaridade	0 anos	37	12,8
	1-4 anos	205	71,2
	5-9 anos	29	10,1
	10-12 anos	7	2,4
	Bacharelato	4	1,4
	Licenciatura	6	2,1
Situação Profissional	Profissionalmente ativo	53	18,3
	Reformado/Pensionista	213	73,4
	Desempregado	18	6,2
	Baixa	6	2,1
Situação Financeira	Confortável	37	12,7
	Tenho o suficiente para as necessidades	152	52,1
	Tenho algumas dificuldades	75	25,7
	É muito problemática	28	9,6

No sentido de caracterizar a situação do utente face à diabetes apresentamos, também, os dados relativos à caracterização da doença e comorbilidades.

38,4% dos utentes (o período com maior expressão) tem o diagnóstico de diabetes há 5 anos ou menos (gráfico 3.2.). Estes apresentam uma média de anos de diagnóstico de 9,8 anos (S.D.=8,3), com o valor mínimo inferior a um mês e valor máximo de 40 anos de diagnóstico.

Gráfico 3.2. – Distribuição da amostra por anos de diagnóstico de diabetes



Quanto à existência de complicações, verifica-se que a maioria (74,2%) reporta não ter, nem ter tido quaisquer complicações decorrentes da diabetes e apenas 25,8% (n=75) reporta complicações.

Conforme podemos constatar na tabela 3.2. a complicação aguda mais frequente é a hipoglicemia com 97,7% dos respondentes a identificar essa opção; quanto às complicações crónicas a mais reportada foi a retinopatia diabética (39%), seguida da doença cerebrovascular e doença vascular periférica, ambas com 16,9% dos respondentes a referir essas complicações.

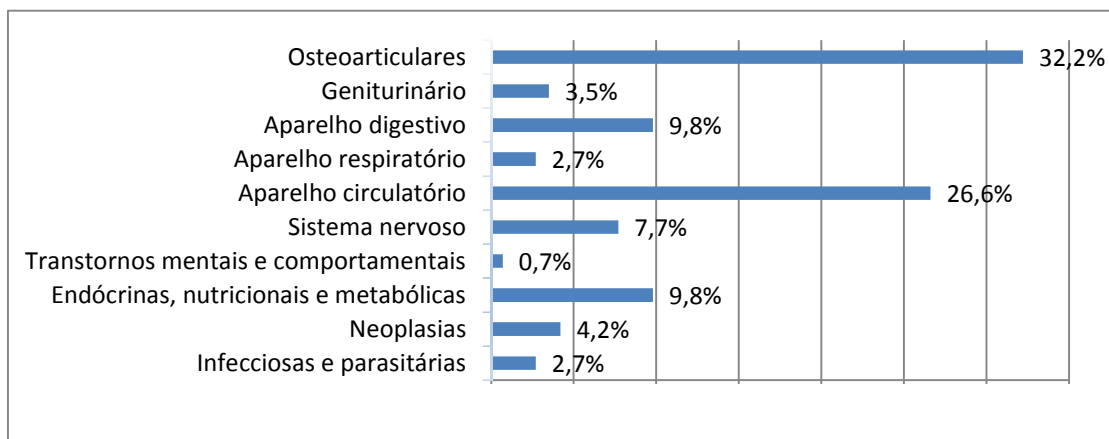
Tabela 3.2. – Distribuição dos respondentes conforme as complicações agudas (n=43) e crônicas (n=36) da diabetes reportadas

		Nº	%
Complicações agudas	Hipoglicemia	42	97,7
	Cetoacidose	1	2,3
Complicações crônicas	Retinopatia diabética	23	39
	Nefropatia	3	5,1
	Doença coronária	4	6,8
	Doença cerebrovascular	10	16,9
	Doença vascular periférica	10	16,9
	Disfunção sexual	2	3,4
	Pé Diabético	7	11,9

Quanto ao recurso ao serviço de urgência ou internamento relacionado com a diabetes, apenas uma percentagem reduzida de respondentes referiu ter tido essa necessidade (5,8%; n=17), ao passo que 94,2% indicou não ter tido essa necessidade.

Quanto às comorbilidades reportadas (gráfico 3.3.), verificamos que dos 119 respondentes, os grupos de doenças mais frequentemente reportados foram as doenças osteoarticulares (32,2%) e as doenças do aparelho circulatório (26,6%). A classificação adotada para a classificação das comorbilidades foi a Classificação Internacional de Doenças (OMS, 2010).

Gráfico 3.3. – Distribuição dos respondentes pelas comorbilidades associadas reportadas



Quanto à medicação em curso para tratamento da diabetes temos que uma larga percentagem (91,1%; n=265) toma antidiabéticos orais exclusivamente e que 2,4% (n=7) faz uso exclusivo de insulina e que apenas 4,8% (n=14) usa a terapêutica combinada de insulina e antidiabéticos orais.

Relativamente à toma de anti-hipertensores e antidislipidémicos, verificamos que, dos respondentes (n= 265), a maioria tem em curso tratamento com estes fármacos, com 80,6% dos respondentes a tomar anti hipertensores e 66,8% a tomar antidislipidémicos.

Com os resultados apresentados podemos caraterizar o utente com diabetes, concretamente os indivíduos que compõem a amostra, permitindo, desta forma conhecer as caraterísticas da amostra que irá mobilizar-se para se proceder à análise da efetividade dos cuidados de enfermagem.

De seguida, passamos a apresentar a caraterização sociodemográfica e profissional do outro grupo amostral envolvido no estudo, a amostra dos enfermeiros, pretendendo, assim complementar a análise à componente relativa à estrutura.

1.2. ENFERMEIROS: CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

A amostra intencional/não probabilística por conveniência é constituída por 49 enfermeiros do Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral que aceitaram participar no estudo através do autopreenchimento do questionário e que atualmente prestam cuidados de enfermagem a utentes com diabetes e que por questões metodológicas do estudo da efetividade dos cuidados de enfermagem, estão associados à amostra de utentes com diabetes anteriormente caraterizados.

A amostra apresenta uma média de idades de 43 anos (S.D.=7,5), sendo a idade máxima de 62 anos e a mínima de 29 anos, sendo a maioria (95,9%) do sexo feminino (tabela 3.3).

Quanto à formação, a maioria dos enfermeiros é detentor do grau de licenciatura ou equivalente legal (69,4%), sendo o segundo maior grupo constituído por enfermeiros com pós-graduação ou especialidade (16,3%) e com a percentagem de 12,2% com bacharelato ou equivalente legal. Não houve enfermeiros que indicassem a formação académica de doutoramento, mas com mestrado houve referência por 2% dos enfermeiros.

Tabela 3.3. - Distribuição da amostra quanto às características sociodemográficas (n=49).

Caraterísticas Socio-Demográficas		Nº	%
Sexo	Feminino	47	95,9
	Masculino	2	4,08
Formação Académica	Bacharelato ou equivalente legal	6	12,2
	Licenciatura ou equivalente legal	34	69,4
	Pós-graduação/Especialidade	8	16,3
	Mestrado	1	2,0
	Doutoramento	-	-

Quanto às características socioprofissionais, os enfermeiros exercem a profissão em média há 19,2 anos (S.D.=7,8), tendo como experiência mínima 3 anos e máxima 40 anos. Estes profissionais apresentam uma experiência profissional na área da diabetes de 14,39 anos em média (S.D=8,23), com um mínimo de 2 anos de experiência e um máximo de 40 anos.

Da amostra, 24,5% apresenta a categoria profissional de enfermeiro e 71,4% de enfermeiro graduado, apenas 4,1% apresenta a categoria profissional de enfermeiro especialista.

Das unidades funcionais que compõem o ACES PL, 57,1% dos respondentes desenvolve funções numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 14,3% dos respondentes desenvolve a atividade numa Unidade de Saúde Familiar e 28,6% dos respondentes respondeu “Outra”, sendo de depreender, face à reconfiguração dos cuidados de saúde primários, que poderá desenvolver funções numa Unidade de Cuidados na Comunidade ou pertencer a uma unidade ainda não integrada em nenhuma das anteriormente referidas, não estando ainda organizada enquanto unidade funcional.

Os enfermeiros respondentes, em média desempenham funções na atual unidade há 9,92 anos (S.D.=8,76), com um mínimo de 2,5 meses e máximo de 35 anos.

Relativamente à área da diabetes e concretamente quanto à frequência de formação nesta área após início da carreira profissional, a maioria dos respondentes (61,2%) referiu ter frequentado, enquanto 38,8% referiu não ter frequentado qualquer formação nesta área desde que trabalha como enfermeiro. Dos respondentes (n=47), 62,2% considera a formação que obteve na área da diabetes insuficiente e 37,8 % suficiente.

1.3. AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM- CARATERIZAÇÃO ORGANIZACIONAL:

Para se proceder à caraterização do ambiente da prática de enfermagem recorreu-se ao PES–NWI enquanto instrumento de medida, após a sua revalidação e a questões de resposta fechada (S/N) para avaliar algumas variáveis relevantes que não foram contempladas na escala revalidada.

Efetuiu-se a referida caraterização com o intuito de conhecer-se o ambiente inerente à prática de cuidados de enfermagem enquanto componente da estrutura de cuidados, considerando a ótica dos enfermeiros, cuja caraterização se efetuou no subcapítulo anterior e que farão parte do estudo correlacional sobre a efetividade dos cuidados de enfermagem à pessoa com diabetes.

A escala utilizada permite avaliar o ambiente da prática de enfermagem e a sua classificação pode variar de 4 (mínimo) até 1 (máximo). Para efeitos de análise dos dados estas cotações foram invertidas, correspondendo, posteriormente, o valor 4 à melhor cotação para a variável que concorre para a avaliação do ambiente organizacional.

O ponto médio para cada item será 2,5; assim verificamos na tabela 3.4. que o fator que obteve melhor cotação foi a organização inter e intradisciplinar com um valor de 2,98 de média (S.D.=0,44); por outro lado, o fator com pior cotação foi a adequação de recursos com uma média de 2,04 (S.D.=0,63).

No global, o ambiente da prática de cuidados de enfermagem revelou uma cotação quase coincidente com o ponto médio, tendo sido classificado o ambiente de trabalho pela amostra dos enfermeiros com o valor 2,49 (S.D.=0,36).

Tabela 3.4 – Estatística descritiva por fatores da escala PES–NWI (N=49)

Fatores e itens correspondentes		Média	SD
Organização inter e intra disciplinar		2,98	0,44
1	Os médicos, os enfermeiros (e restante equipa multidisciplinar) têm boas relações de trabalho.	3,35	0,56
2	O trabalho é desenvolvido em equipa entre enfermeiros, médicos (e restante equipa multidisciplinar).	2,96	0,58
3	Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos.	2,78	0,50
4	A distribuição dos utentes pelos enfermeiros promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro cuida preferencialmente dos mesmos utentes.	2,82	0,88

Tabela 3.4 – Estatística descritiva por fatores da escala PES–NWI (N=49) (continuação)

	Média	SD
Supervisão de cuidados		
5 Existe uma equipa com funções de supervisão que apoia os enfermeiros.	2,08	0,70
6 Os responsáveis pela supervisão utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica.	2,48	0,71
7 Tenho tempo suficiente e oportunidade para discutir problemas relacionados com os cuidados aos utentes com outros enfermeiros.	2,57	0,65
8 Há valorização e reconhecimento pela prestação de cuidados de qualidade.	2,29	0,71
9 O órgão de gestão espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.	2,90	0,77
10 Os elementos de enfermagem pertencentes aos órgãos de gestão têm tanto poder e autoridade quanto os restantes.	2,18	0,67
11 Existe uma clara filosofia inerente à conceção e prestação de cuidados de enfermagem.	2,55	0,67
12 Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico.	3,18	0,50
13 Existe um programa ativo (em vigor) de garantia da qualidade.	2,27	0,67
14 Existe um programa de integração com um orientador para enfermeiros recém-contratados	2,10	0,82
15 Os cuidados de enfermagem são baseados em modelos de enfermagem e não num modelo biomédico.	2,84	0,65
16 Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os utentes.	2,60	0,88
17 Utilizam-se diagnósticos de enfermagem.	2,96	0,73
Valorização e Desenvolvimento Profissional		
18 Existem programas de desenvolvimento profissional ou programas de formação contínua para enfermeiros.	2,39	0,85
19 Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira profissional.	2,01	0,82
20 Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna.	2,12	0,88
21 São proporcionadas oportunidades de promoção/progressão.	1,88	0,71
22 O órgão de gestão (administração) ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários.	2,22	0,77
23 Os enfermeiros estão envolvidos na gestão interna da unidade funcional a que pertencem (ex: comissões de práticas e de política interna).	2,35	0,75
24 Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões / grupos de trabalho.	2,42	0,73
Estilos de Liderança		
25 Tenho um enfermeiro com funções de chefia/coordenação que é bom gestor e líder.	2,55	0,64
26 O elemento com funções de direção de enfermagem está presente e é acessível à equipa.	2,67	0,59
27 O enfermeiro com funções de chefia/coordenação apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico (ou outro profissional).	2,77	0,55
28 Os elementos com funções de supervisão da equipa de enfermagem consultam os enfermeiros sobre problemas e procedimentos da sua prática.	2,44	0,64
Adequação de recursos		
29 Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos utentes.	2,08	0,67
30 Os profissionais são suficientes face às necessidades de cuidados dos utentes.	2,55	0,64
Total do Ambiente de Cuidados	2,49	0,36

Quanto aos recursos através da PES–NWI, foi avaliada a perceção dos enfermeiros sobre a adequabilidade dos recursos humanos. No questionário desenvolvido para a amostra dos enfermeiros questionou-se também os enfermeiros se consideravam os recursos

materiais para realizar a educação terapêutica suficientes: 42,6% consideram os recursos suficientes, sendo que a maioria (57,4%) considera-os insuficientes.

Enquadrado na estrutura organizacional, avaliou-se se os enfermeiros consideravam o tempo dado pela instituição para desenvolver/manter o nível de competências na área da diabetes suficiente, sendo que 66,7% considera esse tempo insuficiente.

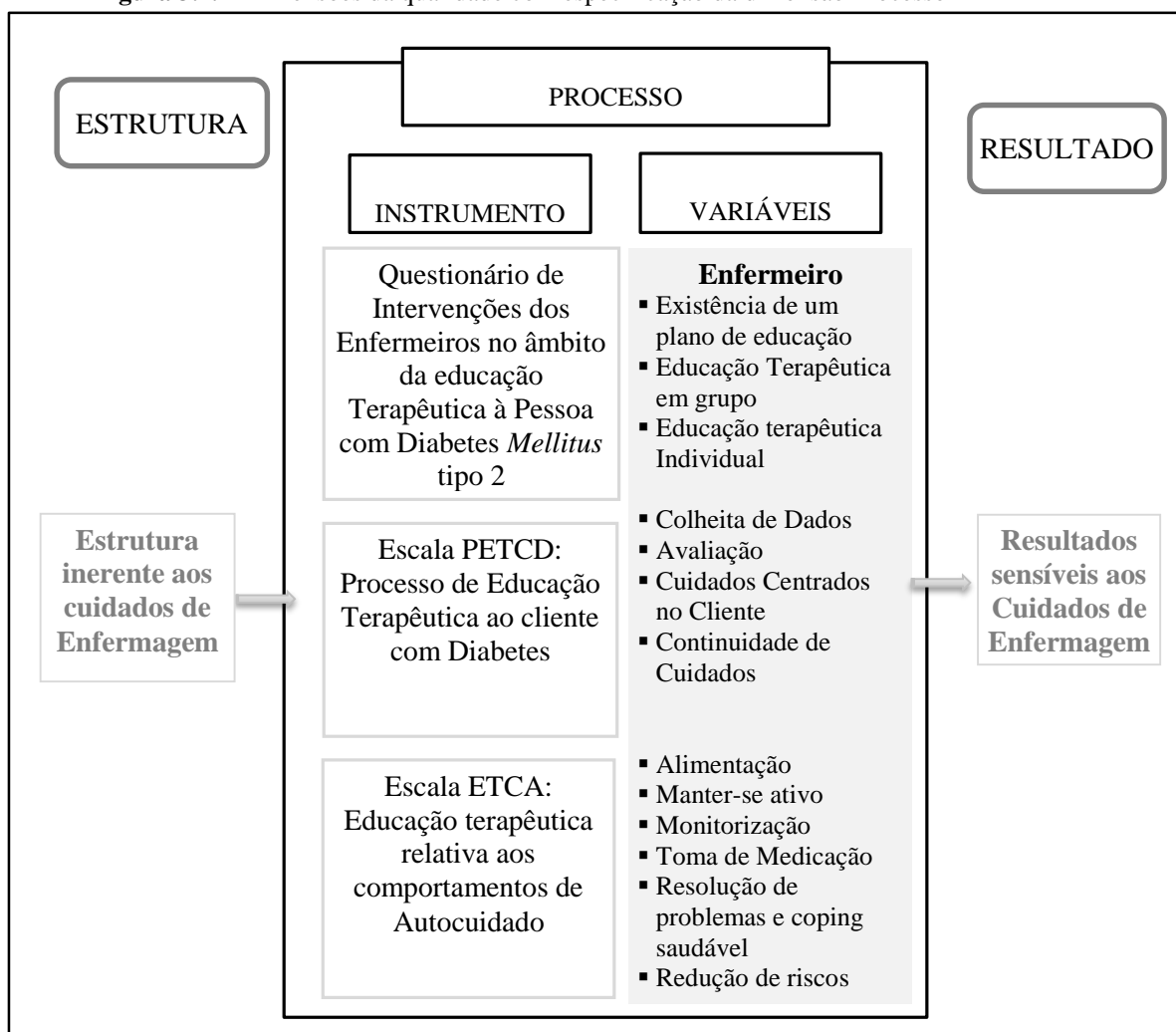
O ambiente da prática de enfermagem está associado, conforme literatura mobilizada na presente discussão, a melhores indicadores de qualidade, sendo uma componente da estrutura inerente aos cuidados de enfermagem, considerando-se fundamental que gestores e líderes se dotem de dados concretos sobre as áreas em que se detetam lacunas no sentido de desenhar estratégias que melhorem estes aspetos. Por outro lado, a identificação dos pontos fortes poderá promover o investimento a partir destes no sentido de se traçarem medidas de melhoria, partindo das potencialidades existentes.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS: PROCESSO DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA À PESSOA COM DIABETES - INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS

Uma vez que o modelo NREM propõe variáveis de âmbito geral, dando indicação de que devem ser variáveis relacionadas com as intervenções autónomas ou interdependentes dos enfermeiros e não específica para a área da diabetes, procurou-se caracterizar as intervenções dos enfermeiros centrais à área da diabetes, concretizando com a especificidade da educação terapêutica enquanto intervenção autónoma e da diabetes enquanto doença com uma componente muito relevante de autogestão.

Apresentamos a figura 3.2. que identifica a avaliação da dimensão processo, nomeadamente os instrumentos utilizados e as variáveis medidas, enquadrando nas restantes dimensões.

Figura 3.2. – Dimensões da qualidade com especificação da dimensão Processo



Dos enfermeiros que compõem a amostra, apenas 34,8% refere basear-se nalgum plano ou programa de educação estruturado (com conteúdos, objetivos, atividades, metodologia e avaliação) específico para educar as pessoas com diabetes ao seu cuidado, os restantes 65,2% indicam não utilizar qualquer programa ou plano de educação.

Apenas 25% dos respondentes afirmam efetuar educação terapêutica em grupo, os restantes 75% refere não efetuar educação em grupo.

Da amostra que compõe o nosso estudo 75,5% não respondeu à questão relativa à existência ou não de avaliação dos resultados, dos 24,5% que responderam, 58,3% respondeu que efetuava avaliação dos resultados e 41,7% indicou não avaliar os resultados.

A educação terapêutica individual é desenvolvida pela maioria dos enfermeiros que compõem a amostra: 93,9% indicou realizar educação terapêutica individual, os restantes 6,1% indicou que não.

Relativamente à realização de avaliação da educação terapêutica individual, 83,7% dos respondentes (n=45) indica realizá-la, os restantes 16,3% indica não avaliar os resultados.

A tabela 3.5. apresenta quais os elementos envolvidos na educação terapêutica de acordo com os respondentes.

Tabela 3.5. – Elementos envolvidos na Educação Terapêutica (n=49)

Profissionais de saúde envolvidos	%
Enfermeiro	19,1
Médico e Enfermeiro	63,8
Enfermeiro e outros Profissionais de Saúde	17
Total	100

A tabela 3.6. descreve os dados relativos às dimensões que se reportam às intervenções de âmbito geral e concordantes com as etapas do processo de enfermagem, desenvolvidas pelos enfermeiros, no âmbito da educação terapêutica avaliadas através da Escala *Processo de Educação Terapêutica ao Cliente com Diabetes* (PETCD). Esta escala avalia a frequência com que os enfermeiros desenvolvem um conjunto de intervenções consideradas boas práticas no âmbito da educação terapêutica, podendo os valores ir de 5 (menor frequência reportada) até 1 (maior frequência reportada), para efeitos de análise de dados esta cotação foi invertida, correspondendo o 5 ao máximo para cada dimensão, considerando o score médio.

A dimensão *colheita de dados* foi onde, em média, o valor obtido foi menor correspondendo a uma menor frequência de desenvolvimento das atividades preconizadas pelas *guidelines* na área da educação terapêutica.

As intervenções integrantes da dimensão *continuidade de cuidados* foram aquelas que obtiveram uma classificação superior, em média, com uma cotação de 3,80 (S.D.=0,79).

Tabela 3.6 – Estatística descritiva da PETCD por dimensões (N=49)

Dimensões e itens correspondentes		Méd.	SD
Colheita de Dados		3,20	0,70
1	Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária ao utente	4,02	0,90
2	Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos membros da família	3,18	0,93
3	Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos membros da rede de suporte social	2,53	1,06
4	Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos registos médicos existentes	3,72	0,92
5	Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos profissionais de saúde de referência (ex.nutricionistas, podologistas...)	2,52	1,07
Avaliação		3,47	0,88
6	Avaliação objetiva relativa aos comportamentos de autocuidado no início do processo terapêutico.	3,53	0,98
7	Avaliação objetiva dos resultados relativos aos comportamentos de autocuidado em intervalos regulares.	3,41	0,98
Cuidados Centrados no Cliente		3,71	0,82
8	Estabelecimento do plano terapêutico em conjunto com o utente	3,54	1,05
9	A educação terapêutica desenvolvida é estruturada seguindo um currículo/plano pré-definido	3,04	1,22
10	Desenvolvimento e implementação de estratégias distintas conforme o nível de instrução/capacidade demonstrada	4,08	1,00
11	A educação é efetuada com base na avaliação de necessidades e problemas identificados	4,18	1,04
Continuidade de Cuidados		3,80	0,79
12	Apoio continuado com a frequência considerada necessária pelo utente	3,86	0,96
13	Apoio à pessoa cuidadora/família com vista à aquisição e desenvolvimento de competências na área da diabetes	3,53	1,17

A Escala *Educação Terapêutica Relativa aos Comportamentos de Autocuidado* (ETCA) avalia a frequência com que os enfermeiros desenvolvem as intervenções preconizadas pelas *guidelines* no âmbito da educação terapêutica dirigida aos vários comportamentos de autocuidado.

Das 6 dimensões constituintes da escala (Alimentação, Manter-se ativo, Monitorização, Toma de Medicação, Redução de Riscos, Resolução de Problemas e Coping Saudável), a dimensão Redução de Riscos é aquela em que se verificam, em média, valores mais elevados (4,22, S:D:=0,52); por outro lado, a dimensão com um score médio mais baixo foi nas intervenções relativas à toma de medicação (tabela 3.7.).

Tabela 3.7. – Estatística descritiva da ETCA por dimensões (n=49)

Dimensões e Itens Correspondentes	Méd.	S.D.
Alimentação: ensinar as pessoas sobre...	3,98	0,61
1 O efeito dos alimentos sobre a glicemia	4,71	0,54
2 Fontes de hidratos de carbono, gordura e proteínas	4,49	0,74
3 Fazer escolhas alimentares saudáveis	4,65	0,63
4 Ajustar o tamanho das porções	4,31	0,62
5 Ler os rótulos	3,55	1,10
6 Contar hidratos de carbono	2,92	1,13
7 Preparar refeições	3,22	1,39
Manter-se ativo: ensinar as pessoas a...	3,74	0,94
8 Analisar barreiras (físicas, ambientais, psicológicas e de tempo)	3,80	1,00
9 Desenvolver um plano de atividade apropriada que pondera a alimentação e medicação face ao nível de atividade	3,68	1,04
Monitorização	4,18	0,64
10 Instruir os pacientes sobre a escolha e seleção do equipamento de monitorização da glicemia	4,35	0,99
11 Horas e frequência de avaliação da glicemia	4,55	0,65
12 Interpretação e uso dos valores obtidos	4,53	0,58
13 Ensinar a avaliar regularmente a pressão sanguínea	3,82	1,07
14 Ensinar a verificar regularmente o peso	3,67	1,16
Toma de Medicação	3,59	0,66
15 Ensinar relativamente a cada medicação: a sua ação, efeitos secundários, eficácia, toxicidade.	3,35	1,11
16 Ensinar relativamente a cada medicação: dosagem prescrita, hora e frequência de administração.	3,29	1,12
17 Ensinar relativamente a cada medicação: efeito de omissão ou atraso das tomas	3,82	0,93
18 Ensinar relativamente a cada medicação: instruções sobre administração, armazenamento, viagens e segurança.	3,90	0,90
Resolução de problemas e coping saudável	4,02	0,72
19 Analisar dificuldades físicas	4,18	0,78
20 Analisar dificuldades emocionais	3,94	0,92
21 Analisar dificuldades cognitivas	4,04	0,89
22 Analisar dificuldades financeiras	3,73	1,08
23 Fomentar o desenvolvimento de estratégias de <i> coping </i>	3,80	0,88
24 Identificar a motivação do paciente para a mudança comportamental	4,14	0,87
25 Ajudar o paciente a alcançar objetivos alcançáveis	4,22	0,74
26 Analisar dificuldades e fomentar o desenvolvimento de competências de <i> coping </i>	4,12	0,75
27 Avaliar os pacientes quanto ao seu estado emocional	4,02	0,88
Redução de riscos	4,22	0,52
28 Ensinar sobre recomendações terapêuticas com vista à diminuição de riscos	4,27	0,73
29 Estabelecer objetivos com vista à diminuição de riscos	4,24	0,60
30 Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à cessação tabágica	3,58	1,07
31 Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à inspeção dos pés	4,51	0,62
32 Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à monitorização da pressão sanguínea	4,02	0,88
33 Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à auto monitorização da glicemia	4,55	0,61
34 Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à manutenção dos cuidados pessoais ao melhor nível possível	4,37	0,73

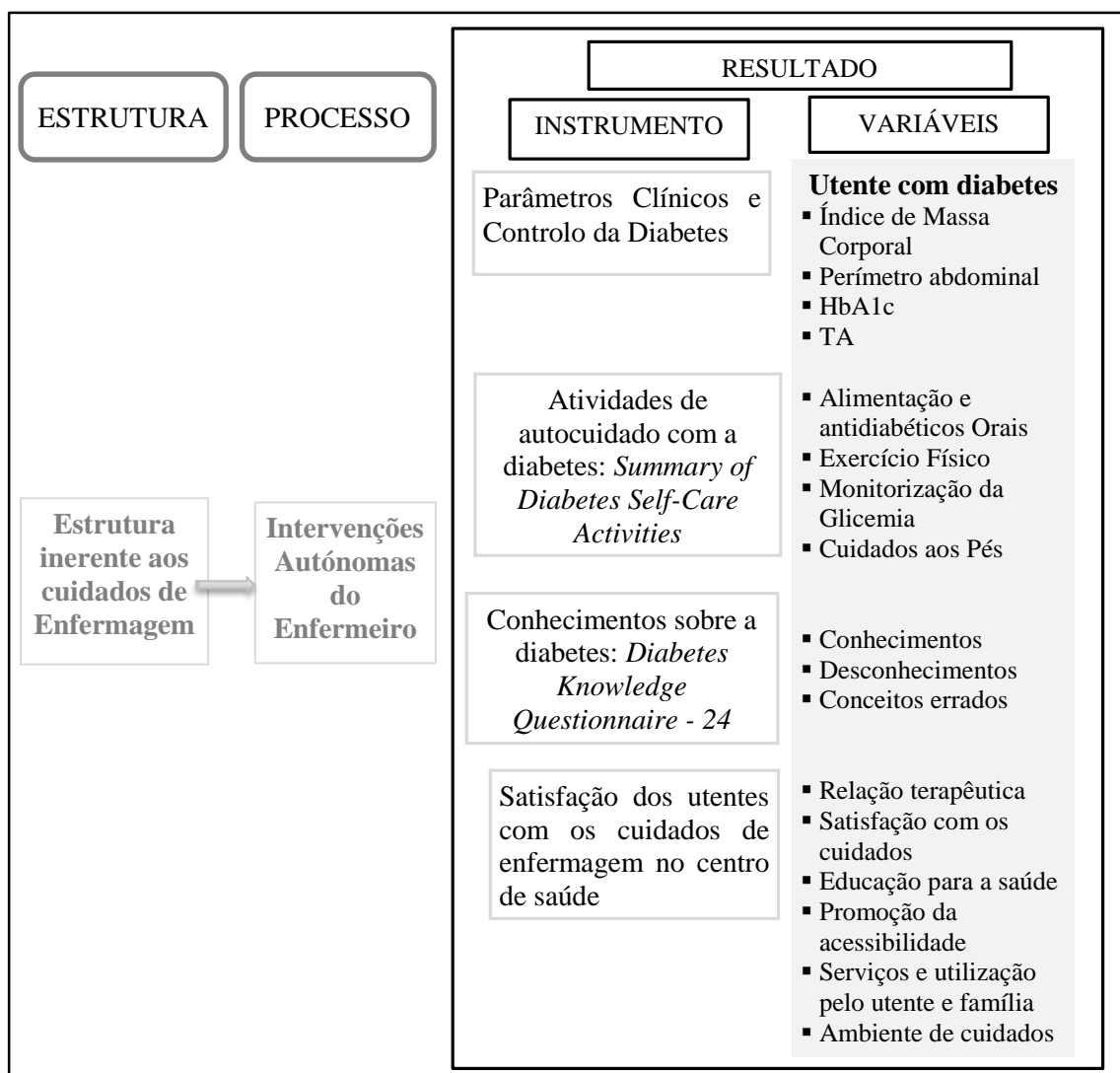
Após a descrição das variáveis de processo, passamos à caracterização das variáveis de resultado.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS: RESULTADOS DOS UTENTES

Os resultados que são descritos no presente subcapítulo resultam do modelo teórico adotado e da evidência sobre quais os resultados relevantes na área da diabetes e, destes, quais os resultados que a literatura indica serem sensíveis aos cuidados de enfermagem.

À semelhança do que fizemos para as restantes dimensões, apresentamos a figura 3.3. que identifica a avaliação da dimensão resultado identificando os instrumentos utilizados e as variáveis medidas, enquadrando nas restantes dimensões.

Figura 3.3. – Dimensões da qualidade com especificação da dimensão Resultado



3.1. PARÂMETROS CLÍNICOS E CONTROLO DA DIABETES

As variáveis aqui descritas e analisadas enquadram-se no âmbito do que a literatura nos indica serem os parâmetros mais tradutores do controlo clínico da diabetes, conforme o enquadramento teórico apresentado, sendo os resultados clínicos mais relevantes para análise do *status* de saúde do utente com diabetes.

Tal como referido, a HbA1c é um bom indicador e recomendado extensamente na bibliografia como indicador do controlo metabólico na diabetes *mellitus*, estando o seu controlo associado à diminuição de complicações da doença.

Como podemos verificar na tabela 3.8., a média deste valor para a amostra em estudo é de 6,8% (S:D=1,18), valor que indica que, em média, os utentes apresentam um adequado controlo glicémico, considerando o *cut point* de 7% preconizado pela American Diabetes Association (2014) e International Diabetes Federation (2013). Verificamos, também que 30,5 % dos utentes apresenta o valor da HbA1c acima de 7% (valor de referência).

Quanto ao IMC, podemos constatar que, a maioria (85,2%) dos utentes com diabetes, apresenta excesso de peso (IMC superior a 25). O valor para o IMC respeitante à média, para esta amostra, foi de 29,7 Kg/m² (S.D.=4,5), valor inserido na faixa do excesso de peso (WHO, 2015).

Quanto ao valor do perímetro abdominal, foi assumida a classificação da IDF (2006), considerando o risco cardiovascular aumentado para valores superiores ou iguais a 94 para os homens e superiores ou iguais a 80 para mulheres. Em média, os homens apresentam um valor acima do considerado adequado, com um valor de 105,2 cm (S.D.=9,3). As mulheres, apresentam em média, um valor também acima do recomendado de 103,6 cm (S.D.=12,5). Quanto às percentagens, considerando o risco cardiovascular, temos que 89,6% dos homens têm o valor do perímetro abdominal acima do valor adequado (acima do valor 94 cm) e 99,2% as mulheres têm também este valor acima do recomendado (acima de 80 cm).

Quanto à pressão arterial, considerando as recomendações da Sociedade Europeia de Hipertensão e Sociedade Europeia de Cardiologia (Mancia et al., 2009), para utentes com diabetes, recomendam-se valores de pressão arterial sistólica inferiores a 140mmHg e para valores de pressão arterial diastólica inferiores a 80 mmHg. Verificamos que, em

média, a pressão arterial sistólica se encontra acima do valor recomendado, ao passo que a pressão arterial diastólica, em média, se encontra dentro dos valores preconizados. Verificamos que a maioria (66,9%) dos utentes apresenta a pressão arterial sistólica acima do valor recomendado de 130 mmHg, por outro lado, a maioria dos utentes (86,6%) apresenta a pressão arterial diastólica dentro do valor considerado adequado considerando o risco cardiovascular (≤ 90 mmHg).

Tabela 3.8. – Dados clínicos de controlo da diabetes e relativos a fatores de risco cardiovascular

Parâmetros antropométricos e clínicos	Nº	Mín.	Máx.	Méd.	S.D.	% utentes com valor adequado	% utentes com valor inadequado	
Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)	284	21,2	48,2	29,7	4,5	14,8 (≤ 25)	85,2 (> 25)	
Perímetro abdominal (cm)	<i>Sexo masculino</i>	124	88	132	105,2	9,3	10,4 (< 94)	89,6 (≥ 94)
	<i>Sexo Feminino</i>	122	61	163	103,6	12,5	0,8 (< 80)	99,2 (≥ 80)
HbA1c (%)	243	4,7	12,3	6,8	1,18	69,5 (≤ 7)	30,5 (> 7)	
TA sistólica (mmHg)	286	100	250	142,7	18,7	43 (< 140)	57 (≥ 140)	
TA diastólica (mmHg)	286	49	110,00	78,4	10,5	72,4 (< 85)	27,6 (≥ 85)	

Após apresentarmos os valores clínicos relacionados com a caracterização da diabetes, do seu controlo e dos fatores de risco associados para as complicações cardiovasculares frequentes nos utentes com diabetes, passamos à descrição dos resultados encontrados para a área do autocuidado.

3.2. AUTOCUIDADO

O autocuidado é um indicador de resultado muito importante nesta doença, dado que esta é uma doença essencialmente de autogestão, sendo o autocuidado adequado determinante para se conseguir um bom controlo da doença.

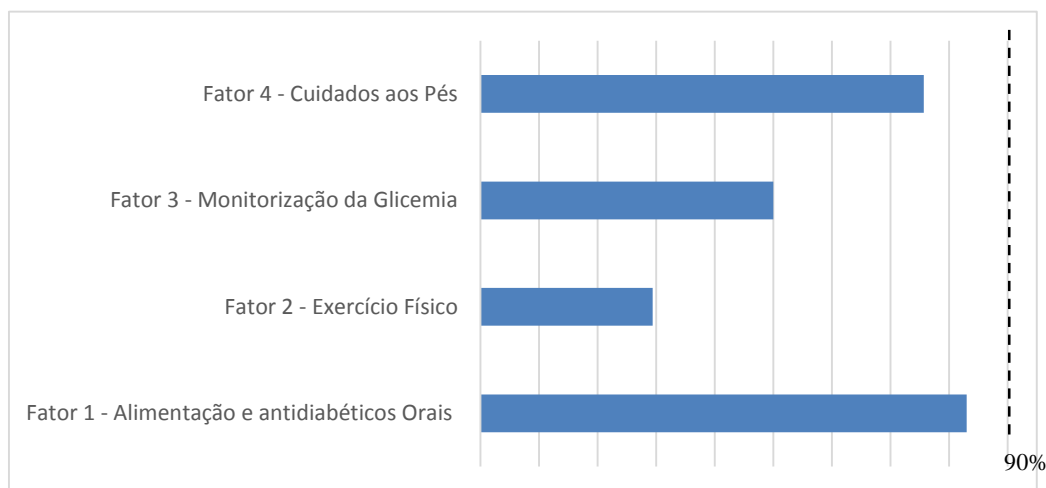
Para avaliar o autocuidado mobilizámos o instrumento “*Atividades de autocuidado com a diabetes: Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA)*”.

Assim, apresentamos na tabela 3.9. os níveis de autocuidado para os 292 respondentes expressos em dias da semana, sendo que 7 corresponderia ao valor máximo de adesão ao autocuidado, representando que a adesão se verificou nos 7 dias de uma semana; por outro lado, o valor 0 representa a adesão em 0 dias da semana, o pior resultado possível. Estes valores foram convertidos para percentagem para melhor interpretabilidade, em que 0%

representa o pior nível de adesão (em zero dias) e o 100% representa o melhor nível possível de adesão (nos 7 dias da semana).

Verificamos no gráfico 3.5. que o fator 4 (Cuidados aos pés) e 1 (alimentação e toma de antidiabéticos orais) são aqueles com maior nível de adesão.

Gráfico 3.5. – Percentagem de adesão relativa aos Autocuidados



Considerado a existência de vários fatores, apresentamos na tabela 3.9. os resultados dos vários fatores e também dos itens correspondentes.

Tabela 3.9. - Estatística descritiva da SDSCA por fatores

Itens e fatores	M	DP	% Adesão
Fator 1 - Alimentação e toma de antidiabéticos Orais	5,81	1,17	83,00%
1. Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	5,7	1,49	81,43%
2. Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	4,99	2,09	71,29%
3. Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	6,79	1,03	97,00%
Fator 2 - Exercício Físico	2,06	2,10	29,43%
4. Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar).	2,92	2,71	41,71%
5. 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?	1,21	2,16	17,29%
Fator 3 - Monitorização da Glicemia	3,50	2,47	50,00%
6. Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	3,44	2,56	49,14%
7. Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue, no número de vezes que o seu médico ou enfermeiro recomendou?	3,57	2,62	51,00%

	M	DP	% Adesão
Fator 4 - Cuidados aos Pés	5,30	1,86	75,71%
8. Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	4,92	2,69	70,29%
9. Em quantos dos últimos SETE DIAS inspecionou o interior dos seus sapatos?	3,83	3,07	54,71%
10. Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	6,42	1,44	91,71%
11. Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	6,01	1,94	85,86%
Total do Autocuidado	4,52	1,06	64,57%

Quanto à alimentação e toma de antidiabéticos orais, este foi o fator com níveis de adesão mais elevados (83% de dias da semana), tendo o item relativo à toma da medicação o valor percentual de adesão mais elevado da escala (97%).

O autocuidado “exercício físico” foi aquele em que se verificou um nível mais baixo de adesão de 29,43% dos dias da semana, embora a prática de atividade física durante pelo menos 30 minutos tenha revelado um nível de adesão de 41,71%.

A monitorização da glicemia foi um comportamento do autocuidado com um nível de adesão de 50% dos dias da semana, representando que, em média, em metade dos dias da semana os utentes respondentes aderem a este autocuidado (S.D.=2,47 dias).

O fator relativo ao autocuidado “cuidados com os pés” revelou *scores* de adesão bastante bons, com um nível de adesão de 75,71% dos dias da semana, com o item relativo à higiene diária dos pés com um nível de adesão de 91,71%.

Os itens relativos aos hábitos tabágicos, tal como referido, não foram sujeitos à avaliação psicométrica por não se referirem à adesão ao autocuidado, permitindo avaliar a quantidade e frequência do uso de cigarros.

Na tabela 3.10. apresentamos a distribuição das respostas (n=286) relativamente à questão “Quando fumou o seu último cigarro?”

Tabela 3.10.- Distribuição das respostas relativas à questão “Quando fumou o último cigarro?”

	Nº	%
Nunca fumou	217	75,9
Quatro a doze meses atrás	2	0,7
No último mês	1	0,3
Hoje	16	5,6
Há mais de 2 anos atrás	44	15,4
Um a 2 anos atrás	6	2,1

Apenas 6,9% dos utentes refere ter fumado na última semana, em média fumaram 3,8 cigarros por dia (S.D.=3,6), os restantes 93,1% referiram não ter fumado na última semana.

O *score* global do autocuidado indica que o nível de adesão se situou nos 64,57%, considerando um valor médio de adesão de 4,52 dias da semana (S.D.=1.06 dias), revelando que em média, em 4,52 dias dos 7 dias da semana os respondentes revelam adesão aos comportamentos de autocuidado.

3.3. CONHECIMENTOS

Para a avaliação dos conhecimentos foi mobilizada a versão de Bastos (2004) do instrumento "Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ) – 24". Este instrumento de colheita de dados foi adotado um vez que contempla os principais aspetos recomendados na área de educação do utente com diabetes e encontrar-se validado para a população portuguesa, numa amostra com características semelhantes à amostra em estudo.

O questionário agrupou-se quanto aos resultados em respostas *certas* (1), *erradas* (0) e *não sabe* (2), obtendo, assim, a proporção de respostas certas, erradas e de desconhecimentos.

Na tabela 3.11. encontram-se destacados os resultados de acordo com a resposta para cada item em que se encontra a maioria dos respondentes.

Tabela 3.11. - Distribuição das respostas erradas, corretas e de desconhecimentos.

Questões		Erradas		Corretas		Desconhecimento	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Comer muito açúcar e alimentos doces é uma causa da Diabetes.	290	251	86,6	23	7,9	16	5,5
A causa comum da Diabetes é a falta ou resistência à insulina no corpo.	290	22	7,6	139	47,9	129	44,5
A Diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar.	290	61	21	58	20	171	59
Os rins produzem insulina.	290	50	17,2	115	39,7	125	43,1
Na Diabetes não tratada a quantidade de açúcar no sangue, normalmente, sobe.	290	14	4,8	226	77,9	50	17,2
Se é diabético os seus filhos têm maior risco para serem diabéticos.	290	33	11,4	208	71,7	49	16,9
A Diabetes pode curar-se.	290	70	24,1	173	59,7	47	16,2
O nível de açúcar no sangue de 210, num teste em jejum, é muito alto.	290	23	7,9	245	84,5	22	7,6

	Tabela 3.11. - Distribuição das respostas erradas, corretas e de desconhecimentos (continuação)						
	Erradas		Corretas		Desconhecimento		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
A melhor maneira de avaliar a sua Diabetes é fazendo testes à urina.	290	74	25,5	97	33,4	119	41
O exercício regular aumenta a necessidade de insulina, ou outro medicamento para a Diabetes.	289	37	12,8	112	38,8	140	48,4
Há 2 tipos principais de Diabetes: Tipo 1 ("Insulino-dependentes"/"insulino-tratados") e Tipo2 ("não insulino-dependentes")	290	14	4,8	191	65,9	85	29,3
Uma hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue) é provocada por muita comida.	291	54	18,6	146	50,2	91	31,3
A medicação é mais importante que a dieta e o exercício físico para controlar a Diabetes.	289	86	29,8	133	46	70	24,2
A Diabetes frequentemente provoca má circulação.	289	17	5,9	197	68,2	75	26
Cortes e feridas cicatrizam mais lentamente nos diabéticos.	289	30	10,4	236	81,7	23	8
Os diabéticos devem ter cuidados especiais, quando cortam as unhas dos dedos dos pés.	290	10	3,4	243	83,8	37	12,8
Uma pessoa com Diabetes deve limpar uma ferida com solução iodada e álcool.	289	78	27	94	32,5	117	40,5
A maneira como prepara a sua comida é tão importante como a comida que come.	289	12	4,2	240	83	37	12,8
A Diabetes pode prejudicar os rins.	289	13	4,5	211	73	65	22,5
A Diabetes pode provocar diminuição da sensibilidade das mãos, dedos e pés.	289	10	3,5	226	78,2	53	18,3
Tremores e suores são sinais de açúcar alto no sangue.	289	115	39,8	71	24,6	103	35,6
Urinar frequentemente e sede são sinais de açúcar baixo no sangue.	289	75	26	80	27,7	134	46,4
Meias-calças elásticas, ou meias, apertadas não são prejudiciais para os diabéticos.	289	89	30,8	114	39,4	86	29,8
Uma dieta para diabéticos consiste, essencialmente, em comidas especiais.	289	107	37	122	42,2	60	20,8

Considerando os dados constantes na tabela 3.12. quanto à causalidade da diabetes, os resultados indicam que a maioria dos utentes apresenta resposta errada no item que se reporta ao açúcar e alimentos doces enquanto causa da diabetes (86,6%); por outro lado, a maioria dos utentes apresenta conhecimentos corretos no item que aborda a causalidade relacionada com a falta ou resistência à insulina. No item que associa a causalidade da doença à dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar, a maioria revelou desconhecimento.

Quanto à produção da insulina, a maioria (43,1%) desconhece se esta é produzida pelos rins, tal como desconhece se a melhor maneira de avaliar a sua diabetes é fazendo testes à urina (41%); no entanto, a maioria (73%) sabe que a diabetes pode prejudicar os rins.

A maioria dos utentes que compõe a amostra, desconhece ou apresenta conhecimentos errados sobre os sinais de hipo e hiperglicemia.

As consequências a diabetes é uma área em que a maioria dos respondentes apresenta respostas certas nos itens avaliados.

No item relativo aos conhecimentos relativos à hereditariedade da doença, a maioria apresenta resposta correta.

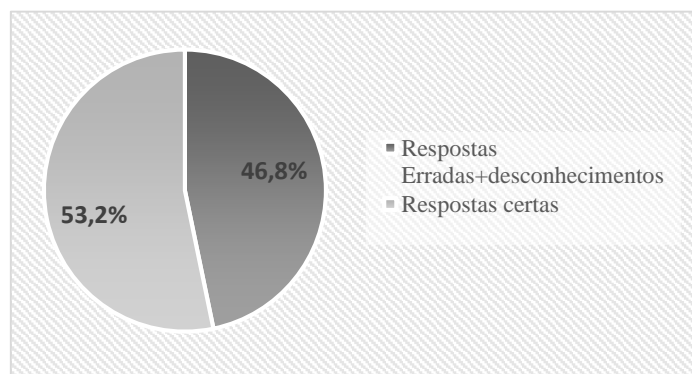
A maioria dos utentes conhece a existência dos 2 tipos principais de diabetes e conhece o prognóstico da doença quanto à cura.

Nos aspetos relacionados com a gestão do regime terapêutico e o controlo glicémico, a maioria dos utentes que compõe a amostra, sabe avaliar a adequabilidade do valor de 210mg/dl de glicemia em jejum, conhece a relação entre a ingestão de alimentos e a alteração na glicemia e conhece o grau de importância relativo e efeito da alimentação, exercício físico e medicação no controlo glicémico.

Quanto à autogestão da doença e cuidados associados, a maioria dos utentes apresentou respostas corretas, para os itens avaliados, nomeadamente quanto ao uso de meias elásticas, no que consiste uma dieta para diabéticos, a importância da forma como se prepara a comida, necessidade de cuidados especiais quando cortam as unhas; no entanto, a maioria desconhece como efetuar o tratamento a uma ferida.

Apresentamos o gráfico 3.6. onde consta a percentagem total de respostas corretas e o somatório de respostas incorretas e de desconhecimentos.

Gráfico 3.6. – Percentagem de respostas erradas adicionadas aos desconhecimentos e de respostas certas sobre a diabetes



Verificamos através do gráfico que a percentagem de itens com resposta correta é superior ao somatório das respostas incorretas com os desconhecimentos. Contudo, não é irrelevante o facto de se ter obtido em apenas 53,2% dos itens uma resposta correta, para a globalidade das respostas.

3.4. SATISFAÇÃO

Para avaliar a satisfação dos utentes com diabetes com os cuidados de enfermagem, mobilizamos a escala “*Questionário de Satisfação dos Utes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde (SUCECS)*”, construída e validada por Ribeiro (2005) para uma população com características semelhantes às do nosso grupo amostral.

Tal como efetuado pela autora da escala (Ribeiro, 2005), no sentido de analisar o nível de satisfação dos indivíduos inquiridos com maior objetividade e maior facilidade, quer na leitura quer na interpretação dos resultados, procedemos à transformação das variáveis que avaliam a satisfação, passando de valores inteiros para valores percentuais. Para este efeito, dividiu-se o valor obtido para cada caso pelo máximo de pontos possíveis no conjunto dos itens que compõem cada dimensão, multiplicando de seguida por cem (exemplo: $(\text{item 14} + \text{item 15})/6 \times 100$). Neste sentido, o valor poderá variar entre 0%-100%.

Após a revalidação para a nossa amostra, os vários fatores que compõem a escala sofreram uma reorganização, pelo que foram atribuídas novas designações a estes fatores face ao conteúdo que os compunha. Obtivemos, assim 6 fatores (Relação terapêutica, Satisfação com os cuidados, Educação para a saúde, Promoção da acessibilidade) cujos resultados são apresentados na tabela 3.12.

Nesta tabela, podemos identificar os resultados da estatística descritiva para cada fator em análise, quanto ao nível de satisfação tendo em conta a transformação dos resultados de cada variável referida. Podemos constatar que os respondentes apresentam valores médios de satisfação, para todos os fatores, acima dos 50%.

Tabela 3.12.-Estatística descritiva relativa à satisfação com os cuidados de enfermagem por fatores em %

Fatores e Conteúdo do item	Nº	Méd. (%)	S.D. (%)
Individualização da Educação para a Saúde	285	86,0	14,1
Apresentação da informação necessária para lidar com as necessidades em cuidados de enfermagem		91,3	17,8
Preocupação dos enfermeiros em fazer os ensinamentos necessários		90,9	18,6
Explicações compreensíveis		91,8	16,2
Validação da compreensão da informação e repetição da mesma se necessário		90,2	18,0
Disponibilização de informação escrita		68,9	28,9
Explicação dos cuidados prestados e da justificação dos mesmos		83,2	23,2
Informação Sobre Serviços e Utilização pelo Utente e Família	284	50,3	33,6
Preocupação dos enfermeiros em envolver os familiares ou as pessoas mais próximas		53,2	40,0
Preocupação dos enfermeiros em transmitir a informação sobre os serviços que tem à sua disposição		42,8	41,8
Preocupação dos enfermeiros em transmitir informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis		55,2	40,7
Promoção da Acessibilidade	283	69,1	26
Informação sobre o funcionamento do CS		71,3	33,6
Preocupação dos enfermeiros em explicar quais os direitos e deveres como utente		59,6	34,2
Existência de um enfermeiro a quem esteja mais ligado		64,1	42,0
Facilidade de contactar com os enfermeiros do CS		81,6	29,2
Ambiente de Prestação de Cuidados	285	93,3	13,6
Preocupação dos enfermeiros em manter a privacidade aquando da prestação de cuidados		93,2	14,8
Preocupação dos enfermeiros em manter um ambiente calmo		93,3	15,0
Relação Terapêutica	285	95,9	9,1
Atendimento com simpatia		97,3	9,1
Sentimento de atribuição de importância aos seus problemas		95,3	12,3
Demonstração de paciência no atendimento dos utentes		95,8	12,1
Sentimento de que os enfermeiros permitem colocar dúvidas		96,5	11,0
Atitude de considerar a opinião relativamente aos cuidados de enfermagem prestados		94,0	16,5
Sentimento de que os enfermeiros demonstraram ser profissionais atualizados e bem informados		96,8	10,2
Apreciação dos Cuidados Prestados	285	96,1	8,5
Forma de explicação (linguagem utilizada, a preocupação em repetir em caso de não compreensão, a preocupação de validar se a mensagem foi percebida)		96,7	11,4
Forma como foi atendido pelos enfermeiros no CS		95,8	12,7
Disponibilidade dos enfermeiros (para ouvir, para resolver alguma situação relacionada com o serviço)		94,4	14,0
Conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados necessários		95,0	14,3
Modo como os enfermeiros prestavam os cuidados		97,2	10,5
Cuidados de enfermagem no CS		97,4	9,3
Satisfação Global	282	84,4	10,9

O fator com melhores níveis de satisfação é aquele relativo à *Apreciação dos cuidados prestados* (96,1%), seguido do fator da *Relação terapêutica* (95,9%), do *Ambiente de prestação de cuidados* (93,3%), da *Individualização da Educação para a Saúde* (86%), da *Promoção da acessibilidade* (69,1%) e da *Informação sobre Serviços e utilização pelo utente e família* (50,3%).

No geral, verificamos que os níveis de satisfação com os cuidados de enfermagem na área da diabetes são bastante bons, com níveis acima dos 90% para 3 fatores e os restantes com níveis acima dos 50%, com um nível global de satisfação médio de 84,4% (S.D=10,9).

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentamos a discussão dos resultados relativos às 3 dimensões propostas pelo modelo NREM como integrantes da efetividade dos cuidados de enfermagem, analisando-as face à evidência disponível que se reporta ao mesmo objeto de estudo, no sentido da comparação, interpretação e crítica, conforme o proposto por Pais Ribeiro (2010).

4.1. A ESTRUTURA INERENTE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Neste ponto, primeiramente iremos reportar-nos às características sociodemográficas e clínicas dos utentes com diabetes, depois iremos abordar as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e finalmente às características do ambiente de prática de cuidados.

É relevante conhecer as **caraterísticas sociodemográficas dos utentes** que compõe a amostra porque, no caso dos utentes com diabetes, estas podem influenciar o acesso e a qualidade dos cuidados, o acesso ao suporte social e o acesso aos recursos comunitários; pode também influenciar os conhecimentos relacionados com a diabetes, a comunicação com os prestadores de cuidados, capacidade para aderir à medicação recomendada, exercício, recomendações alimentares e outras opções terapêuticas (Brown et al., 2004).

A amostra com 292 utentes com diabetes apresentou idades compreendidas entre os 26 e os 88 anos, com uma média de idades de 68 anos (S.D.=9,8). Na sua maioria (66,3%) têm mais de 65 anos (idosos) e de sexo masculino (50,5%).

Considerando as estatísticas nacionais, onde se verifica que a população idosa (+65 anos) é maioritariamente feminina, de acordo com os dados dos Censos (2011), temos uma preponderância da população feminina reforçada à medida que a idade avança. Em 2011 a relação de masculinidade da população com 65 ou mais anos de idade é de 72,4, representando que por cada 100 mulheres temos 72,4 homens. Por outro lado, sem estratificação por idades, da população estimada para Portugal em 2013, 52,4% era do sexo feminino (PORDATA, 2014). Deste modo, podemos constatar que a amostra não traduz esta relação de masculinidade, podendo-se depreender que, embora haja menos

homens idosos e no global a maioria da população seja do sexo feminino, a diabetes afeta de forma superior os homens, considerando os dados da amostra.

Não obstante esta relação de masculinidade para a população em geral, de facto, de acordo com o estudo sobre a prevalência da diabetes em Portugal (Gardete et al., 2010), para todas as faixas etárias (dos 20 aos 79 anos) verifica-se uma prevalência superior nos homens e a maioria dos utentes com diabetes tem entre 60 e 79 anos de idade, o que vem confirmar os dados da amostra do presente estudo.

Considerando que a maior parte dos inquiridos se situa em escalões etários superiores, é expectável que o nível de instrução seja reduzido, face aos dados das estatísticas para a região centro (INE, 2011) que indicam que da população idosa com mais de 65 anos 73% tem 4 ou menos anos de escolaridade e que destes 22,6% não tem qualquer nível de instrução.

Relativamente aos níveis de escolaridade, para a amostra do estudo, a maioria (71,2%) dos inquiridos frequentou apenas a instrução primária, tendo entre 1 a 4 anos de escolaridade e 12,8% não frequentaram qualquer grau de ensino, dados que se verifica revelarem níveis de escolaridade inferiores aos da média para a região centro, dado que, na amostra em estudo temos 84% dos inquiridos com 4 anos de escolaridade ou menos, contrapondo com os 73% da média acima dos 65 anos na região centro. Estes dados (o grupo do grupo amostral de utentes com diabetes ter níveis de escolaridade inferiores aos da população em geral) vêm corroborar outros estudos que indicam uma maior prevalência de doenças, nomeadamente diabetes, em pessoas com posições mais desfavorecidas a nível social, mas também económico, áreas relacionadas com o nível de instrução (Brown et al., 2004).

De facto, a pior situação económica é um fator apontado como sendo relevante não só porque associado a maiores níveis de prevalência de várias doenças, concretamente a diabetes, mas também por estar associada a piores níveis de controlo da doença (Brown, et al., 2004). A amostra em estudo indicou, na sua maioria (52,1%), ter o suficiente para as necessidades no que respeita à situação financeira, no entanto 35,3% referem ter algumas dificuldades ou que a sua situação financeira é muito problemática.

A maioria dos utentes da amostra é reformada ou pensionista (73,4%), situação expectável uma vez que a média de idade nacional para a reforma foi para 2013 de 63,4 anos (PORDATA, 2014), idade compatível com a maioria dos sujeitos da amostra: considerando que a % de pensionistas com menos do que o salário mínimo nacional para 2013 foi de 78,6% (PORDATA, 2014), compreende-se que tenha havido 35,3% dos sujeitos da amostra a reportar problemas nesta matéria.

Considerando que a situação familiar, nomeadamente o estado civil casado poder ser relevante para o controlo da diabetes (Bastos, 2004), a amostra em estudo na sua maioria (75,2%) reporta ser casado ou viver em união de facto, fator que poderá conforme a evidência estar relacionado com melhores níveis de adesão a comportamentos saudáveis (Weinman, Petrie, Sharpe, & Walker, 2000), nomeadamente na área da diabetes (Houston-Barrett & Wilson, 2014) e melhores resultados em saúde (Goldman, Korenman, & Weinstein, 1995).

Quanto à **caraterização da doença e identificação de comorbilidades**, variáveis de estrutura consideradas relevantes por estarem relacionadas com os resultados em saúde (Doran, Mildon, & Clarke, 2011), para a amostra em estudo, no que respeita ao tempo de evolução da doença, em média os 292 utentes que compõem a amostra, têm diabetes há 10 anos (S.D.=8,3), sendo que 84% dos utentes tem diabetes há 15 ou menos anos, apenas uma percentagem reduzida (16%) de utentes tem diabetes por mais de 15 anos, dados que podem estar relacionados com o facto de a esperança média de vida, ser reduzida mais de 10 anos em pessoas com diabetes tipo 2 (National Institute of Health, 2009).

Quanto à existência de complicações, verifica-se que a maioria (74,2%) reporta não ter, nem ter tido quaisquer complicações decorrentes da diabetes. Contudo, é relevante considerarmos que os utentes com diabetes têm o dobro da probabilidade de serem hospitalizados e que permanecem o dobro do tempo internados relativamente aos restantes indivíduos, o que tem colocado uma enorme pressão nos serviços de saúde (Fitzsimons, Wilton, Lamont, McCulloch, & Boyce, 2002).

Dos 292 utentes 13,7% referiram ter tido como complicação aguda a hipoglicemia. Contudo, de acordo com os dados de Gardete et al. (2013) o internamento por Coma Diabético apenas ocorreu em 1% dos casos de internamento relacionados com descompensação/complicações da diabetes nos hospitais do SNS.

Quanto às complicações crónicas, a mais reportada foi a retinopatia diabética, com 7,9% dos utentes a reportar esta complicação, seguida da doença cerebrovascular (3,4%) e doença vascular periférica (3,4%). Considerando as causas de internamento por descompensação/complicações da diabetes nos hospitais do SNS (Gardete et al., 2013), as causas mais frequentes foram “*DM com manifestações oftálmicas*” com 47% dos casos de internamento, seguida de “*DM com alterações circulatórias periféricas*” com 13% dos casos, dados que vão ao encontro do reportado pela amostra.

Verificamos que os grupos de doenças mais frequentemente reportados são as doenças osteoarticulares (32,2%) e as doenças do aparelho circulatório (26,6%). Dos utentes com diabetes que acabam por ser internados nos hospitais do SNS, as principais causas, quando a diabetes não é o diagnóstico principal, são as doenças do aparelho circulatório (26%) e doenças do aparelho respiratório (15%) (Gardete et al., 2013).

Para um total de 286 respondentes, a medicação em curso para tratamento da diabetes mais frequente é a toma antidiabéticos orais exclusivamente (91,1%); 2,4% faz uso exclusivo de insulina e apenas 4,8% usa a terapêutica combinada de insulina e antidiabéticos orais. De facto, o consumo de medicamentos para a diabetes tem aumentado significativamente ao longo dos últimos anos em toda a Europa, tendo crescido cerca de 24% em Portugal de 2000 a 2010, estando este aumento associado ao aumento da prevalência da doença e também, ao aumento do número e proporção de pessoas tratadas e das dosagens médias utilizadas nos tratamentos (Gardete et al., 2013), factos que, pese embora o aumento de custos com a doença, reflete que mais pessoas têm acesso a um tratamento farmacológico adequado, que associado às restantes áreas relevantes ao controlo da diabetes poderão trazer benefícios acrescidos a vários níveis.

As variáveis relacionadas com a **formação, idade, experiência profissional dos enfermeiros** são variáveis relevantes no âmbito do estudo da efetividade dos cuidados de enfermagem (Doran, et al., 2002). Relativamente à amostra de 49 enfermeiros que compõe o estudo, esta apresenta uma média de idades de 43 anos (S.D.=7,5), a maioria do sexo feminino (95,9%), percentagem acima da média nacional para 2012 em que 82,7% dos enfermeiros seriam do sexo feminino (PORDATA, 2014). A maioria dos enfermeiros é detentor do grau de licenciatura ou equivalente legal (69,4%), exerce a profissão em média há 19,2 anos (S.D.=7,8), tendo como experiência mínima 3 anos e máxima 40 anos; quanto à experiência profissional na área da diabetes em média

(S.D=8,23) têm uma experiência de 14,39 anos, com um mínimo de 2 anos de experiência e um máximo de 40 anos. A experiência profissional é de facto relevante enquanto variável da estrutura inerente aos cuidados de enfermagem, uma vez que tem existido evidência que mostra estar associada a melhores indicadores de qualidade (Blegen, Vaughn, & Goode, 2001).

Quanto à formação na área da diabetes, a maioria dos respondentes (61,2%) referiu ter já frequentado formação nesta área, dado relevante considerando que os restantes 38,8% dos enfermeiros assume prestar cuidados de enfermagem a utentes com diabetes sem ter tido formação específica nesta área. No estudo de Hollis, Glaister e Lapsley (2014), embora 76% dos enfermeiros que constituíam a amostra referissem ter formação recente na área da diabetes, os resultados indicam défices de conhecimentos requeridos para a educação para a autogestão e, portanto, fundamenta-se a necessidade da existência de formação contínua no sentido do desenvolvimento profissional.

Quanto à perceção que os enfermeiros têm sobre o facto de a formação na área da diabetes desenvolvida ser ou não suficiente, a maioria (62,2%) considera a formação que obteve na área da diabetes insuficiente e a maioria também (65,2%) considera que o tempo dado pela instituição para desenvolver/manter o nível de competências é insuficiente. Considerando que o enfermeiro é, muitas vezes, um dos principais intervenientes no acompanhamento da pessoa com diabetes, enquanto gestor privilegiado da doença crónica, o estudo de Hollis et al. (2014) mostra evidência de que muitos enfermeiros não estão adequadamente preparados para providenciar aconselhamento, mesmo informação generalista, no âmbito dos cuidados de saúde primários, considerando-se que pela falta de formação dos enfermeiros pode existir uma lacuna nos serviços prestados, com compromisso no bem-estar dos utentes com diabetes.

Os enfermeiros que não têm formação especializada na área da educação terapêutica ao utente com diabetes podem falhar na sua competência para providenciar essa educação (Hollis et al., 2014).

Analisando a questão numa ótica de qualidade podemos considerar que este fator poderá traduzir-se nos indicadores de efetividade, dado que se reconhece que a formação, nomeadamente dos enfermeiros, está associada a melhores práticas, traduzidas em melhores indicadores de resultado e de qualidade no global (Friese et al., 2008).

No estudo de Doran et al.(2002), com propósitos e critérios de inclusão similares aos do presente estudo e com mobilização do modelo NREM para análise da efetividade dos cuidados de enfermagem, realizado em Ontário no Canadá, com uma amostra de 250 enfermeiros, estes apresentaram uma média de idades de 38 anos, em 5 anos mais baixa que a do presente estudo, a maioria do sexo feminino (90%), realidade sobreponível à do presente estudo, com uma experiência profissional média de 11 anos e 36% tinha o grau de bacharelato ou mestre, características também similares às do presente estudo.

A caracterização do **ambiente da prática de enfermagem** foi efetuada através dos dados obtidos da amostra de enfermeiros anteriormente caracterizada, pela aplicação da escala PES-NWI.

Considerando o ponto médio de 2,5 (entre 1 e 4), no global, o ambiente de trabalho encontra-se cotado pela amostra quase neste ponto médio, apresentando o ambiente de trabalho uma classificação média de 2,49 (S.D.=0,36), considerando o valor 1 a pior cotação possível e o 4 a melhor cotação.

Neste estudo, considerou-se que os ambientes de prática de enfermagem seriam desfavoráveis se o score da escala fosse inferior a 2,5 e favoráveis para valores superiores ou iguais a 2,5. Para uma amostra de 164 enfermeiros verificou-se que 7,32% reportaram ambientes desfavoráveis.

Os resultados indicam que a área em que os enfermeiros da amostra reportam um valor superior em relação ao ambiente de trabalho é a organização inter e intradisciplinar, com um score de 2,98 (S.D.=0,44); por outro lado, a área com um score mais baixo foi a adequação de recursos (2,04; S.D.=0,63), tal como no estudo de Breau (2014) que com a mesma escala identificou a relação entre a equipa médica e de enfermagem como sendo aquela que obteve melhor média (3,05, S.D.=0,54).

Considerando-se a organização interdisciplinar a combinação entre duas ou mais disciplinas com vista à compreensão de um objeto comum, a partir da confluência de pontos de vista diferentes e com objetivos comuns (Pombo, 2013) e intradisciplinar, considerada como a organização dentro da mesma disciplina (Fernández & Macleimont, 2001), considera-se relevante a amostra ter indicado um score elevado, numa ótica de análise da qualidade, uma vez que é uma área do ambiente de cuidados muito relevante

no sentido do alcance dos objetivos terapêuticos, pela confluência de esforços com vista a um objetivo comum de alcance dos resultados centrados no utente.

Quanto à adequação de recursos, o estudo de Friese et al. (2008) também identificou o pior score para este fator, tendo utilizado também a PES-NWI para avaliar o ambiente de trabalho e identificou também a adequação de recursos como sendo a área com um pior *score* no que respeita às condições do ambiente de trabalho de enfermagem, tendo obtido um valor de 2,20 (S.D.=0,29). Esta é uma área relevante no sentido da implementação de medidas de melhoria, uma vez que concretamente em relação à adequação de recursos, existe evidência que sugere que a adequação de recursos, nomeadamente recursos humanos em enfermagem, está associada a melhores resultados (Friese et al., 2008).

Se aprofundarmos a análise dos dados obtidos, verificamos que o fator “*Valorização e desenvolvimento profissional*”, embora não seja aquele em que se obteve o score mais baixo, foi o único cujos indicadores obtiveram, na totalidade, valores abaixo do ponto médio de 2,5; podendo considerar-se que no conteúdo avaliado por estes indicadores resulta um ambiente de trabalho desfavorável/negativo.

No estudo de Breau (2014) no fator “Oportunidades de Carreira” percecionadas pelos enfermeiros, o fator resultante da validação da escala PES também obteve o menor score de toda a escala (2,40, S.D.=0,65), tal como no estudo de Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede, & Sermeus (2013) que identifica não só a falta de oportunidades para o desenvolvimento profissional reportada pelos enfermeiros como a associa à insatisfação destes, referindo ser esta uma das principais causas pela baixa proporção de enfermeiros homens na Europa.

O desenvolvimento profissional dos enfermeiros é cada vez mais necessário no sentido do acompanhamento das mudanças rápidas na evidência das melhores práticas devido aos avanços no conhecimento e tecnologia, havendo benefícios nos cuidados prestados, a nível organizacional e individual (Pool, Poell, & Ten Cate, 2013).

A valorização profissional surge, por outro lado, associada de forma positiva à satisfação profissional (Schmidt & Dantas, 2006), que por sua vez está associada à qualidade dos cuidados (Kanai-Pak, Aiken, Sloane, & Poghosyan, 2008). Desta forma, os dados identificados na amostra em estudo, não são negligenciáveis sob a perspetiva de quem

gere e lidera, sendo de sobeja importância no sentido de equacionar mudanças ao nível organizacional numa ótica de qualidade.

A amostra considera, em média, que os médicos, enfermeiros (e restante equipa multidisciplinar) têm boas relações de trabalho, apresentando este item um score médio de 3,35 (S.D.=0,56), sendo o item que obteve uma pontuação superior em toda a escala. Este resultado é curioso, dado que alguma investigação identifica lacunas ao nível da organização do trabalho em equipa, tendo o *Comité* do relatório da IOM (2004) afirmado ter encontrado evidência de que todos os profissionais (reportando-se aos médicos e enfermeiros) necessitam de uma formação mais consistente, bem como práticas organizacionais que promovam e suportem a colaboração interdisciplinar e o trabalho em equipa.

As relações de trabalho são consideradas fundamentais no âmbito da análise da qualidade de cuidados e devem ser avaliadas no sentido da melhoria dos cuidados providenciados (Finley et al., 2013), por este motivo, é relevante e um incentivo ao investimento na melhoria das condições de trabalho, verificar-se que os enfermeiros, apesar de reportarem uma adequação de recursos fraca e oportunidades de desenvolvimento e valorização profissional também fracas, têm desenvolvido trabalho em equipa de forma considerada favorável numa ótica de qualidade.

Interessante o facto de em toda a escala o indicador que obteve um valor mais baixo ter sido o item relativo às oportunidades proporcionadas de promoção/progressão (1,88; S.D.=0,71).

O contexto que se vivencia de constrangimentos económicos está associado ao facto de os enfermeiros reportarem não haver oportunidades de promoção/progressão, verificando-se até a sua intenção de abandonar a profissão (Aiken et al., 2013) e a sua insatisfação com o trabalho (Versa & Matsuda, 2014) . Contudo, sendo a possibilidade de progressão na carreira considerada um fator relevante para o ambiente da prática de enfermagem e que condiciona a qualidade dos cuidados, seria importante equacionar-se formas de poder garantir esta condição sob pena de se comprometer os resultados perspetivados e a qualidade como um todo.

Decisores políticos e gestores, no geral, devem procurar ambientes de prática de cuidados de enfermagem favoráveis à implementação de boas práticas, augurando melhores níveis de qualidade sobretudo neste contexto mundial de crise financeira complexa que se afigura não melhorar no que respeita à alocação de mais recursos (Lambrou et al., 2014), sendo que a cada ano os enfermeiros reportam piores condições de trabalho comparativamente ao ano anterior associadas a estes constrangimentos económicos (Aiken et al., 2013).

4.2. O PROCESSO DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA AO UTENTE COM DIABETES

A educação terapêutica à pessoa com diabetes supõe o foco na autogestão da doença (*diabetes self-management education* - DSME) e no apoio continuado à autogestão (*diabetes self-management support* - DSMS), sendo estas consideradas atualmente componentes críticas dos cuidados efetivos à pessoa com diabetes e com evidência sobre os contributos significativos para os resultados perspetivados no utente com diabetes (IDF, 2009; Nicoll et al, 2014).

No sentido de caracterizar as intervenções dos enfermeiros no âmbito da educação terapêutica à pessoa com diabetes desenvolveu-se um questionário intitulado “*Questionário de intervenções dos enfermeiros no âmbito da educação terapêutica à pessoa com diabetes mellitus tipo 2*”, tendo-se utilizado duas escalas construídas para o efeito (a PETCD e a ETCA).

As variáveis avaliadas resultaram de uma revisão da literatura focada em *guidelines* com diretrizes sobre as melhores práticas, baseadas na evidência disponível, tendo posteriormente sido submetido a uma painel de peritos; posteriormente, efetuou-se a sua validação e a apresentação dos resultados obtidos e agora pretende-se analisar estes resultados à luz do quadro teórico mobilizado no enquadramento teórico.

Apesar de ser reconhecida a necessidade de existir um **curriculum** ou **plano escrito** que reflita a evidência atual e as *guidelines* existentes, com indicação dos conteúdos a abordar, objetivos educacionais, estratégias educacionais e avaliação (Haas et al., 2014; Mulcahy et al., 2003), apenas 34,8% dos enfermeiros refere basear-se nalgum plano ou programa

de educação estruturado específico para educar as pessoas com diabetes ao seu cuidado e os restantes 65,2% indicam não utilizar qualquer programa ou plano de educação.

Apenas 25% dos respondentes afirmam efetuar **educação terapêutica em grupo**, enquanto 93,9% indicou realizar educação **terapêutica individual**. Colagiuri et al. (2009) numa *guideline* australiana referem que tanto a educação em grupo, quanto a individual, providenciadas numa base “cara a cara”, têm um efeito positivo no aumento dos conhecimentos, na mudança comportamental e em aspetos psicológicos.

Na *guideline* NICE (2008) no Reino Unido, recomenda-se que se dê preferência à educação em grupo, oferecendo uma opção alternativa se necessário. Haas et al. (2014) reconhecem a efetividade da educação através de pares, programas comunitários, grupos de apoio e recurso a informação através de meios informáticos/novas tecnologias.

De facto, cada vez mais surgem estudos e evidência sobre as vantagens de novas abordagens, nomeadamente pelo recurso a vídeos e a intervenções baseadas na web e em novas tecnologias que podem ter um papel importante no sentido de potenciar a educação “cara a cara” ou presencial (Balas, Krishna, Kretschmer, Cheek, Lobach & Boren, 2004, Selecky, 2001). A amostra estudada poderá não enveredar por opções que acarretem a necessidade de recursos materiais e físicos suplementares no sentido de desenvolver estratégias de educação mais inovadoras, uma vez que 55,6% dos respondentes considera que os recursos materiais/físicos educativos de que dispõe para efetuar a educação terapêutica são insuficientes.

A avaliação periódica pode determinar a necessidade de intervenções adicionais ou diferentes e a reavaliação futura (Haas et al., 2014). Considerando a importância da avaliação no processo de cuidados, é relevante haver uma percentagem considerável de enfermeiros que efetua a avaliação da educação. Relativamente à educação terapêutica em grupo, 58,3% dos enfermeiros respondentes referiram efetuar a avaliação dos resultados; quanto à educação terapêutica individual, 83,7% dos respondentes indica realizar a avaliação de resultados.

A *American Association of Diabetes Educators* (2009) recomenda que se efetue a avaliação da implementação do plano terapêutico, sendo esta avaliação crítica para se alcançar a mudança comportamental, sendo adequado efetuar esta avaliação através da

observação direta do utente a desempenhar as atividades (como na toma de medicação/insulina) e também o uso de outras estratégias ativas e personalizadas como o *role playing* com cenários de possibilidades e de resolução de problemas (Mulcahy et al. 2003).

Quanto aos **elementos envolvidos** na educação terapêutica, a maioria (63,8%) indica ser desenvolvida pelos enfermeiros e médicos, 19,1% dos enfermeiros indica ser exclusivamente desenvolvida por enfermeiros e apenas 17% indica haver o envolvimento de outros profissionais para além do enfermeiro e do médico.

A evidência indica que a educação em diabetes deve, sempre que possível, ser providenciada por uma equipa multidisciplinar dado que o contributo complementar de cada disciplina pode oferecer melhores oportunidades para melhorar os resultados do utente (Colagiuri et al., 2009; Haas et al., 2014).

Quanto à composição da equipa, não existem consensos. Embora historicamente a educação terapêutica aos utentes com diabetes tenha sido desenvolvida por enfermeiros e dietistas, o papel de educador tem-se estendido a outras áreas, nomeadamente aos farmacêuticos, psicólogos, podologistas e médicos. No entanto, estudos de efetividade não têm demonstrado de forma consistente diferenças entre a qualidade dos serviços prestados pelas diferentes disciplinas (Norris, Lau, Smith, Schmid, & Engelgau, 2002). A literatura tem sido tendencialmente favorável a que a equipa seja multidisciplinar (AADE, 2009; Colagiuri et al., 2009; Haas et al., 2014, Taillefer, 2007).

Tal como descrito anteriormente, podemos constatar pela análise dos itens que a constituem, que a escala PETCD pode ser analisada como permitindo avaliar a concretização do processo de enfermagem na área da educação terapêutica à pessoa com diabetes.

A escala não segue a organização que supõe separação típica entre as várias etapas no processo de enfermagem, que podem ser sintetizadas em 5 etapas (Doengues, Moorhouse, Geissler, 2003): a Colheita de dados, Identificação do problema/diagnóstico, Planeamento/definição de objetivos, Implementação/Intervenção e Avaliação. Não obstante, face à complexidade deste processo, que envolve o raciocínio, julgamento diagnóstico, julgamento terapêutico e julgamento ético (Cerullo & Cruz, 2010), defende-se que a divisão do processo de enfermagem em etapas distintas se relaciona com propósitos geralmente didáticos, considerando-se o processo de enfermagem como um todo integrado, integrando as várias etapas interrelacionadas, interdependentes e cíclicas

ou recorrentes (Alfaro-LeFevre, 2005). Parece-nos relevante analisar o processo de educação terapêutica considerando as fases integrantes do processo de enfermagem, permitindo separar a análise por partes, com vista ao aprofundamento da análise, embora reconheçamos a indissociabilidade aquando da aplicação real dos cuidados de enfermagem.

O processo de enfermagem enquanto metodologia é compatível com a recomendação de boas práticas indicada pela AADE (2009) segundo a qual a educação para a autogestão na diabetes deve seguir um processo de 5 etapas: a colheita de dados e sua análise ou avaliação inicial, o estabelecimento de objetivos, o planeamento, a implementação e avaliação.

Das áreas, integrantes do processo de enfermagem no âmbito da educação terapêutica à pessoa com diabetes, a dimensão relativa à **colheita de dados** foi aquela em que se obteve um valor, em média, mais baixo, representando que os enfermeiros não desenvolvem uma colheita de dados de forma sistemática.

Doengues, Moorhouse, Geissler (2003) defendem que o elemento crítico para a prestação eficaz de um cuidado de enfermagem adequadamente planeado é a sua relevância e pertinência fundamentadas na colheita de dados efetuada com o utente.

Face aos resultados obtidos, podemos equacionar a menor frequência e menor valorização da colheita de dados que pode permitir adequar os cuidados às reais necessidades dos utentes, identificadas por meio de uma adequada colheita de dados.

O estudo de Melles e Zago (1999) indica que a atividade de educação do enfermeiro, muitas vezes se reveste de cariz informativo e de orientação (com centralidade no que o enfermeiro sabe e não no que o utente precisa), ficando aquém de outras hierarquias de aprendizagem dirigidas a competências psicomotoras e atitudes, em que o enfermeiro sente que à partida sabe quais são os assuntos a abordar e quais são as necessidades dos utentes. Poderá estar relacionado com esta evidência, o facto de a nossa amostra ter revelado menor investimento na colheita de dados, não obstante, iremos através do estudo correlacional verificar se na amostra existe relação entre alguma(s) da(s) variável (ou variáveis) do processo com a Colheita de dados, no sentido de perceber com que aspetos poderá estar relacionado este resultado.

A **continuidade de cuidados** foi uma dimensão em que se obteve um valor médio elevado. Pelo conteúdo dos itens, a continuidade de cuidados remete para o suporte oferecido de forma contínua e de acordo com as necessidades do utente e família no

sentido da aquisição e desenvolvimento de competências na área da diabetes, remetendo para o conceito de *Diabetes Self-Management Support*, de enorme relevância no sentido da efetividade na educação terapêutica.

Considera-se uma extensão do processo de intervenção enquanto processo inacabado, havendo evidência que sugere que o suporte ao autocuidado num processo de continuidade está associado a resultados em saúde na área da diabetes (Tang, et al., 2005), havendo evidência de que este apoio continuado também apresenta resultados com intervenções custo-efetivas, como é o caso do recurso ao contacto telefónico (McCusker, et al., 2012).

Quanto à intervenção do enfermeiro considerando uma prática de **cuidados centrados no cliente**, verificamos que o item relativo à realização da educação tendo em conta a avaliação de necessidades e os problemas identificados (associada ao diagnóstico) foi aquele em que se obteve um valor superior (4,18; S.D.=1,04), contrariamente ao estudo de Pokorski, Moraes, Chiarelli, Costanzi e Rabelo (2009) em que no âmbito do processo de enfermagem a fase diagnóstica verificou-se ser aquela com piores resultados.

Considerando que os enfermeiros da amostra adequam a educação aos problemas identificados, pelos dados anteriormente analisados, mas que efetuam uma colheita de dados de forma menos consistente, poder-se-á refletir sobre esta identificação de problemas uma vez que a colheita de dados subjacente poderá comprometer todo o processo como argumentado anteriormente.

É relevante e não negligenciável o facto de esta dimensão apresentar um score médio elevado (3,71; S.D.=0,82) uma vez que os cuidados centrados no cliente estão relacionados com a melhoria dos resultados da pessoa com diabetes (Williams & Zeldman, 2002).

De salientar a relevância do estabelecimento do plano terapêutico em conjunto com o utente, prática enquadrada nos cuidados centrados no cliente e que se revela fundamental no âmbito da educação para a autogestão na área da diabetes, em que se obteve um valor acima do score médio (3,54; S.D.=1,05). De facto, podemos encontrar na literatura exemplos que indicam que nem sempre os enfermeiros estabelecem objetivos e planeiam as intervenções, e detetam-se lacunas no envolvimento do utente neste processo, comprometendo a avaliação dos resultados da assistência prestada (Gutiérrez, Adami, Castro, & Fonseca, 2000).

Existem estudos que revelam que nalguns contextos as práticas de cuidados centrados no utente, de capacitação associadas à educação terapêutica não são auditáveis porque não são desenvolvidas pelos enfermeiros, apesar de haver o reconhecimento do papel emergente e crescente do enfermeiro na gestão da doença crónica e de se aceitar de forma generalizada a importância da DSME.

São apontados como fatores responsáveis pelo não desenvolvimento destas práticas o facto de os enfermeiros, muitas vezes, desenvolverem o trabalho conforme rotinas instituídas que dificultam a incorporação de novas práticas e, por outro lado, o facto de os próprios utentes serem céticos em assumir a responsabilidade pelos cuidados necessários à gestão da doença, desmotivando os enfermeiros da adoção de estratégias de envolvimento dos utentes e de capacitação para a autogestão associadas à educação terapêutica (Kennedy et al., 2013).

No que respeita à dimensão **avaliação**, esta encontra-se acima do ponto médio do score correspondente a 3 (3,47; S.D.=0,88). No estudo de Melles e Zago (1999) relativo à avaliação da implementação do processo de enfermagem na área da educação ao utente com diabetes, a área em que identificou lacunas de forma mais significativa foi na avaliação. Deste modo, embora haja melhorias a desenvolver uma vez que o valor máximo que se poderia obter seria o 5, considera-se o valor obtido positivo, sendo a avaliação inicial dos dados obtidos preponderante para que o restante processo de cuidados seja bem-sucedido e a avaliação final essencial para se ajuizar sobre a concretização dos objetivos e para a reformulação do plano terapêutico se for caso disso.

A escala PETCD permitiu-nos analisar o processo de cuidados à pessoa com diabetes como um todo interrelacionado e num *continuum* que integra os princípios dos cuidados centrados no cliente no âmbito da DSME e DSMS, operacionalizados através do processo de enfermagem. A escala ETCA permitiu-nos identificar especificamente as intervenções dirigidas aos diversos comportamentos do autocuidado defendidos no referencial AADE (2011) como sendo fundamentais para uma autogestão da diabetes bem-sucedida.

A escala avalia 6 dimensões que retratam os diferentes autocuidados, embora a AADE (2011) considere 7 comportamentos para o autocuidado. Decorrente da análise fatorial o autocuidado resolução de problemas associou-se ao autocuidado *coping* saudável, sendo as dimensões avaliadas pela escala as seguintes: Alimentação, Manter-se ativo,

Monitorização, Toma de Medicação, Redução de Riscos, Resolução de Problemas e Coping Saudável.

A dimensão **Redução de riscos** é aquela em que se verificam, em média, valores mais elevados (4,22, S:D:=0,52). De facto, existem estudos que indicam que a realização da educação terapêutica muitas vezes é mais focada na redução de riscos ao invés de focar-se em educação específica para o desenvolvimento de competências dirigidas à mudança comportamental e para a aquisição das competências necessárias para gerirem eficazmente a diabetes (Emerson, 2006; Simkin-Silverman et al., 2005).

A redução de riscos envolve a implementação de comportamentos efetivos de redução de riscos que atrasem ou previnam a progressão das complicações da diabetes. No estudo de revisão sistemática da literatura de Boren, Gunlock, Schaefer e Albright (2007) sobre a efetividade das intervenções focadas na redução de riscos, verificou-se que houve melhoria significativa em 46,3% dos resultados mensurados.

A dimensão com um score médio mais baixo (3,59; S.D.=0,66) foi a relativa à **toma de medicação**, revelando menor frequência de adoção das intervenções, por parte dos enfermeiros da amostra, preconizadas no âmbito da educação terapêutica focada no autocuidado *Toma da medicação* e sua gestão. Curiosamente verifica-se no estudo de Melles e Zago (1999) que os conteúdos abordados, no âmbito da educação, pelos enfermeiros identificados no seu estudo, se centravam apenas na doença e seu tratamento farmacológico. A evidência tem revelado que, mais do que abordar estes conteúdos, é fundamental o educador centrar-se aquando da intervenção, na mudança comportamental e na capacitação do utente para que este aprenda a superar as barreiras inerentes à toma adequada da medicação (AADE, 2009). nomeadamente a complexidade do regime terapêutico, memorização das doses e esquema terapêutico e estados depressivos (Odegard & Capoccia, 2007) e crenças que possam existir sobre a toma de medicação que podem condicionar a adesão a este autocuidado (Farmer, Kinmonth, & Sutton, 2006).

A dimensão relacionada com as intervenções dirigidas para o autocuidado **alimentação** obteve um score médio de 3,98 (S.D.=0,61), revelando que estas intervenções são desenvolvidas a maioria das vezes, embora considerando o valor máximo de 5 se possa concluir haver muitos utentes em que a educação sobre este autocuidado pode ficar aquém do que seria preconizado.

Nesta dimensão verificamos que o item relativo à educação sobre a contagem de hidratos de carbono apresenta o valor mais baixo (2,92; S.D.=1,13) da dimensão e de toda a escala, revelando que os enfermeiros da amostra não desenvolvem frequentemente esta intervenção educativa.

Os resultados revelam a necessidade de haver um maior investimento nesta matéria, uma vez que a contagem de hidratos de carbono é uma abordagem relacionada com o planeamento das refeições que se foca no facto de os hidratos de carbono serem o nutriente principal a afetar a resposta glicémica pós-prandial, apontando a evidência que esta abordagem é efetiva no alcance dos resultados, permitindo simultaneamente flexibilidade sobre as escolhas alimentares, podendo esta abordagem ser utilizada para utentes com diabetes tipo 2 (Gillespie, Kulkarni, & Daly, 1998), demonstrando-se haver melhorias metabólicas, nomeadamente na HbA1c (Martins, Ambrosio, Nery, Aquino, & Queiroz, 2014).

Existem inclusivamente recomendações sobre estratégias interventivas, nomeadamente o recurso a 3 níveis de educação sobre a contagem dos hidratos de carbono, em que apenas o terceiro nível que corresponde ao nível avançado não mostrou benefícios para os utentes com diabetes tipo 2, recomendando-se este nível apenas para utentes com diabetes tipo 1 (Gillespie, Kulkarni, & Daly, 1998).

As intervenções relacionadas com o autocuidado **Manter-se ativo** obtiveram um score médio de 3,74 (S.D.=0,94). As intervenções dirigidas para o autocuidado exercício físico e para a alimentação são áreas críticas para a autogestão da diabetes (Klein, et al., 2004, Wilding, 2014), existindo benefícios que estas intervenções só por si têm no controlo da glicemia (Inzucchi, et al., 2012). No entanto, existe evidência que reporta que é insuficiente o aconselhamento prestado aos utentes com diabetes sobre alimentação, sobre exercício físico e redução de peso, reiterando mais uma vez a necessidade de apoio continuado à mudança comportamental (ADA, 2009).

A dimensão monitorização obteve o segundo melhor score (4,18; S.D.=0,64), revelando que os enfermeiros realizam educação terapêutica sobre a monitorização da glicemia, da pressão sanguínea e do peso. A AADE (2013) através do seu quadro de referência centrado nos 7 comportamentos do autocuidado define que as intervenções do educador devem centrar-se no ensino e promoção das capacidades que reduzam as complicações

da diabetes e maximizem a saúde e qualidade de vida, nomeadamente: monitorização da tensão arterial e do peso, monitorização da glicemia capilar, registo e interpretação dos valores obtidos.

Não obstante, a referida associação assumir a recomendação de o utente com diabetes tipo 2 proceder à automonitorização da glicemia, também reconhece a necessidade de se desenvolverem estudos no sentido de se perceber se esta recomendação é de facto efetiva. A revisão sistemática, focada na identificação do impacto da monitorização da glicemia nos valores da glicemia, de McAndrew, Schneider, Burns e Leventhal (2007) verificou que pela análise dos onze estudos incluídos, os achados eram inconclusivos, embora houvesse neste grupo de estudos alguns que mostravam a relação entre a automonitorização da glicemia e melhorias na HbA1c.

A **Resolução de problemas e *coping* saudável** verificou-se ser uma área bem posicionada pelo score obtido (4,02; S.D.=0,72), facto bastante relevante uma vez que a evidência aponta no sentido de que esta área é fundamental para a concretização bem-sucedida dos restantes autocuidados.

No estudo de revisão sistemática de Hill-Briggs e Gemmell (2007) os resultados apontam existir evidência consistente da relação entre a capacidade de resolução de problemas e melhorias na HbA1c. Neste sentido vai também o estudo de Grey e Berry (2004) em que se defende que a educação focada apenas na aquisição de conhecimentos não é suficiente para a mudança comportamental. Este estudo apresenta resultados que apontam no sentido de que o treino de capacidades de *coping* e de resolução de problemas melhoram os resultados metabólicos e psicológicos em utentes com diabetes tipo 2, deixando a recomendação de que se efetue o treino das estratégias de *coping* e de resolução de problemas no sentido da melhoria da autogestão.

4.3. RESULTADOS DO UTENTE COM DIABETES

Os **parâmetros clínicos** avaliados foram o Índice de Massa Corporal, o Perímetro abdominal, a HbA1c e a TA.

A amostra de utentes apresenta 57% dos utentes com pressão sistólica acima do recomendado e 27,6% apresenta a pressão arterial diastólica acima das recomendações das principais organizações europeias na matéria (Mancia et al., 2009). Estes dados sugerem que estes utentes têm um risco acrescido de complicações micro e macrovasculares dado que a coexistência de hipertensão arterial e diabetes aumenta de forma sinérgica o risco de complicações micro e macrovasculares (Cobas & Gomes, 2010), havendo evidência inequívoca de que o controlo da hipertensão tem benefícios na redução do risco cardiovascular em utentes com diabetes tipo 2 (Van Hateren et al., 2012).

A amostra revelou valores de HbA1c, em média, adequados (6,8%; S.D.=1,18), havendo uma percentagem de 30,5% dos utentes com valores acima do *cut point* 7% preconizado pelas principais organizações internacionais. Estes dados vão ao encontro das estatísticas nacionais que de acordo com o relatório de Gardete Correia et al. (2013) a média para 2012 dos utentes do SNS para a HbA1c foi de 6,9%.

A evidência sugere que a HbA1c é um parâmetro clínico central, tradutor do controlo da diabetes. O efeito da redução da HbA1c repercute-se na redução da mortalidade e na redução de complicações nos utentes com diabetes tipo 2 (Takao, Matsuyama, Yanagisawa, Kikuchi, & Kawazu, 2014). Por outro lado, estudos mostram evidência de taxas de mortalidade mais elevadas em utentes com diabetes tipo 2 com HbA1c mais elevada, para todas as causas de morte (Ma et al., 2012).

Os valores do IMC e do PA (Perímetro Abdominal) encontram-se para a amostra dos utentes, em média, acima dos valores preconizados, com percentagens elevadas de utentes com valores acima do valor de referência (85,2% para o IMC; 89,6% dos homens para o PA e 99,2% para as mulheres). De facto, a literatura indica que a maioria dos indivíduos com diabetes tipo 2 tem excesso de peso ou é obesa (Inzucchi et al., 2012), revelando o estudo de Gardete Correia et al. (2013) que, para Portugal, 90% da população com diabetes apresenta excesso de peso ou obesidade. O IMC está positivamente relacionado com o PA, demonstrando-se haver uma associação entre o excesso de peso e o aumento

do PA. Sendo este um adequado indicador da presença de gordura visceral, a combinação destes fatores considera-se relevante no acréscimo do risco cardiovascular para os utentes com diabetes tipo 2 (ADA, 2014; IDF, 2013).

O **autocuidado** foi avaliado através da escala SDSCA, que permite avaliar o nível de adesão aos comportamentos de autocuidado dos utentes com diabetes.

O nível de adesão no global, considerando os vários fatores (*Alimentação e toma de antidiabéticos orais, Exercício físico, Monitorização da Glicemia e Cuidados com os pés*), no global, obtido foi de 4,52 (S.D.=1,06) dias por semana, representando em termos percentuais uma adesão de 64,57% para o total dos autocuidados.

O valor encontrado foi próximo do identificado por Bastos (2004) também na população portuguesa de 58,6%. De facto, apesar de ser reconhecida a importância da adoção dos comportamentos de autocuidado, uma vez que estão positivamente correlacionados com o adequado controlo glicémico, com a redução de complicações e melhoria na qualidade de vida, a adesão a estas atividades de autocuidado tem-se revelado baixa, especialmente quando os resultados se verificam a longo prazo (Shrivastava, Shrivastava, & Ramasamy, 2013).

Verifica-se que, para a amostra em estudo, os níveis de adesão mais elevados se encontram nos “*Cuidados aos pés*” e “*Alimentação e toma de antidiabéticos orais*”, com 75,71% e 83%, respetivamente, de adesão aos autocuidados.

Nos estudos enunciados por Toobert et al. (2000) os valores de adesão à “*Alimentação geral*” apresentados oscilaram entre os 48,1% e 67%, valores inferiores aos identificados neste estudo, embora se verifique que a organização decorrente da validação que efetuámos tenha incluído o item relativo à toma da medicação, o que afetou positivamente este score.

Dentro do fator referido “*Alimentação e toma de antidiabéticos orais*” o item relativo à adesão à toma de antidiabéticos orais foi o que obteve um score superior em toda a escala, com um valor de 97% de adesão. Relativamente à toma de medicação o estudo de revisão de Toobert et al. (2000) identificou também scores bastante elevados que oscilaram entre os 94,3% e os 99,8%.

A adesão à toma da medicação surge na literatura como sendo um comportamento do autocuidado valorizado em que as pessoas reportam seguir as recomendações, tal como no estudo de Farmer, Kinmonth e Sutton (2006) em que a maioria dos respondentes manifesta crenças sobre benefícios da toma de medicação, tendo sido identificada apenas uma pequena minoria que reporta crenças sobre efeitos indesejáveis e aumento de peso associados à medicação, evidenciando-se a associação entre as crenças positivas relativas aos benefícios da medicação e a intenção de tomar a medicação.

Quanto aos cuidados com os pés identificaram-se no estudo de revisão de Toobert et al. (2000) valores bastante disparees que oscilaram entre os 71,6% e os 29,4% de adesão, ainda assim, inferiores ao valor identificado no presente estudo.

O exercício físico foi a área em que se verificou existirem piores níveis de adesão, verificando-se que, em média, em apenas aproximadamente 2 dias por semana realizam este autocuidado, correspondendo a um nível de 29,43% de adesão a este autocuidado. Estes dados sugerem haver um risco acrescido para estes utentes, uma vez que a prática de exercício físico por parte das pessoas com diabetes tem um papel importante na gestão da diabetes, sendo segura e efetiva e revelando um efeito positivo no controlo da glicemia, diminuindo o risco cardiovascular (Kavookjian, Elswick, & Whetse, 2007).

Os resultados obtidos vão ao encontro do que seria expectável dado que para Portugal e para a população em geral, de acordo com os dados do Eurobarómetro (2014) 64% da população portuguesa indica não praticar qualquer exercício físico, sendo o terceiro pior país da União Europeia.

Embora o exercício físico seja um elemento-chave tanto na prevenção como na gestão da diabetes tipo 2, muitas pessoas com esta doença crónica não o praticam regularmente (Colberg et al., 2010).

Num estudo em que se pretendia estudar a prevalência de exercício em pessoas com diabetes e sem diabetes de Morrato, Hill, Wyatt, Ghushchyan e Sullivan (2007) verificou-se que apenas 39% dos indivíduos com diabetes eram fisicamente ativos, enquanto os indivíduos sem diabetes apresentaram uma percentagem de 58%, o que indica que a adesão à prática de exercício físico por parte dos utentes com diabetes, embora favoreça a diminuição dos riscos associados à doença, ainda é menor neste grupo do que na

população em geral, situação que merece um investimento reforçado no sentido de serem desenvolvidas estratégias com vista à capacitação dos utentes para a adesão a este autocuidado.

A monitorização da glicemia obteve um nível de adesão em 50% dos dias da semana. Bastos (2004) identificou um nível superior de adesão de 64,3% e no estudo de revisão de Toobert et al. (2000) os valores encontrados de adesão para este autocuidado oscilaram entre os 59,6% e 81,6%.

Este autocuidado, embora tenha revelado níveis de adesão baixos para a amostra estudada, encerra vários benefícios documentados, nomeadamente a possibilidade de providenciar feedback sobre os efeitos de outros autocuidados (nomeadamente o exercício, medicação e a alimentação) no nível de glicemia, podendo permitir à pessoa estabelecer padrões diários da oscilação dos valores da glicemia, verificando-se que este conhecimento pode influenciar a motivação para a adesão aos autocuidados (Holt, 2014). Assim, entende-se a necessidade de fomentar este autocuidado, na medida em que poderá influenciar diretamente a adesão aos restantes com um efeito potenciador por esta via, pela adesão a este autocuidado.

Apesar de os **conhecimentos** isolados serem insuficientes para alcançar mudanças na HbA1c, há evidência emergente de pesquisas existentes que indica que os resultados comportamentais e clínicos permanecem inalterados a não ser que haja conhecimento conjugado com a compreensão sobre a necessidade de mudança, sobre o que mudar e como mudar. Por este motivo, o conhecimento é considerado um resultado primário na área da diabetes (Colagiuri & Eigenmann, 2009), pelo que o integramos no presente estudo, passando a analisar os resultados obtidos.

O item em que se obteve um número superior de respostas corretas (84,5%) foi relativo à questão *“um nível de açúcar no sangue de 210, num teste em jejum, é muito elevado”*, tal como no estudo de Hu et al. (2013) que também recorreu à mesma escala para avaliação de conhecimentos numa população de chineses, em que foi também esse o item com uma maior percentagem de respostas corretas (87,6%). De seguida, o item que obteve melhor cotação foi *“Os diabéticos devem ter cuidados especiais, quando cortam as unhas dos dedos dos pés”* com 83,8% de respostas corretas e em terceira posição o item *“A maneira como prepara a sua comida é tão importante como a comida que come”* (83%). O item

“*Cortes e feridas cicatrizam mais lentamente nos diabéticos*” ficou posicionado em segundo lugar no estudo de Hu et al. (2013) com 83,8% de respostas corretas e no presente estudo ficou também bem posicionado em quarto lugar com 81,7% de respostas corretas, valor muito próximo do estudo referido. A amostra do estudo de Bastos (2004) obteve também percentagens de respostas corretas mais elevadas nestes itens, que variaram entre os 83,5% e 92,2%.

Os itens em que se identificou um número inferior de respostas corretas foram “*Comer muito açúcar e alimentos doces é uma causa da Diabetes*” (7,9% de respostas corretas), seguido do item “*A Diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar*” (20% de respostas corretas) e “*Tremores e suores são sinais de açúcar alto no sangue*” (24,6%). Curiosamente, no estudo de Bastos (2004) estes também foram os 3 itens com pior cotação e pela mesma ordem, o que é justificável uma vez que são populações muito próximas culturalmente e com características muito semelhantes uma vez que este estudo também foi realizado em Portugal, embora na região norte do país.

No estudo de Hu et al. (2013) o item “*A Diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar*” também foi daqueles em que se obteve uma percentagem inferior de respostas corretas (o terceiro pior lugar), embora com percentagens mais elevadas (30,2%) do que as identificadas no presente estudo.

Salienta-se que os utentes da amostra conhecem as consequências da diabetes. A maioria respondeu acertadamente às questões “*A Diabetes pode prejudicar os rins*”, “*A Diabetes pode provocar diminuição da sensibilidade das mãos, dedos e pés*”, “*Cortes e feridas cicatrizam mais lentamente nos diabéticos*”, “*A Diabetes frequentemente provoca má circulação*”.

No presente estudo identificam-se, tal como o reportado no estudo de Hu et al. (2013), défices ao nível dos conhecimentos dos utentes sobre a diabetes.

Os resultados indicam que a maioria dos utentes que compõem a amostra, apresenta défice de conhecimentos sobre as causas da doença e sobre os sinais de hipo e hiperglicemia, aspetos muito relevantes no sentido da autogestão requerida para um adequado controlo da diabetes.

Hu et al. (2013) identificaram também falta de conhecimentos em mais de metade dos utentes sobre as causas da diabetes e sobre a fisiologia da diabetes (avaliada através do item “*Os rins produzem insulina*”), relativamente a este último item, também a amostra do presente estudo revelou resultados insatisfatórios (apenas 39,7% dos utentes respondeu acertadamente).

Níveis baixos de conhecimentos podem ser associados a níveis de literacia inferiores associados a idades mais avançadas identificadas nos utentes com diabetes tipo 2 (Fenwick, Xie, Rees, Finger, & Lamoureux, 2013; Hu et al., 2013). Não obstante, é interessante e daqui decorre a necessidade de se entender o facto de nos 3 estudos analisados os resultados serem quase sobreponíveis, ainda que as realidades sejam culturalmente distantes, nomeadamente entre China e Portugal.

É reconhecido que poucos utentes têm sido ajudados a gerir ou a tomar responsabilidade pelo seu tratamento (WHO, 1998) e que não há evidência sobre o “melhor” programa ou abordagem, mas os programas que incorporam estratégias comportamentais e psicossociais demonstram melhores resultados (Funnell et al., 2011). De facto, a formação específica por parte dos profissionais sobre esta matéria é fundamental para uma educação eficaz (Funnell et al., 2011; Hollis, Glaister, & Lapsley, 2014), não obstante, parece, pelos dados obtidos, que não têm havido oportunidades de desenvolvimento de formação específica para os enfermeiros (62,2% considera a formação insuficiente nesta matéria) nem de desenvolvimento de competências (65,2% dos enfermeiros considera não haver esta oportunidade), o que pode limitar os resultados obtidos nos utentes.

Os utentes, de forma geral, conhecem as consequências da sua situação de doença, no entanto, têm dificuldade em identificar aspetos-chave para a prevenção destas complicações (nomeadamente a gestão de hipo e hiperglicemias, tratar feridas, o efeito do exercício físico na glicemia, escolhas alimentares), situação que remete para a necessidade de se desenvolverem estudos sobre estratégias educativas efetivas para esta população e de se implementarem programas estruturados no sentido de se minimizarem as lacunas críticas nos conhecimentos dos utentes (Perera, De Silva & Perera, 2013).

Hu et al. (2013) sugerem adicionalmente que os prestadores de cuidados poderão colmatar esta situação através programas educacionais adequados à idade e aos níveis de

literacia dos utentes com diabetes, através do envolvimento da família. Sugerem ainda mudar o foco para os benefícios da mudança comportamental ao invés das consequências negativas dos comportamentos inadequados.

A **satisfação** é considerada uma área de resultado secundário, não imediato da educação terapêutica (Eigenmann & Colagiuri, 2007). Para avaliar a satisfação dos utentes foi utilizada a escala SUCECS de Ribeiro (2005).

Os resultados encontrados revelam níveis de satisfação mais elevados para os fatores relacionados com a relação terapêutica desenvolvida, a apreciação dos cuidados prestados, o ambiente de prestação de cuidados, a individualização da educação para a saúde, e relativamente mais baixos para a promoção da acessibilidade e a informação sobre os serviços e utilização pelo utente e família, embora todos os fatores tenham tido níveis de satisfação acima dos 50%, numa escala de 0-100%. No global, obteve-se um nível de satisfação de 84,4%.

Os resultados positivos obtidos vêm confirmar a tendência reportada na literatura relativamente aos níveis de satisfação. Pese embora a variedade de instrumentos mobilizados para o efeito, na generalidade os utentes revelam níveis de satisfação positivos com os cuidados providenciados pelos enfermeiros (Agosta, 2009; Boev, 2012; Mundinger et al., 2000; Poulton, 1996).

Identificaram-se níveis de satisfação positivos em vários contextos de prestação de cuidados, recorrendo a diversos instrumentos: nos cuidados de saúde primários, com um nível de satisfação de 82% (Mundinger et al., 2000); nos cuidados domiciliários, com níveis de satisfação de 95,3% e no contexto hospitalar com níveis de 60% (Gutysz-Wojnicka, Dyk, Cudak, & Ozga, 2013), de 72,9% (Alhusban & Abualrub, 2009) e 76,4% (Peterson, Charles, DiCenso, & Sword, 2005).

Verificaram-se tendencialmente, nestes estudos, níveis de satisfação com os cuidados de enfermagem superiores para os contextos comunitários, embora no estudo de Ribeiro (2005), para a população portuguesa, se tenha obtido um nível de satisfação global de 85,75% para o contexto hospitalar e de 66,51% para os centros de saúde. Não obstante, os resultados do presente estudo enquadram-se nos níveis de satisfação superiores identificados para o contexto comunitário apresentados nos estudos acima referenciados.

Sendo a satisfação com os cuidados de enfermagem um indicador de relevância assumida transversalmente a todos os estudos referenciados no sentido da análise da qualidade dos cuidados de saúde, podemos considerar que por via da análise do indicador satisfação, para a amostra em estudo, que a qualidade dos serviços de enfermagem prestados aos utentes com diabetes tipo 2, sob o seu ponto de vista, é bastante boa.

CAPÍTULO IV. ESTUDO DA EFETIVIDADE DA EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA AO UTENTE COM DIABETES

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após termos preparado os instrumentos para a colheita de dados, validando os mesmos através de procedimentos de análise fatorial, procurando a garantia da validade e fidelidade dos mesmos, seguimos as fases propostas por Hair et al. (2014) para avaliação do MEE proposto após a revisão da literatura.

Para aplicação do MEE agregámos os enfermeiros ao nível da unidade de prestação de cuidados. Seguidamente, desagregámos os dados no sentido de associar os enfermeiros aos utentes. Assim, a cada utente foi associado um valor médio para as variáveis estruturais (organizacionais e do enfermeiro) e do processo de cuidados.

Primeiramente avaliámos a significância estatística para os *path coefficients* definidos rejeitando as hipóteses nulas cujos valores de t fossem superiores a 1,96 (para um nível de significância de 5%), considerou-se num caso excepcional um nível de significância de 10 %, uma vez que esta variável se considerara relevante sob o ponto de vista teórico (Hair et al., 2014).

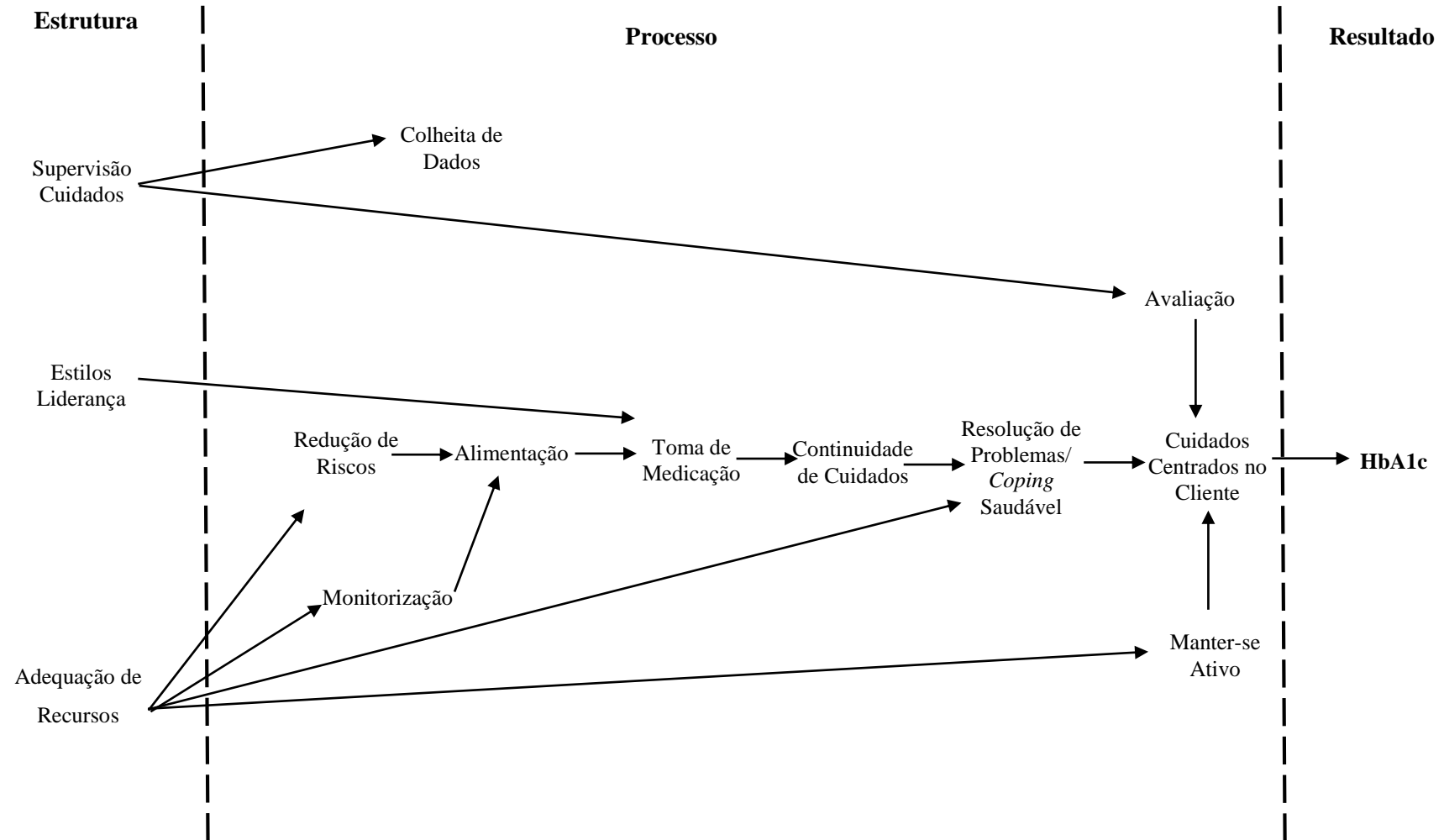
Para a definição do modelo, explorámos todas as possibilidades de relação, assim, para as hipóteses específicas, relacionámos fator com fator, dimensão com dimensão e variável com variável.

Decorrente desta fase, houve um número elevado de relações (hipóteses) que não correspondiam aos requisitos de qualidade definidos. Face ao grande número de hipóteses testadas, a apresentação dos resultados apenas considerará aquelas hipóteses com significado estatístico (nível de significância utilizado: 5%) e com critérios de qualidade (ilustradas na figura 4.1.).

Os *Path Models* são diagramas usados no sentido de se visualizarem as hipóteses e as relações entre as variáveis que são examinadas quando o MEE é aplicado. Estes *Path Models* são baseados na evidência teórica, as hipóteses estabelecidas são relações individuais ao passo que as teorias daí decorrentes resultam da conjugação de múltiplas

hipóteses que estão ligadas entre si fundamentadas na evidência e que podem ser testadas empiricamente (Hair et al., 2014).

Figura 4.1. - Resultados do *Path Model* do SmartPLS® com relações significativas ($t \geq 1,96$) do MEE



Através da análise do valor t, tal como referenciado, eliminámos as hipóteses sem significado estatístico. Desta seleção, das relações com significado estatístico resultaram as relações/*path coefficients* apresentadas na tabela 4.1. com o respetivo valor de t.

Tabela 4.1. - *Path Coefficients* com significado estatístico e respetivo valor de t

Estrutura → Processo				
Adequação de Recursos → Manter-se_ativo (t=5,37)				
Adequação de Recursos → Monitorização (t=4,03)				
Adequação de Recursos → Redução Riscos (t=6,78)				
Adequação de Recursos → Resol. Problemas/C. Saudável (t=2,36)				
Supervisão Cuidados → Colheita de Dados (t=3,63)				
Supervisão Cuidados → Avaliação (t=3,19)				
Estilos Liderança → Toma_Medicação (t=3,93)				
Processo → Processo				
Manter-se_ativo → Cuidados centrados no Cliente (t=1,97)				
Monitorização → Alimentação (t=4,19)				
Redução Riscos → Alimentação (t=1,77)	Alimentação → Toma_Medicação (t=7,55)	Toma_Medicação → Continuidade Cuidados (t=6,60)	Continuidade Cuidados → Resol. Problemas/C. Saudável (t=3,15)	Resol. Problemas/C. Saudável → Cuidados centrados no Cliente (t=2,28)
Colheita de Dados → Alimentação (t=2,16)				
Avaliação → Cuidados centrados no Cliente (t=3,08)				
Processo → Resultado				
Cuidados centrados no Cliente → HbA1c (t=2,81)				

Deste modo, as hipóteses confirmadas pelo MEE que relacionam a estrutura inerente aos cuidados com as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na área da educação terapêutica ao utente com diabetes tipo 2 foram as constantes do quadro 4.1.

Quadro 4.1. – Hipóteses confirmadas pelo MEE referentes à relação entre a estrutura e processo

Estrutura → Processo			
Hipótese Complexa confirmada pelo MEE	Hipóteses Gerais confirmadas pelo MEE	Hipóteses específicas confirmadas pelo MEE	
H1: A estrutura inerente à prática de enfermagem (Estrutura) está relacionada com as intervenções de educação terapêutica (Processo) ao utente com diabetes.	H1.5: A supervisão de cuidados de enfermagem está positivamente relacionado com as intervenções.	H1.5.1. A supervisão de cuidados de enfermagem está positivamente relacionada com as intervenções na área da colheita de dados	
		H1.5.2. A supervisão de cuidados de enfermagem está positivamente relacionada com as intervenções na área da avaliação	
	H1.7: Os estilos de liderança estão positivamente relacionados com as intervenções.	H1.7.1. Os estilos de liderança relacionados de forma inversa com a educação sobre o Autocuidado toma de medicação (hipótese com relação inversa à prevista)	
		H1.8: A adequação de recursos está positivamente relacionada com as intervenções.	H1.8.1. A adequação de recursos está positivamente relacionada com a educação sobre o Autocuidado Manter-se ativo
			H1.8.2. A adequação de recursos está positivamente relacionada com a educação sobre a monitorização
H1.8.3. A adequação de recursos está positivamente relacionada com a educação sobre o Autocuidado redução de riscos			
H1.8.4. A adequação de recursos está positivamente relacionada com a educação sobre o Autocuidado resolução de problemas e <i>coping</i> saudável			

Considerando que as variáveis endógenas, ou seja explicadas pelo modelo, neste caso as das dimensões processo e resultado podem ter relações entre si (Hair et al., 2014; Marôco, 2010; Vilares & Coelho, 2005), apresentamos as variáveis de processo que apresentaram relações significativas entre si, isto é, as hipóteses que foram confirmadas pelo MEE.

No caso da relação entre si das variáveis da dimensão resultado (**H4:** Os resultados satisfação, autocuidado, parâmetros clínicos e conhecimentos estão relacionados entre si), não se identificou qualquer relação com significado estatístico.

Assim apresentamos no quadro 4.2. apenas as hipóteses confirmadas para a relação entre si das variáveis do processo de educação terapêutica.

Quadro 4.2. - Hipóteses confirmadas pelo MEE referentes ao processo

Processo → Processo		
Hipótese Complexa	Hipóteses Gerais	Hipóteses específicas confirmadas pelo MEE
<p>H3: As diversas intervenções de enfermagem (Processo) estão relacionadas entre si.</p>	H3.1.: As intervenções de “Colheita de dados” estão positivamente relacionadas com as restantes intervenções.	H3.1.1.: As intervenções de “Colheita de dados” estão positivamente relacionadas com as intervenções do autocuidado “Alimentação”.
	H3.2.: As intervenções de “Avaliação” estão positivamente relacionadas com as restantes intervenções.	H3.2.1.: As intervenções de “Avaliação” estão positivamente relacionadas com as intervenções dos “Cuidados centrados no cliente”.
	H3.4.: As intervenções de “Continuidade de Cuidados” estão positivamente relacionadas com as restantes intervenções.	H3.4.1.: As intervenções de “Continuidade de Cuidados” estão positivamente relacionadas com as intervenções do autocuidado “Resolução de problemas e <i> coping </i> saudável”.
	H3.5.: As intervenções do autocuidado “Alimentação” estão positivamente relacionadas com as restantes intervenções.	H3.5.1.: As intervenções do autocuidado “Alimentação” estão positivamente relacionadas com as intervenções do autocuidado “Toma de medicação”.
	H3.6.: As intervenções do autocuidado “Manter-se ativo” estão positivamente relacionadas com as restantes intervenções.	H3.6.1.: As intervenções do autocuidado “Manter-se ativo” estão positivamente relacionadas com as intervenções dos “Cuidados centrados no cliente”.
	H3.7.: As intervenções do autocuidado “Monitorização” estão positivamente relacionadas com as restantes intervenções.	H3.7.1.: As intervenções do autocuidado “Monitorização” estão positivamente relacionadas com as intervenções do autocuidado “Alimentação”.
	H3.8.: As intervenções do autocuidado “Toma de medicação” estão positivamente relacionadas com as restantes intervenções.	H3.8.1.: As intervenções do autocuidado “Toma de medicação” estão positivamente relacionadas com as intervenções de “Continuidade de Cuidados”.
	H3.9.: As intervenções do autocuidado “Redução Riscos” estão positivamente relacionadas com as restantes intervenções.	H3.9.1.: As intervenções do autocuidado “Redução Riscos” estão positivamente relacionadas com as intervenções do autocuidado “Alimentação”.
	H3.10.: As intervenções do autocuidado “Resolução de problemas e <i> coping </i> saudável” estão positivamente relacionadas com as restantes intervenções.	H3.10.1.: As intervenções do autocuidado “Resolução de problemas e <i> coping </i> saudável” estão positivamente relacionadas com as intervenções dos “Cuidados centrados no cliente”.

Em relação à hipótese proposta pelo modelo NREM que indica que as intervenções desenvolvidas (Processo) estão relacionadas com os resultados obtidos pelo utente (satisfação, autocuidado, conhecimentos e parâmetros clínicos), apresentamos a única hipótese confirmada pelo MEE no quadro 4.3.

Quadro 4.3. - Hipóteses confirmadas pelo MEE referentes à relação entre o processo e o resultado

Processo→Resultado		
Hipótese Complexa	Hipóteses Gerais	Hipóteses específicas confirmadas pelo MEE
H2: As intervenções desenvolvidas estão relacionadas com a satisfação, o autocuidado, os parâmetros clínicos e os conhecimentos (resultados obtidos pelo utente).	H2.3: As intervenções de enfermagem dos cuidados centrados no cliente estão negativamente relacionadas com os parâmetros clínicos do utente.	H2.6.1. As intervenções de enfermagem dos cuidados centrados no cliente estão negativamente relacionadas com a HbA1c do utente.

Quanto à avaliação da qualidade dos resultados do modelo estrutural, tal como referido anteriormente, foram avaliadas as capacidades preditivas do modelo e as relações entre os construtos (variáveis latentes), tendo sido feita a avaliação global do modelo estrutural, através do acima reportado nível de significância dos *Path Coefficient*, e do valor do coeficiente de R^2 , que se apresenta de seguida, conforme proposto por Hair, Hult, Ringle e Sarstedt (2014). Apresenta-se na tabela 4.2. o valor de R^2 .

Tabela 4.2. – Valor de R^2 das variáveis latentes endógenas

Variáveis Latentes Endógenas	R^2
Alimentação	0,84
Avaliação	0,8
Colheita de Dados	0,25
Continuidade Cuidados	0,36
Cuidados centrados no Cliente	0,88
HbA1c	0,25
Manter-se_ativo	0,47
Monitorização	0,19
Redução Riscos	0,61
Resolução de Problemas/Coping Saudável	0,52
Toma de Medicação	0,73

Como se pode verificar e conforme o proposto por Hair, Hult, Ringle e Sarstedt (2014), temos que os valores de R^2 traduzem relações fortes para a *Alimentação*, *Avaliação* e para os *Cuidados Centrados no Cliente*, moderadas para a *Redução de Riscos*, *Resolução de Problemas e Coping Saudável*, *Toma de Medicação* e *Continuidade de Cuidados*, sendo fracas para a *Colheita de Dados*, *HbA1c*, *Manter-se Ativo* e *Monitorização*.

A revisão da literatura, apresentada na Parte I, sustentou o desenho do modelo concetual de investigação sobre a efetividade dos Cuidados de Enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2. Conforme este modelo, os cuidados de enfermagem prestados deverão ser influenciados pela estrutura inerente aos cuidados, e os cuidados prestados estão relacionados com os resultados mensurados no utente. Assim, a estrutura está relacionada com os resultados por via dos cuidados prestados.

Após a avaliação do modelo estrutural, o modelo é constituído por 14 construtos operacionalizados através de 68 indicadores.

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

É fundamental ter uma compreensão clara da natureza das relações entre as intervenções de enfermagem e os resultados no utente, no sentido de ajudar a disciplina de enfermagem a focar-se na melhoria da saúde e capacidade funcional dos utentes e também, no sentido de providenciar informação para decisões políticas (Kreulen & Braden, 2004).

Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem pretendem traduzir correlações entre as intervenções de enfermagem que os utentes receberam e o seu *status* de saúde. Estes resultados consideram-se uma via de medir a efetividade dos cuidados de enfermagem através da mensuração dos resultados em saúde dos utentes (ICN, 2009). Uma vez que os cuidados de enfermagem constituem uma parte integral do sistema de cuidados de saúde, os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem consideram o que os enfermeiros fazem, sob que circunstâncias e que resultados alcançam. Esta informação ou evidência é fundamental no sentido da alocação de recursos e para tornar visível e valorizada a contribuição da disciplina de enfermagem (ICN, 2009).

A procura de monitorizar a qualidade dos cuidados de enfermagem não é nova, considerando a crescente necessidade de prestar contas e a crescente preocupação sobre a contribuição dos enfermeiros nos resultados dos utentes, tendo sido já demonstrada a relação entre os cuidados de enfermagem nestes resultados, sejam estes negativos (eventos adversos) ou positivos.

Os cuidados de enfermagem são prestados sob condições reais e em contextos complexos, com sistemas de fatores e efeitos múltiplos e redes de relações não lineares (Sidani, Doran & Mitchell, 2004). Deste modo, tem-se recorrido a modelos que permitem introduzir e traduzir estas situações de contextos reais caracterizados pela complexidade das relações estabelecidas, concretamente os MEE a que recorreremos no presente estudo.

Neste contexto, os estudos de efetividade, focados nos resultados, são essenciais para a melhoria da qualidade e controlo de custos no setor da saúde e prevêm que sejam testadas as intervenções em contextos reais de trabalho, utilizando comparações e subgrupos no sentido de compreender que intervenções resultam melhor e para quem (Potempa, Daly, & Titler, 2012).

No presente estudo, foram testadas as relações entre as condições de estrutura inerentes aos cuidados de enfermagem e as intervenções que são desenvolvidas, bem como as relações entre as intervenções de enfermagem na área da educação terapêutica e os resultados obtidos no utente com diabetes.

As relações testadas, bem como a metodologia utilizada para avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem, têm em conta o previsto pelo modelo adotado NREM que prevê que as variáveis de estrutura dos utentes e dos enfermeiros (estrutura) estejam relacionadas com a *performance* dos enfermeiros (processo), que por sua vez tem relação com o alcance dos resultados por parte dos utentes (resultado) (Doran et al., 2002; Irvine et al., 1998).

Considerando o pressuposto de que a estrutura afeta o processo de cuidados, foram confirmadas várias hipóteses testadas pelo MEE aplicadas ao contexto de prestação de cuidados de enfermagem ao utente com diabetes.

Verificou-se que a adequação de recursos, concretamente o número de enfermeiros face às necessidades de cuidados e no sentido da prestação de cuidados de qualidade estavam

relacionados positivamente com a qualidade (considerando as *guidelines* na área) das intervenções na área da educação para a saúde sobre os autocuidados “Manter-se ativo”, “Monitorização”, “Redução de Riscos”, “Resolução de Problemas” e “Coping Saudável”.

No sentido dos resultados encontrados, a Agency for Healthcare Research and Quality e U.S. Department of Health and Human Services (2008), bem como o estudo de Lambrou et al. (2014), concluem que os recursos na área de enfermagem, nomeadamente quanto ao número e tipo de formação, influencia o desempenho destes profissionais, especificamente o que fazem e como fazem, sendo que se considera que as condições estruturais têm um efeito direto na sua prestação de cuidados.

Não obstante, a literatura indica que tem havido algumas barreiras e a implementação tardia das evidências sobre as melhores práticas emanadas por *guidelines*, sobretudo na área da enfermagem, identificando-se a necessidade de compreender esta realidade e as justificações para esta situação que pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Ploeg, Davies, Edwards, Gifford e Miller (2007) identificaram que as barreiras à implementação das *guidelines* incluíam, os constrangimentos relacionados com atitudes e crenças e o facto de ser limitada a cultura baseada na evidência, nomeadamente o recurso a *guidelines* e, finalmente, constrangimentos reportados de recursos e tempo. As limitações identificadas à implementação das boas práticas conforme a evidência das *guidelines*, no respeitante à inadequação de recursos, foram os rácios enfermeiro-utente elevados, recursos humanos insuficientes, volume de trabalho excessivo e a impossibilidade de implementar projetos associada a tempos excessivamente curtos para esse efeito.

O modelo NREM propõe que as condições de estrutura condicionam os resultados obtidos por meio das intervenções desenvolvidas (Doran et al., 2002), tendo-se testado esta preposição através do MEE e verificado essa associação, uma vez que se confirmaram hipóteses que relacionam a estrutura inerente aos cuidados com o processo de cuidados e por sua vez confirmou-se haver relação entre o processo de cuidados e os resultados obtidos no utente (HbA1c).

No sentido do exposto, identificámos vários estudos que revelam evidência de que a dotação de recursos, nomeadamente o número de enfermeiros (IOM, 2004; McHugh, Berez, & Small, 2013) e o número de horas de cuidados de enfermagem prestados aos

utentes (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002) estão relacionados com melhores resultados em saúde.

Verificou-se existir uma quantidade crescente de literatura que relaciona os rácios enfermeiro-utente com a variação nos resultados do utente (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Aiken, Cimiotti, Sloane, Smith, Flynn, & Neff, 2011; Lang, Hodge, Olson, Romano, & Kravitz, 2004; Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, & Wilt, 2007; Rafferty, Clarke, Coles, Ball, James, McKee, & Aiken, 2007).

Confirmou-se a hipótese de que a “Supervisão de Cuidados” estava positivamente relacionada com as intervenções relacionadas com a “Avaliação” e “Colheita de Dados”. Resultados semelhantes foram identificados no estudo de White e Winstanley (2010) que identificaram que a supervisão de cuidados tem uma contribuição positiva para a prática clínica dos enfermeiros.

As organizações de saúde parecem estar em constante mudança e reestruturação, sendo as intervenções clínicas e o contacto terapêutico o substrato de base, estas organizações têm a responsabilidade de assegurar que os seus colaboradores estão suficientemente desenvolvidos profissionalmente no sentido de providenciar os cuidados adequados na sua prática (Robinson, 2004). A supervisão clínica ou de cuidados está relacionada com a garantia da concretização dos cuidados preconizados, uma vez que se pode considerar ser a ponte e o apoio na gestão destas mudanças, focando-se na atividade dos enfermeiros e nos *standards* definidos para a sua prática (Turner & Hill, 2011).

Os benefícios da supervisão de cuidados, incluindo o desenvolvimento profissional e melhores resultados para os utentes estão bem documentados (Robinson, 2004), verificando-se que quanto melhor o apoio supervisão, melhores cuidados os supervisionados proporcionam aos seus clientes (Turner & Hill, 2011).

A supervisão de cuidados contribui para a efetividade de cuidados uma vez que é um meio de promover cuidados centrados no cliente e de garantir a qualidade dos cuidados prestados (Royal College of Nursing, 2003).

Bishop (2008) argumenta que a supervisão de cuidados adequadamente conduzida assegurará que os padrões de qualidade são mantidos e, portanto, que as intervenções dos enfermeiros são apropriadas e que, apesar das frenéticas e complexas condições de

trabalho, os enfermeiros serão capazes de intervir de forma terapêutica. O desafio será que o discurso e evidência que faz cada vez mais parte do mundo acadêmico comece a fazer sentido para os líderes e enfermeiros prestadores de cuidados.

Os estilos de liderança também se verificou estarem relacionados com a educação para a saúde sobre o autocuidado “*Toma de medicação*”. Não obstante, e contrariamente à hipótese estabelecida, os resultados indicam que estes 2 construtos estão relacionados de forma inversa.

Desta forma, verificou-se que estilos de liderança caracterizados por líderes presentes e acessíveis à equipa, que apoiam na tomada de decisões e consultam enfermeiros sobre problemas e procedimentos da prática estarão relacionados com intervenções dirigidas ao autocuidado “*Toma de medicação*” de forma negativa.

De facto, na literatura é reconhecida a relação entre os estilos de liderança e a qualidade dos cuidados prestados (McFadden, Stock, & Gowen, 2014). No entanto, os resultados encontrados contrariam o que a evidência sugere, concretamente que estilos de liderança mais descentralizados estão associados a cuidados de maior qualidade (Department of Health, 2008; Gunnarsdóttir, Clarke, Rafferty & Nutbeam, 2009; Mendes & Fradique, 2014; Ten Have, Nap, & Tulleken, 2013).

Considerando os resultados obtidos, importa referir que na literatura é reportado também que estilos de liderança em que o poder e a delegação de responsabilidades é excessivamente elevada podem conduzir a um vazio de autoridade, com alguma desorganização, refletindo-se negativamente nos cuidados; considerando-se ser necessário um misto de liderança que contemple formas mais rígidas e centralizadas com formas mais modernas de liderança (McKee, Charles, Dixon-Woods, Willars, & Martin, 2013). Este achado da literatura poderá contextualizar os resultados obtidos, uma vez que se poderá considerar que pontuações de um extremo relativamente aos estilos de liderança poderão não estar associadas ao melhor nível de desempenho.

A evidência revela que, para além de se considerar a liderança no geral, quanto ao estilo do líder e à abordagem que tem perante os colaboradores, considerando a prestação de cuidados e a garantia de uma prestação de cuidados de qualidade, estudos indicam que é fundamental que esse líder acautele uma cultura direcionada especificamente para a

implementação de práticas baseadas na evidência através de medidas diretas no contexto de trabalho e de prestação de cuidados (Ploeg et al., 2007; Westerberg, & Tafvelin, 2013). Portanto, ainda que o líder desenvolva uma liderança que assente nas premissas adequadas, avaliadas pelo instrumento aplicado, se não se focar concretamente nas formas de acautelar a implementação das recomendações sobre as práticas mais adequadas, poderemos não ver esse estilo de liderança adequado refletido na melhoria dos cuidados prestados.

Ploeg et al. (2007) verificaram que a liderança está relacionada com a implementação bem-sucedida das recomendações oriundas das *guidelines*, tendo sido identificados 3 tipos de liderança que mais estavam associados à sua implementação: (1) estilos de liderança que apoiavam a visão da organização alinhada com a necessidade de implementação contínua das *guidelines*, (2) uma liderança que acautelava os recursos humanos e restantes recursos necessários e (3) uma liderança que consagrava as recomendações das *guidelines* nas políticas internas e documentação de diversa índole associada à prestação de cuidados e a políticas de qualidade. Os enfermeiros incluídos na amostra consideram que a melhor forma de implementar de modo célere e eficaz as recomendações sobre as melhores práticas é através dos elementos que lideram, através da sua gestão, do seu exemplo enquanto modelos.

Considera-se que o atual modelo de liderança vigente no âmbito dos cuidados de saúde primários pode estar distante desta recomendação, do líder enquanto modelo, uma vez que em termos físicos, os locais onde os enfermeiros desenvolvem a sua prática clínica estão distantes do local onde se encontra a pessoa com funções de liderança, na maioria dos casos. Tendo em conta a organização dos serviços consignada pela Portaria n.º 394-A/2012 de 29 de novembro, os ACES apresentam os seus serviços descentralizados, sendo no caso do agrupamento onde decorreu o estudo, o ACES PL constituído por 6 Centros de Saúde, com 154 enfermeiros distribuídos por 69 unidades de saúde (Portal da Saúde, 2014) distantes fisicamente e com uma dotação média de 1 enfermeiro com funções de liderança por cada centro de saúde (neste caso 6), compreende-se que a possibilidade de a liderança ser próxima, no que respeita ao acompanhamento e desempenho enquanto modelo, seja altamente limitada.

Por outro lado, de acordo com Lynch e Happell (2008) a liderança adequada isoladamente não se repercute na melhoria da qualidade dos cuidados, sendo necessário

que exista investimento no desenvolvimento profissional, nomeadamente através da formação adequada, tendo na presente investigação, a maioria dos enfermeiros reportado ter insuficiente formação na área da diabetes e que não lhe eram proporcionadas as condições necessárias para o desenvolvimento profissional. Embora não se tenha obtido o nível de significância adequado para confirmar a hipótese de que a piores níveis de formação correspondiam piores desempenhos, estes fatores podem ter afetado indiretamente os resultados obtidos.

Tendo em conta o previsto no modelo adotado NREM de Irvine et al. (1998), tendo-nos reportado anteriormente às relações entre a estrutura e o processo, passamos de seguida às relações suportadas pelo MEE entre o processo e os resultados mensurados no utente, uma vez que o modelo considera fulcral esta relação a 3 dimensões, considerando que o fim último de adequadas condições para o exercício e das intervenções de enfermagem será a obtenção de resultados em saúde para o utente, neste caso, resultados que são sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A única relação confirmada entre o processo e o resultado, pelos critérios de avaliação do MEE descritos anteriormente, foi a relação inversa entre os “*Cuidados Centrados no Cliente*” e o valor da HbA1c dos utentes.

A centralidade no utente inerente aos cuidados prestados tem sido cada vez mais reconhecida como uma evolução na conceção dos cuidados (Reed, Conrad, Hernandez, Watts, & Marcus-Smith, 2012) e encerra em si a enorme promessa de melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados em geral (Agency for Healthcare Research and Quality & U.S. Department of Health and Human Services, 2008).

Os cuidados centrados no cliente são cuidados culturalmente sensíveis e de facto a literatura reporta que a educação terapêutica na área da diabetes (DSME) culturalmente competente melhora os resultados em saúde, nomeadamente a HbA1c (Brown, Garcia, Kouzekanani, & Hanis, 2002).

Relativamente à disciplina de enfermagem, emerge na literatura a relevância dos cuidados centrados no cliente, ligando-os à obtenção de resultados efetivos, apontando a evidência que as características do enfermeiro e do ambiente de cuidados são pré-requisitos

necessários para a prestação de cuidados centrados no cliente. (McCormack & McCance, 2006).

A educação terapêutica, enquanto intervenção de enfermagem, está associada a melhores resultados no utente com diabetes e vários estudos indicam que os utentes que se envolvem nas decisões e gestão dos seus cuidados - foco da educação para a autogestão - têm melhores resultados, sendo que a promoção da capacidade para o desenvolvimento do autocuidado, particularmente nas doenças crónicas, está associada a melhorias no *status* de saúde (Lorig et al., 2001).

A HbA1c é considerada atualmente o principal meio de avaliação do controlo da diabetes, considerando-se o “*gold standard*”, portanto considera-se o resultado major para os utentes com diabetes tipo 2 (Bryśkiewicz & Majkowska, 2011).

Tal como os resultados obtidos, estudos mostram evidência da relação entre a educação terapêutica e a melhoria (diminuição) na HbA1c (Ku & Kegels, 2014; Siminerio, Ruppert, Emerson, Solano, & Piatt, 2008), sendo portanto fulcral a qualidade da educação terapêutica por esta estar relacionada com a diminuição da HbA1c, que por sua vez se associa à diminuição do risco de complicações (Eigenmann & Colagiuri, 2007; Turner, Cull, Frighi, & Holman, 1999).

Sendo a HbA1c considerada uma medida central de avaliação dos resultados em saúde da pessoa com diabetes, é importante verificar-se que existem intervenções (concretamente a educação terapêutica) que estão relacionadas com melhorias neste parâmetro, diminuindo, deste modo, o risco de complicações. No presente estudo, várias intervenções no âmbito da educação terapêutica subsidiaram para aquela que resultou como sendo a área aglutinadora de todas as variáveis latentes emergentes do MEE – “*Cuidados Centrados no Cliente*”.

Verificou-se que entre as variáveis da estrutura e a variável “*Cuidados Centrados no Cliente*” houve um conjunto de relações estabelecidas entre as variáveis do processo de educação terapêutica ao utente com diabetes, que vão ao encontro da reconhecida complexidade e interrelação dos cuidados de enfermagem, sendo interessante e indo ao encontro dos achados mais recentes na literatura verificar que nesta teia de relações emerge o destaque da prestação de cuidados centrados no cliente.

Este resultado não é surpreendente considerando o foco de atenção da disciplina de enfermagem e a relevância do cuidar para a disciplina que supõe a personalização e humanização dos cuidados. O quadro teórico que compõe a teoria de médio alcance sobre a prestação de cuidados centrados no cliente desenvolvida por McCormack e McCance (2006) torna explícita a necessidade dos enfermeiros irem além das competências técnicas, no sentido da prestação de cuidados centrados no cliente, exigindo que se envolvam em práticas de cuidados verdadeiramente humanizadas, sendo que, só desta forma, estes cuidados serão efetivos.

Atualmente emerge na literatura a crítica à produção de conhecimento em que é valorizada a efetividade e rentabilidade numa economia orientada para o mercado, em vez do seu potencial para cumprir as metas humanistas da verdade e da justiça, ou seja, o facto de o conhecimento tender a ser reduzido a mercadoria a ser comprada e vendida (Rolfe & Gardner, 2006). Considerando o estudo que apresentamos, que se situa numa perspectiva de ir ao encontro das exigências de “*accountability*” numa ótica que pode ser considerada economicista, é interessante verificar pelos resultados obtidos, que a disciplina de enfermagem, ainda que sendo analisada num contexto de efetividade e de obtenção de ganhos, mantém a centralidade na humanização dos cuidados e nos cuidados centrados no cliente.

É fundamental que se reforce, através da investigação e da evidência daí decorrente, o papel do enfermeiro no âmbito da gestão da doença crónica, nomeadamente na gestão da diabetes através das suas intervenções de cariz autónomo. Esta necessidade torna-se relevante uma vez que conforme referem Bodenheimer, MacGregor e Stothart (2005) por uma conjuntura de razões, não é enfatizado o papel que os enfermeiros podem assumir no cuidado à pessoa com doença crónica. Adicionalmente, documenta-se em muitos sistemas de saúde que os enfermeiros são subvalorizados, resumindo-se a sua atividade a intervenções dependentes da prescrição de outros, em vez de providenciarem educação e promoverem a autogestão a utentes com doença crónica. Neste contexto é premente que se quebrem as barreiras que existem à prática de uma enfermagem avançada, nomeadamente através da investigação que demonstre a efetividade das suas intervenções na área da educação terapêutica.

CAPÍTULO V. CONCLUSÕES

Após este percurso, saiu reforçada a conceção de que a enfermagem e a gestão devem aliar-se no sentido da disciplina de enfermagem sair reforçada pela via da qualidade, a enfermagem focada no utente, nas suas necessidades e nas melhores práticas no sentido do alcance dos resultados e a gestão focada no serviço prestado procurando a garantia da qualidade, num contexto saudável para a equipa, procurando a sustentabilidade e efetividade.

A diabetes é uma doença crónica que está a tomar proporções epidémicas e que pode ser controlada através de intervenções que provaram ser efetivas, nomeadamente a educação terapêutica. Os enfermeiros têm revelado ter um papel central na gestão da doença crónica, pela sua preparação académica e pela natureza dos cuidados que prestam, que têm demonstrado ser essenciais para o alcance dos resultados requeridos na doença crónica.

Quanto à área da diabetes, é escassa a literatura que mostra a relação entre as intervenções de enfermagem na área da educação terapêutica e os resultados relevantes na área da diabetes que têm demonstrado, noutros contextos, serem sensíveis aos cuidados de enfermagem. Embora não se tenham identificado estudos que retratem a realidade portuguesa, verifica-se na literatura que os estudos existentes sobre a efetividade dos cuidados de enfermagem para a área da diabetes reportam a necessidade de se reproduzirem estudos sobre esta temática para que se possam comparar resultados e perceber que intervenções funcionam melhor (considerando os resultados) e em que contextos (considerando as características dos utentes, dos enfermeiros e das organizações) e, simultaneamente, para reforçar a evidência sobre o contributo dos enfermeiros para os resultados do utente.

Assim, a presente tese partiu das questões: (a) Quais são as características estruturais subjacentes à consulta de enfermagem ao utente com diabetes tipo 2, no contexto de cuidados de saúde primários? (b) Quais são as intervenções de enfermagem desenvolvidas na educação terapêutica à pessoa com diabetes tipo 2 seguida em cuidados de saúde primários? (c) Que resultados se identificam na pessoa com diabetes tipo 2 no que respeita ao autocuidado, conhecimentos, *status* de saúde e satisfação com os cuidados de enfermagem? (d) Qual é a relação entre as condições de estrutura e as intervenções de

enfermagem desenvolvidas? (e) Qual é a relação entre as intervenções de enfermagem e os resultados no utente com diabetes tipo 2, no que respeita ao autocuidado, conhecimentos, *status* de saúde (resultados clínicos) e satisfação com os cuidados de enfermagem?

Tendo como objetivo geral analisar a efetividade da educação terapêutica à pessoa com diabetes tipo 2, decompondo-a em 3 dimensões (estrutura, processo e resultado) e testando as relações entre as dimensões propostas pelo modelo NREM adotado, desenvolvemos 3 estudos.

O primeiro estudo permitiu validar ou revalidar para a amostra em estudo, os instrumentos que foram utilizados nos estudos subsequentes, nomeadamente os instrumentos para avaliar a estrutura inerente aos cuidados (*Ambiente da prática de enfermagem*), o processo de cuidados de enfermagem (*Processo de Educação Terapêutica ao Utente com diabetes e Educação terapêutica relativa aos comportamentos de Autocuidado*) e os resultados (*Atividades de autocuidado com a diabetes; Conhecimentos sobre a diabetes; Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde*).

Neste estudo recorreu-se a duas amostras distintas não probabilísticas, uma constituída por 292 utentes com diabetes seguidos em consulta de enfermagem em cuidados de saúde primários e outra por 104 enfermeiros que realizavam consultas de enfermagem a utentes com diabetes tipo 2 em cuidados de saúde primários. Verificaram-se, nalguns instrumentos sujeitos a revalidação, diferenças na estrutura, nomeadamente na organização e nos itens incluídos nos vários fatores face a versões anteriores. Conclui-se, de acordo com os resultados deste primeiro estudo que:

- a. Os instrumentos têm propriedades psicométricas que lhes permitem avaliar os construtos a que se propõem, revelando-se válidos e também fiáveis face aos indicadores avaliados.
- b. A escala **SDSCA** avalia o autocuidado com a diabetes, sendo constituída por 4 fatores e resultou composta por 11 itens que se agrupam nos fatores: Alimentação geral e antidiabéticos orais, Exercício, Monitorização da glicemia e Cuidados com os pés.
- c. O **DKQ-24** avalia os conhecimentos sobre a diabetes e é constituído por 24 itens agrupados numa única dimensão.

- d. A escala **SUCECS** avalia a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem e apresenta 27 itens organizados em 6 fatores: Individualização da Educação para a Saúde, Informação sobre Serviços e utilização pelo utente e família, Promoção da acessibilidade, Ambiente de cuidados, Relação terapêutica, Apreciação dos cuidados prestados.
- e. A escala **PETCD** avalia o processo de educação terapêutica, sendo constituída por 13 itens que se agrupam em 4 dimensões: Colheita de Dados, Avaliação, Cuidados Centrados no Cliente, Continuidade de Cuidados.
- f. A escala **ETCA** avalia a educação para o autocuidado, constituída por 34 itens que se agrupam em 6 dimensões: Alimentação, Manter-se ativo, Monitorização, Toma de Medicação, Redução de riscos, Resolução de Problemas e Coping Saudável.
- g. A escala **PES-NWI** avalia o ambiente da prática de enfermagem e é constituída por 30 itens agrupados em 5 fatores: Organização inter e intra disciplinar, Supervisão de cuidados, Valorização e Desenvolvimento Profissional, Estilos de Liderança, Adequação de recursos.

Após a preparação dos instrumentos de recolha de dados, garantido as suas características de validade e fidelidade, estes foram mobilizados para os estudos quantitativos seguintes, um de carácter descritivo e o outro de carácter correlacional.

O segundo estudo, de carácter descritivo, caracterizou relativamente aos enfermeiros o ambiente da prática de enfermagem e o processo de educação terapêutica aos utentes com diabetes e a educação para o autocuidado. Relativamente aos utentes, caracterizou a sua situação sociodemográfica e clínica, a satisfação com os cuidados de enfermagem, os conhecimentos sobre a diabetes e o autocuidado na diabetes. Apresentamos as conclusões do estudo divididas nas 3 dimensões propostas para a análise da efetividade: da estrutura, do processo e do resultado.

Relativamente à dimensão **estrutural**, e à amostra dos enfermeiros, as principais conclusões foram:

- h. Os 49 enfermeiros da amostra apresentam uma média de idades de 43 anos (S.D.=7,5), a maioria dos enfermeiros é detentor do grau de licenciatura ou equivalente legal, exerce a profissão em média há 19,2 anos (S.D.=7,8), com

experiência profissional na área da diabetes de 14,39 anos em média (S.D=8,23) e a maioria considera a formação que tem na área da diabetes insuficiente.

- i. Os enfermeiros classificam o ambiente da prática de enfermagem como sendo favorável.
- j. Em média, os enfermeiros consideram que os aspetos mais favoráveis do ambiente da prática de cuidados são a organização inter e intradisciplinar e os estilos de liderança sendo a adequação de recursos e a valorização e desenvolvimento profissional aqueles menos favoráveis.
- k. A maioria dos enfermeiros considera que o tempo dado pela instituição para desenvolver/manter o nível de competências na área da diabetes insuficiente, bem como os recursos materiais para realizar a educação terapêutica que também são considerados, pela maioria dos enfermeiros, insuficientes.

Relativamente à dimensão estrutura, e à amostra dos utentes com diabetes, as principais conclusões foram:

- l. Dos 292 utentes com diabetes que constituem a amostra, a maioria tem o diagnóstico de diabetes há 5 anos, tem a instrução primária, é casada ou vive em união de facto e é reformada.
- m. A maioria reporta não ter nem ter tido quaisquer complicações decorrentes da diabetes. Dos utentes que reportam ter complicações decorrentes da diabetes, a complicação aguda mais frequente é a hipoglicemia. Quanto às complicações crónicas, a mais reportada foi a retinopatia diabética, seguida da doença cerebrovascular e doença vascular periférica.
- n. Quanto às comorbilidades, os grupos de doenças mais frequentemente reportados foram as doenças osteoarticulares e as doenças do aparelho circulatório.
- o. Quanto à medicação em curso para tratamento da diabetes, temos que uma larga percentagem toma antidiabéticos orais exclusivamente e que apenas uma percentagem residual usa a terapêutica combinada de insulina e antidiabéticos orais.

Relativamente à dimensão do **processo** de educação terapêutica, e no que respeita às intervenções reportadas pelos enfermeiros, emergiram as seguintes conclusões:

- p. A maioria dos enfermeiros refere não basear-se em algum plano ou programa de educação estruturado (com conteúdos, objetivos, atividades, metodologia e avaliação) específico para educar as pessoas com diabetes ao seu cuidado.
- q. A maioria efetua apenas educação terapêutica individual e efetua a avaliação dos resultados.
- r. No respeitante ao processo de educação terapêutica, as intervenções relativas à continuidade de cuidados e a cuidados centrados no cliente foram aquelas que os enfermeiros, em média, reportaram realizar com mais frequência. Em oposição, reportaram realizar com menor frequência as intervenções das dimensões colheita de dados e avaliação.
- s. Quanto à Educação terapêutica relativa aos comportamentos de Autocuidado, os enfermeiros, em média, reportaram realizar com maior frequência as intervenções de educação para os autocuidados de Redução de riscos e de Monitorização. Por outro lado, as intervenções que os enfermeiros relataram realizar com menor frequência foram as de educação para os autocuidados relativos à Toma da medicação e Manter-se ativo.

As conclusões principais dos **resultados** dos utentes com diabetes tipo 2 foram as que de seguida se apresentam:

- t. Os utentes, em média, apresentam um adequado controlo glicémico, embora 30,5% apresente valores de HbA1c acima do valor de referência.
- u. A maioria dos utentes com diabetes apresenta excesso de peso (IMC superior a 25). Em média, os homens apresentam um valor de IMC acima do adequado, bem como as mulheres, considerando o risco cardiovascular; 89,6% dos homens têm o valor do perímetro abdominal acima do valor adequado e 99,2% as mulheres têm também este valor acima do recomendado.
- v. Em média, a pressão arterial sistólica encontra-se acima do valor recomendado, ao passo que a pressão arterial diastólica, se encontra dentro dos valores preconizados.
- w. Quanto aos níveis de adesão ao autocuidado na diabetes, os utentes da amostra apresentam níveis de adesão mais elevados em relação à alimentação e toma de antidiabéticos orais; o autocuidado “exercício físico” foi aquele em que se verificou um nível mais baixo de adesão.

- x. A prática de atividade física durante pelo menos 30 minutos, a participação numa sessão de exercício físico específico, a avaliação do açúcar no sangue e a inspeção ao interior dos sapatos foram os itens com menores níveis de adesão ao autocuidado.
- y. Quanto aos conhecimentos sobre a diabetes, a maioria dos utentes errou as respostas sobre a causalidade da doença e sinais de hipoglicemia e revelou desconhecimento sobre o local onde é produzida a insulina, monitorização dos níveis de glicemia, o efeito do exercício físico no controlo da diabetes e sinais de hiperglicemia.
- z. Quanto à satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde, no geral os níveis de satisfação são muito bons. Os utentes, em média, revelaram muito bons níveis de apreciação dos cuidados prestados e manifestaram, em média, estar muito satisfeitos quanto à relação terapêutica e ao ambiente de prestação de cuidados, encontrando-se menos satisfeitos com a informação sobre serviços e utilização pelo utente e família e com a promoção da acessibilidade.
 - aa. A preocupação dos enfermeiros em envolver os familiares ou as pessoas mais próximas, a preocupação dos enfermeiros em transmitir a informação sobre os serviços que o utente tem à sua disposição, a preocupação dos enfermeiros em transmitir informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis e a preocupação dos enfermeiros em explicar quais os direitos e deveres como utente foram os itens onde os utentes revelaram menor nível de satisfação.

O terceiro estudo de carácter correlacional seguiu o modelo teórico NREM de Irvine et al. (1998) que permite avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem, testando as hipóteses propostas de relação entre a estrutura, processo e resultados, através da análise multivariada efetuada pelo Modelo das Equações Estruturais. As principais conclusões sobre as relações entre as condições do exercício à prática de enfermagem (estrutura) e as intervenções desenvolvidas na área da educação terapêutica (processo) são as seguintes:

- bb. A maior adequação de recursos está associada a uma frequência superior de intervenções no âmbito da educação para o autocuidado manter-se ativo.

- cc. Um maior nível de adequação de recursos está associado a intervenções mais frequentes no âmbito da educação para o autocuidado monitorização.
- dd. Um maior nível de adequação de recursos está associado a intervenções mais frequentes no âmbito da educação para o autocuidado redução de riscos.
- ee. Um maior nível de adequação de recursos está associado a intervenções mais frequentes no âmbito da educação para o autocuidado resolução de problemas e *coping* saudável.
- ff. Um maior nível de adequação de recursos está associado a intervenções mais frequentes no âmbito da educação para o autocuidado manter-se ativo.
- gg. Um maior nível de Supervisão Cuidados está associado a intervenções mais frequentes no âmbito da Colheita de Dados.
- hh. Um maior nível de Supervisão Cuidados está associado a intervenções mais frequentes no âmbito da Continuidade Cuidados.
- ii. Estilos de liderança mais adequados estão associados a uma menor frequência de intervenções no âmbito da educação para o autocuidado sobre toma de medicação.

As principais conclusões sobre as relações entre as várias intervenções entre si são as seguintes:

- jj. Ao aumento da frequência das intervenções de educação sobre o autocuidado manter-se ativo está associado um aumento da frequência de práticas de cuidados centrados no cliente.
- kk. Ao aumento da frequência das intervenções de educação sobre o autocuidado monitorização está associado um aumento da frequência das intervenções de educação sobre o autocuidado alimentação.
- ll. Ao aumento da frequência das intervenções de educação sobre o autocuidado redução de riscos está associado um aumento da frequência das intervenções de educação sobre o autocuidado alimentação.
- mm. Ao aumento da frequência das intervenções de colheita de dados está associado um aumento da frequência das intervenções de educação sobre o autocuidado alimentação.
- nn. Ao aumento da frequência das intervenções relativas à colheita de dados está associado um aumento da frequência das intervenções de educação sobre o autocuidado alimentação.

- oo. Ao aumento da frequência das intervenções de educação sobre o autocuidado alimentação está associado um aumento da frequência das intervenções de educação sobre o autocuidado toma de medicação.
- pp. Ao aumento da frequência das intervenções de educação sobre o autocuidado toma de medicação está associado um aumento da frequência das intervenções promotoras da continuidade de cuidados.
- qq. Ao aumento da frequência das intervenções promotoras da continuidade de cuidados está associado um aumento da frequência das intervenções de educação sobre o autocuidado resolução de problemas e *coping* saudável.
- rr. Ao aumento da frequência das intervenções de educação sobre o autocuidado resolução de problemas e *coping* saudável está associado um aumento da frequência de práticas de cuidados centrados no cliente.
- ss. Ao aumento da frequência das intervenções relativas à avaliação está associado um aumento da frequência de práticas de cuidados centrados no cliente.

Apresenta-se a principal conclusão relativa à relação entre as intervenções no âmbito da educação terapêutica (processo) e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem:

- tt. Ao aumento da frequência de práticas de cuidados centrados no cliente está associado uma diminuição da HbA1c.

O modelo testado neste estudo, baseado no NREM, permite-nos analisar a contribuição dos enfermeiros na área da diabetes para os resultados do utente.

De acordo com a revisão da literatura efetuada, foi desenhado um modelo de relações entre as variáveis da estrutura, processo e resultados, testado através do SEM. O modelo testado revelou capacidade preditiva e presença de relações com significância entre os construtos. Emergindo destes resultados a evidência empírica de que os resultados do utente são influenciados pelas intervenções dos enfermeiros e estas pelos contextos da prática de cuidados, decorrendo daqui a efetividade e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Como limitações do presente estudo, indicamos que os resultados obtidos no âmbito do estudo desenvolvido carecem de sustentação através de novos estudos com amostras de maior dimensão e com características de aleatoriedade, não havendo para este estudo condições para a generalização.

Acrescentamos que o modelo resultante da revisão da literatura e posteriormente testado, tem algumas limitações, nomeadamente a baixa variância explicada pelas variáveis da estrutura e do processo nos resultados. Por este motivo, recomendam-se estudos com outras variáveis de relevo para a área e com a inclusão de mais locais com dispersão geográfica e de práticas.

Apesar das limitações no que respeita à generalização dos resultados, com este estudo ficam documentadas quais as intervenções que estão associadas aos resultados de relevância para a área da diabetes e também quais as condições para o exercício que afetam as intervenções de educação para a saúde desenvolvidas.

Como implicações para a enfermagem, temos que a determinação de como estas variáveis (de estrutura, de processo e de resultado) estão relacionadas, ajuda à compreensão sobre qual o contributo dos enfermeiros dentro do sistema de saúde.

Quanto às implicações para a investigação, o presente estudo contribui para a identificação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, a partir das relações específicas identificadas entre as dimensões “estrutura”, “processo” e “resultado” poderão abrir-se horizontes a novas investigações que complementem a análise e caracterização da teia de relações complexa que caracteriza o fenómeno.

Quanto às implicações para o ensino, sugere-se que os resultados do estudo sejam contemplados no sentido do desenvolvimento de competências no âmbito da licenciatura em enfermagem, permitindo ir ao encontro das reais necessidades dos utentes com diabetes com recurso a intervenções autónomas de enfermagem e através de uma abordagem efetiva.

Quanto às implicações para a prática, os resultados do presente estudo contribuem para a valorização das intervenções de enfermagem de educação para a saúde, identificando a sua efetividade pela associação a resultados relevantes para os utentes com diabetes cuidados.

A identificação das condições inerentes ao exercício da enfermagem, nomeadamente do ambiente da prática de cuidados, do nível de formação em enfermagem e na área clínica da diabetes, são dados que permitem um melhor conhecimento da realidade do corpo de enfermagem prestador de cuidados na área da diabetes e das suas perceções relativas ao

seu contexto de trabalho. Numa ótica de gestão, este conhecimento, nomeadamente dos pontos fortes e pontos fracos, permite traçar objetivos mais fundamentados, mas também numa perspetiva de ensino e de investigação.

A descrição das intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na área da educação terapêutica ao utente com diabetes permite a sistematização e o aumento da visibilidade do que o enfermeiro faz num contexto complexo de práticas relevantes nem sempre associadas ao papel do enfermeiro, práticas associadas àquela que tem sido a centralidade e o foco da disciplina - o de capacitar para o autocuidado o utente em processo de transição saúde/doença, neste caso no processo de transição associada ao diagnóstico de diabetes.

A sistematização das intervenções na área da educação terapêutica ao utente com diabetes tem implicações para a prática de cuidados porque se deixa emergir o papel do enfermeiro, para o ensino uma vez que este se pode focar na promoção de competências vocacionadas para o papel inerente à prática de cuidados nesta área e para a investigação, já que a partir desta caracterização se podem empreender estudos que permitam caracterizar de forma mais alargada o cuidado de enfermagem nesta área.

No âmbito da investigação e para continuidade deste estudo sugere-se a aplicação e adaptação dos instrumentos de medida desenvolvidos noutros contextos geográficos e culturais e de forma mais alargada, uma vez que este estudo se limitou a uma área restrita, no sentido de se conhecerem e caracterizarem as práticas do enfermeiro de forma mais completa e menos contextual, com integração de outras realidades e comparação entre os dados obtidos com instrumentos ainda mais válidos e fiáveis.

A caracterização sociodemográfica e clínica permitiu um retrato mais fiel do contexto de prestação de cuidados, nomeadamente na caracterização das variáveis clínicas, sociais e demográficas relativas à amostra de utentes com diabetes. É inquestionável que estas variáveis também afetam os resultados e não se pode ignorar ou negar a existência de outros fatores concorrentes para os resultados do utente, tal como não se pode negar, perante a evidência que tem emergido e a que trazemos com este estudo, o contributo que a disciplina de enfermagem também tem para estes resultados.

A identificação dos resultados, considerados de relevo para a área da diabetes e sensíveis aos cuidados de enfermagem antecedentes, permite-nos conhecer factualmente a

realidade e a concretização dos objetivos a que os cuidados se propõem. A monitorização dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem em Portugal tem sido pouco desenvolvida e divulgada, sendo este conhecimento determinante numa ótica de gestão para se ponderarem decisões sobre alocação de recursos, organização do trabalho e estabelecimento de metas específicas para a equipa de enfermagem. Numa ótica de ensino, o conhecimento destes resultados permite estabelecer programas de formação centrados no desenvolvimento de competências direcionados para os ganhos em saúde perspectivados e mais associados às intervenções de enfermagem. Conhecendo-se não só as áreas de maiores concretizações, mas também, as áreas mais deficitárias, estes programas de formação poderão ser mais direcionados para as reais necessidades.

Propõe-se o desenvolvimento de estudos para aprofundar o conhecimento sobre a natureza e explicações associadas às relações encontradas.

Os cuidados centrados no cliente assumem um destaque de relevo para o alcance dos resultados, mediando as intervenções de educação para a saúde e as características da estrutura inerente. Sugere-se para investigações futuras aprofundar a compreensão sobre a forma como se desenvolvem as intervenções centradas no cliente e da forma como medeia a ligação entre as intervenções antecedentes aos resultados obtidos.

Concluimos acreditando que a mobilização dos resultados deste estudo para a área da docência em enfermagem, para a investigação, para a gestão de unidades e serviços de enfermagem e para a prática clínica, contribuirá para a melhoria da qualidade dos cuidados dirigidos à pessoa com diabetes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AADE (2003). Standards for outcomes measurement of diabetes self-management education. *The Diabetes Educator*, 29(5), 804-816.

AADE (2009). AADE guidelines for the practice of diabetes self-management education and training (DSME/T). *The Diabetes Educator*, 35(3 suppl), 85S-107S.

AADE. (2011). *Guidelines for the Practice of Diabetes Education*. Acedido em 23 de março de 2012 em http://www.diabeteseducator.org/export/sites/aade/_resources/pdf/general/PracticeGuidelines2011.pdf

AADE (2012). *Measurable behavior change is the desired outcome of diabetes education*. Acedido a 15 de março de 2012 em <http://www.diabeteseducator.org/ProfessionalResources/AADE7/>

AADE (2013). *American Association of Diabetes Educators 7 Self- Care Behaviours*. Acedido em 22 de fevereiro de 2012 de <http://www.diabeteseducator.org/ProfessionalResources/AADE7/>

ADA (2008). Economic costs of diabetes in the US in 2007. *Diabetes care*, 31(3), 596-615.

ADA (2013). Standards of medical care in diabetes-2013. *Diabetes care*, 36(Suppl 1), S11.

ADA (2013). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*, 36(Supplement 1), S67-S74.

ADA (2014). Standards of medical care in diabetes-2014. *Diabetes care*, 37(Supplement 1), S14-S80.

Adams, S. G., Smith, P. K., Allan, P. F., Anzueto, A., Pugh, J. A., & Cornell, J. E. (2007). Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Archives of internal medicine*, 167(6), 551-561.

Afthanorhan, W. (2013). A Comparison Of Partial Least Square Structural Equation Modeling (PLS-SEM) and Covariance Based Structural Equation Modeling (CB-SEM) for Confirmatory Factor Analysis. *International Journal of Engineering Science and Innovative Technology*, 198-205.

Agency for Healthcare Research and Quality; U.S. Department of Health and Human Services (2008). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Acedido em 25 de setembro de 2014 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328752>

Agosta, L. J. (2009). Psychometric evaluation of the nurse practitioner satisfaction survey (NPSS). *Journal of nursing measurement*, 17(2), 114-133.

Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral (ACES PL) (2013). *Plano de desempenho 2013*. Acedido em 14 de junho de 2014 em http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Documents/Contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20Interna/Plano%20de%20Desempenho/2013/PL_PD2013.pdf.

Aiken, L. H. & Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Nursing outlook*, 50(5), 187-194.

Aiken, L. H., Buchan, J., Ball, J., & Rafferty, A. M. (2008). Transformative impact of Magnet designation: England case study. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), 3330-3337.

Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2011). The effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical care*, 49(12), 1047.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of nursing administration*, 38(5), 223.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288(16), 1987-1993.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International journal of nursing studies*, 50(2), 143-153.

Aiken, L., Cimiotti, J., Sloane, D., Smith, H., Flynn, L., & Neff, D. (2012). Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals with Different Nurse Work Environment. *Urologic Nursing*, 32 (2), p.93.

Alfaro-LeFevre, R. (2005). *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed

Alhusban, M. A., & Abualrub, R. F. (2009). Patient satisfaction with nursing care in Jordan. *Journal of nursing management*, 17(6), 749-758.

Al-Khawaldeh, O. A., Al-Hassan, M. A., & Froelicher, E. S. (2012). Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*, 26(1), 10-16.

Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (4ª ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Amaral, A. F. S., Ferreira, P. L., Cardoso, M. L., & Vidinha, T. (2014). Implementation of the Nursing Role Effectiveness Model. *International Journal of Caring Sciences*, 7(3), 757.

Amaral, A. F. S., Ferreira, P. L., & Lake, E. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *Internacional Journal of Caring Science*, 5(3), 280-288.

Baer, L. C., Baldwin, K. A., Sisk, R. J., Watts, P., Grinslade, M. S., Brockschmidt, B., ... & McCubbin, J. (1999). Development of an Instrument to Measure Community Acceptance of Nurse Practitioners and Physician Assistants. *Journal of nursing measurement*, 7(1), 63-77.

Balamurugan, A., Ohsfeldt, R., Hughes, T., & Phillips, M. (2006). Diabetes Self-management Education Program for Medicaid Recipients. A Continuous Quality Improvement Process. *The diabetes educator*, 32(6), 893-900.

- Balas, E. A., Krishna, S., Kretschmer, R. A., Cheek, T. R., Lobach, D. F., & Boren, S. A. (2004). Computerized knowledge management in diabetes care. *Medical care*, 610-621.
- Balsanelli, A. P., & Cunha, I. C. K. O. (2006). Liderança no contexto da enfermagem. *Rev esc enferm USP*, 40(1), 117-22.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Basto, M. (2012). Qual o Objecto de Estudo das Teses de Doutoramento em Enfermagem das Universidades Portuguesas? Uma Análise dos Resumos. *Pensar Enfermagem*, 16(1), 2-25.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 11-18.
- Bastos, F. (2004). *Adesão ao regime Terapêutico do Diabético tipo 2*. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública não editada). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Bastos, F., Severo, M., & Lopes, C. (2007). Propriedades Psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Med Port*, 20, 11-20.
- Battersby, M., Von Korff, M., Schaefer, J., Davis, C., Ludman, E., Greene, S. M., ... & Wagner, E. H. (2010). Twelve evidence-based principles for implementing self-management support in primary care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(12), 561-570.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Institute for Work & Health*, 1(1), 1-45.
- Bishop, V. (2008). Clinical governance and clinical supervision: Protecting standards of care. *Journal of Research in Nursing*, 13(1), 3-5.

- Blegen, M. A., Vaughn, T. E., & Goode, C. J. (2001). Nurse experience and education: effect on quality of care. *Journal of Nursing Administration*, 31(1), 33-39.
- Bodenheimer, T., MacGregor, K., & Stothart, N. (2005). Nurses as leaders in chronic care. *Bmj*, 330(7492), 612-613.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *Jama*, 288(15), 1909-1914.
- Boev, C. (2012). The relationship between nurses' perception of work environment and patient satisfaction in adult critical care. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), 368-375.
- Boren, S. A., Gunlock, T. L., Schaefer, J., & Albright, A. (2007). Reducing Risks in Diabetes Self-management A Systematic Review of the Literature. *The Diabetes Educator*, 33(6), 1053-1077.
- Breau, M. (2014). The relationship between empowerment and work environment on job satisfaction, intent to leave, and quality of care among Icu nurses. *Journal of the canadian association of critical care Nurses*, 25(3), 16.
- Brown, A. F., Ettner, S. L., Piette, J., Weinberger, M., Gregg, E., Shapiro, M. F., ... & Beckles, G. L. (2004). Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature. *Epidemiologic reviews*, 26(1), 63-77.
- Brown, S. A., Garcia, A. A., Kouzekanani, K., & Hanis, C. L. (2002). Culturally Competent Diabetes Self-Management Education for Mexican Americans The Starr County Border Health Initiative. *Diabetes care*, 25(2), 259-268.
- Bryman, A., & Cramer, D. (2003). *Análise de Dados em Ciências Sociais* (3ª ed.). Lisboa: Celta Editores.
- Bryśkiewicz, M. E., & Majkowska, L. (2011). Glycated hemoglobin (HbA1c) as a standard diagnostic criterium for diabetes?. *Polski merkurusz lekarski: organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 30(176), 150-154.
- BVS (2012). *DeCS: Descritores em Ciências de Saúde*. Acedido em 22 de julho de 2012 em <http://decs.bvs.br/P/decsweb2012.htm>

Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. (2010). *A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços. Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Acedido em 5 janeiro de 2012 em <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>

Canadian Diabetes Association (2008). *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. Canadian Journal of Diabetes*, 33(S1) 32iv-s201.

Carvalho, E. C., & Bachion, M. M. (2009). Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem - intenção de uso por profissionais de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.[Internet]*, 11(3), 466.

Castro, J., Lago, H., Fornelos, M. D. C., Novo, P., Saleiro, R. M., & Alves, O. (2011). Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: o caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2), 157-172.

Cerullo, J. A. S. B., & Cruz, D. A. L. M. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(1), 124-9.

Chaboyer, W., Johnson, J., Hardy, L., Gehrke, T., & Panuwatwanich, K. (2010). Transforming care strategies and nursing-sensitive patient outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1111-1119.

Chang, A. M., Gardner, G. E., Duffield, C., & Ramis, M. A. (2010). A Delphi study to validate an advanced practice nursing tool. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2320-2330.

Cheng, A. Y. (2013). Canadian Diabetes Association 2013 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. Introduction. *Canadian Journal Of Diabetes*, 37 Suppl 1S1-S3.

Chilton, L, Hu, J., & Wallace, D. C. (2006). Health-promoting lifestyle and diabetes knowledge in Hispanic American adults. *Home Health Care Management & Practice*, 18(5), 378-385.

Choi, E. J., Nam, M., Kim, S. H., Park, C. G., Toobert, D. J., Yoo, J. S., & Chu, S. H. (2011). Psychometric properties of a Korean version of the summary of diabetes self-care activities measure. *International journal of nursing studies*, 48(3), 333-337.

Clarke, S. P., Donaldson, N.E. (2008). Nurse Staffing and Patient Care Quality and Safety. In *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Acedido em 2 de agosto de 2014 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2676/>

Cobas, R. A., & Gomes, M. B. (2010). Metas de pressão arterial em pacientes com Diabetes. *Rev Bras Hipertens vol*, 17(3), 169-173.

Colagiuri, R., & Eigenmann, C. A. (2009). A national consensus on outcomes and indicators for diabetes patient education. *Diabetic Medicine*, 26(4), 442-446.

Colagiuri, R., Girgis, S., Eigenmann, C., Gomez, M., & Griffiths, R. (2009). *National evidenced based guideline for patient education in type 2 diabetes*. Acedido em 2 de fevereiro de 2012 em https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/di16_diabetes_patient_education.pdf

Colberg, S. R., Sigal, R. J., Fernhall, B., Regensteiner, J. G., Blissmer, B. J., Rubin, R. R., ... & Braun, B. (2010). Exercise and Type 2 Diabetes The American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement executive summary. *Diabetes care*, 33(12), 2692-2696.

Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health affairs*, 28(1), 75-85.

College of Registered Nurses of Nova Scotia (2014). *Registered Nurse-Sensitive Outcomes*. Acedido em 22 de novembro de 2014 em http://www.crnns.ca/documents/RN_Sensitive_Outcomes_2014.pdf

Collinsworth, A. W., Vulimiri, M., Schmidt, K. L., & Snead, C. A. (2013). Effectiveness of a Community Health Worker-led Diabetes Self-Management Education Program and Implications for CHW Involvement in Care Coordination Strategies. *The Diabetes Educator*, 39(6), 792-799.

Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.

Cunha, M., Chibante, R., & André, S. (2014). Suporte social, empowerment e doença crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (SPE1), 21-26.

Cunningham, R. (2004). Advanced practice nursing outcomes: a review of selected empirical literature. *Oncology Nursing Forum*, 31(2), 219-232

Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, *Diário da República nº38 - I Série*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº161/96 de 4 de setembro, *Diário da República nº205 - I Série*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Department of Health (2002). *Chronic disease management and self-care*. Acedido em 25 de junho de 2012 em http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_4005803

Department of Health (2008). *High Quality Care for All. Next Stage Review*. Acedido em 22 de setembro de 2014 em https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/228836/7432.pdf Portaria n.º 394-A/2012 de 29 de novembro

DGS (2000). *Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus*. Circular Normativa Nº 14/DGCG de 12/12/2000. Acedido em 12 de dezembro de 2013 em <https://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=16402>

DGS (2012). *Centros de Saúde e Unidades Hospitalares - Recursos e Produção do SNS - 2010*. Acedido em 22 de julho de 2014 em <http://www.dgs.pt/?cr=23451>

DGS (2013). *Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2*. Acedido em 12 de julho de 2014 em <http://www.dgs.pt/ms/7/paginaRegisto.aspx?back=1&id=23911>

Doengues, M., Moorhouse, M., Geissler, A. (2003). *Planos de Cuidado de Enfermagem*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. United States of America: Oxford University Press.

Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39.

Doran, D. M. (2010). *Nursing outcomes*. United States of America: Jones & Bartlett Publishers.

Doran, D., Harrison, M. B., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., ... & Cranley, L. (2006). Relationship between nursing interventions and outcome achievement in acute care settings. *Research in Nursing & Health*, 29(1), 61-70.

Doran, D., Lefebvre, N., O'Brien-Pallas, L., Estabrook, C. A., White, P., Carryer, J., ... & Li, M. (2014). The Relationship Among Evidence-Based Practice and Client Dyspnea, Pain, Falls, and Pressure Ulcer Outcomes in the Community Setting. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(5), 274-283.

Doran, D., Mildon, B., & Clarke, S. P. (2011). *Toward a national report card in nursing: A knowledge synthesis*. Nursing Health Services Research Unit.

Duangbubpha, S., Hanucharurnkul, S., Pookboonmee, R., Orathai, P., & Kiatboonsri, C. (2013). Chronic Care Model Implementation and Outcomes among Patients with COPD in Care Teams with and without Advanced Practice Nurses. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(2), 102-116.

Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24(4), 244-255.

Eigenmann, C., & Colagiuri, R. (2007). *Outcomes and indicators for diabetes education: a national consensus Position*. Acedido em 1 de março de 2012 em <http://www.diabetesaustralia.com.au/PageFiles/1431/Outcomes%20and%20Indicators%20report.pdf>.

Emerson, S. (2006). Implementing diabetes self-management education in primary care. *Diabetes Spectrum*, 19(2), 79-83.

European Commission (2014). *Special Eurobarometer 412. Sport and Physical Activity*. Acedido em 14 de novembro de 2014 em http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf

European Hospital and Healthcare Federation. (2010). *Chronic diseases. A clinical and managerial challenge*. Acedido em 22 de julho de 2014 em http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/84_chronic-diseases/84_HOPE_Publication-Chronic_diseases-October_2010.pdf

Farmer, A., Kinmonth, A. L., & Sutton, S. (2006). Measuring beliefs about taking hypoglycaemic medication among people with Type 2 diabetes. *Diabetic medicine*, 23(3), 265-270.

Fehring, R. (1987). *Methods to validate Nursing Diagnosis*. Acedido em 22 de agosto de 2012 em http://epublications.marquette.edu/nursing_fac/27

Fenwick, E. K., Xie, J., Rees, G., Finger, R. P., & Lamoureux, E. L. (2013). Factors Associated with Knowledge of Diabetes in Patients with Type 2 Diabetes Using the Diabetes Knowledge Test Validated with Rasch Analysis. *PloS one*, 8(12), e80593.

Fernández, M. H. T., & Macleimont, Q. (2001). La Universidad como Organización Comunicativa. *PCLA*, 4 (2).

Finley, E. P., Pugh, J. A., Lanham, H. J., Leykum, L. K., Cornell, J., Veerapaneni, P., & Parchman, M. L. (2013). Relationship quality and patient-assessed quality of care in VA primary care clinics: development and validation of the work relationships scale. *The Annals of Family Medicine*, 11(6), 543-549.

Firestone, D. N., Jiménez-Briceño, L., Reimann, J. O., Talavera, G. A., Polonsky, W. H., & Edelman, S. V. (2004). Predictors of diabetes-specific knowledge and treatment satisfaction among Costa Ricans. *The Diabetes Educator*, 30(2), 281-292.

Fitzsimons, B., Wilton, L., Lamont, T., McCulloch, L., & Boyce, J. (2002). The Audit Commission review of diabetes services in England and Wales, 1998–2001. *Diabetic Medicine*, 19(s4), 73-78.

- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusociência.
- Fradique, M. D. J., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (10), 45-53.
- Freire, T., & Almeida, L. (2008). Metodologia de Investigação em Psicologia e educação. Braga: Psiquilibrios.
- Friese, C. R., Lake, E. T., Aiken, L. H., Silber, J. H., & Sochalski, J. (2008). Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health services research*, 43(4), 1145-1163.
- Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, M. T., & González-María, E. (2013). Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *International journal of nursing studies*, 50(2), 274-280.
- Funnell, M. M., Brown, T. L., Childs, B. P., Haas, L. B., Hosey, G. M., Jensen, B., ... & Weiss, M. A. (2011). National standards for diabetes self-management education. *Diabetes care*, 34(Supplement 1), S89-S96.
- Funnell, M. M., Tang, T. S., & Anderson, R. M. (2007). From DSME to DSMS: developing empowerment-based diabetes self-management support. *Diabetes Spectrum*, 20(4), 221-226.
- Gaidzinski, R. R., Peres, H. H. C., & Fernandes, M. D. F. P. (2004). Leadership: continuous learning in the management in nursing. *Revista brasileira de enfermagem*, 57(4), 464-466.
- García, A. A. (2008). Clinical and Life Quality Differences Between Mexican American Diabetic Patients at a Free Clinic and a Hospital-Affiliated Clinic in Texas. *Public Health Nursing*, 25(2), 149-158.
- Garcia, A. A., Villagomez, E. T., Brown, S. A., Kouzekanani, K., & Hanis, C. L. (2001). The Starr County Diabetes Education Study Development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire. *Diabetes care*, 24(1), 16-21.

Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. L. D. (2009). Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 13(1), 188-193.

Gardete Correia, L., Boavida, J. M., Fragoso de Almeida, J. P., Massano Cardoso, S., Dores, J., Sequeira Duarte, J., ... & Raposo, J. (2013). *Diabetes: Factos e Números 2013-Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Acedido em 22 de abril de 2014 em <https://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=25163>

Gardete, L., Boavida, J. M., Raposo, J. F., Mesquita, A. C., Fona, C., Carvalho, R., & Massano-Cardoso, S. (2010). First diabetes prevalence study in Portugal: PREVADIAB study. *Diabetic Medicine*, 27(8), 879-881.

Gardner, G., Gardner, A., & O'Connell, J. (2014). Using the Donabedian framework to examine the quality and safety of nursing service innovation. *Journal of clinical nursing*, 23(1-2), 145-155.

Gatt, S., & Sammut, R. (2008). An exploratory study of predictors of self-care behaviour in persons with type 2 diabetes. *International journal of nursing studies*, 45(10), 1525-1533.

Gillam, S., & Siriwardena, A. N. (2013). Leadership and management for quality. *Quality in primary care*, 21(4), 253-259.

Gillespie, S. J., Kulkarni, K. D., & Daly, A. E. (1998). Using carbohydrate counting in diabetes clinical practice. *Journal of the American Dietetic association*, 98(8), 897-905.

Given, B. A., & Sherwood, P. R. (2005). Nursing-sensitive patient outcomes. A white paper. In *Oncology Nursing Forum*. 32 (4), 773-784.

Glasgow, R. E., Funnell, M. M., Bonomi, A. E., Davis, C., Beckham, V., & Wagner, E. H. (2002). Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(2), 80-87.

Glasgow, R. E., Tracy Orleans, C., Wagner, E. H., Curry, S. J., & Solberg, L. I. (2001). Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention?. *Milbank Quarterly*, 79(4), 579-612.

Glazier, R. H., Bajcar, J., Kennie, N. R., & Willson, K. (2006). A systematic review of interventions to improve diabetes care in socially disadvantaged populations. *Diabetes Care*, 29(7), 1675-1688.

Gobel, B. H., Beck, S. L., & O'Leary, C. (2006). Nursing-sensitive patient outcomes: The development of the Putting Evidence Into Practice resources for nursing practice. *Clinical journal of oncology nursing*, 10(5), 621-624.

Goldman, N., Korenman, S., & Weinstein, R. (1995). Marital status and health among the elderly. *Social science & medicine*, 40(12), 1717-1730.

Gove, W. R. (1973). Sex, marital status, and mortality. *American journal of sociology*, 45-67.

Green, T., Kelloway, L., Davies-Schinkel, C., Hill, M., & Lindsay, M. (2011). Nurses' accountability for stroke quality of care: Part one: Review of the literature on nursing-sensitive patient outcomes. *Canadian journal of neuroscience nursing*, 33(3), 13-23.

Grey, M., & Berry, D. (2004). Coping skills training and problem solving in diabetes. *Current diabetes reports*, 4(2), 126-131.

Griffiths, P., Maben, J., & Murrells, T. (2011). Organisational quality, nurse staffing and the quality of chronic disease management in primary care: observational study using routinely collected data. *International journal of nursing studies*, 48(10), 1199-1210.

Gunnarsdóttir, S., Clarke, S. P., Rafferty, A. M., & Nutbeam, D. (2009). Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 920-927.

Gutiérrez, M. D., Adami, N. P., Castro, R. A. P., & Fonseca, S. M. (2000). Natureza e classificação das intervenções de enfermagem em ambulatório de quimioterapia de adultos. *Rev Latino-am Enfermagem*, 8(3), 33-39.

Gutysz-Wojnicka, A., Dyk, D., Cudak, E., & Ozga, D. (2013). Measuring patient satisfaction with the Polish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(2), 311-318.

Haas, L., Maryniuk, M., Beck, J., Cox, C. E., Duker, P., Edwards, L., & ... Youssef, G. (2014). National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*, 37(Suppl 1), S144-S153.

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ: British Medical Journal*, 327(7425), 1219-1221.

Handelsman, Y., Mechanick, J. I., Blonde, L., Grunberger, G., Bloomgarden, Z. T., Bray, G. A., ... & Wyne, K. L. (2011). American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan. *Endocrine Practice*, 17, 1-53.

Heslop, L., & Lu, S. (2014). Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 70(11), 2469-2482.

Higa, E., & Trevizan, M. (2005). Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(1), 59-64.

Hill-Briggs, F., & Gemmell, L. (2007). Problem Solving in Diabetes Self-management and Control A Systematic Review of the Literature. *The Diabetes Educator*, 33(6), 1032-1050.

Hollis, M., Glaister, K., & Lapsley, J. A. (2014). Do practice nurses have the knowledge to provide diabetes self-management education?. *Contemporary nurse*, 46(2), 234-241.

Holt, P. (2014). Blood glucose monitoring in diabetes. *Nursing Standard*, 28(27), 52-58.

Houston-Barrett, R. A., & Wilson, C. M. (2014). Couple's Relationship With Diabetes: Means and Meanings for Management Success. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(1), 92-105.

Hu, J., Gruber, K. J., Liu, H., Zhao, H., & Garcia, A. A. (2013). Diabetes knowledge among older adults with diabetes in Beijing, China. *Journal of clinical nursing*, 22(1-2), 51-60.

ICN (2009). *Nursing sensitive outcome indicators*. Acedido a 22 de junho de 2014 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_Folhas Informativas_vsINGePT/FI_versao_ING/Nursing_Research/6c_FS-Nursing_Sensitive_Outcome_Indicators.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_Folhas_Informativas_vsINGePT/FI_versao_ING/Nursing_Research/6c_FS-Nursing_Sensitive_Outcome_Indicators.pdf)

ICN (2011). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

IDF (2006). *The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome*. Acedido em 16 de dezembro de 2014 em http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Meta_def_final.pdf

IDF (2012). *IDF Diabetes Atlas*. Acedido em 18 de junho de 2014 em <http://www.idf.org/diabetesatlas/download-book>

IDF (2013). *International diabetes federation. Managing older people with type 2 diabetes. Global guideline*. Acedido em 22 de janeiro de 2013 em <http://www.idf.org/sites/default/files/IDF-Guideline-for-older-people-T2D.pdf>

Imison, C., Naylor, C., Goodwin, N., Buck, D., Curry, N., & Addicott, R. Z.-R. (2011). *Transforming our health care system: Ten priorities for commissioners*. Acedido em 25 de Julho de 2012 em http://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/transforming_our.html

Institute of Medicine (1996). *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate?* Washington: National Academies Press.

Institute of Medicine (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington: National Academies Press.

Institute of Medicine (2013). *Crossing the Quality Chasm: The IOM Health Care Quality Initiative*. Acedido em 4 de setembro de 2013 em <http://www.iom.edu/Global/News%20Announcements/Crossing-the-Quality-Chasm-The-IOM-Health-Care-Quality-Initiative.aspx>

Institute of Medicine. Committee on Comparative Effectiveness Research Prioritization. (2009). *Initial national priorities for comparative effectiveness research*. National

Academies Press. Acedido em 4 de setembro de 2013 em <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2009/ComparativeEffectivenessResearchPriorities/CER%20report%20brief%2008-13-09.pdf>

International Council of Nursing (2005). *Regulation Terminology*. Acedido em 5 de maio de 2014, em http://www.icn.ch/images/stories/documents/networks/Regulation/Regulation_Terminology.pdf

International Council of Nurses (2009). *Nursing Matters. Nursing sensitive outcome indicators*. Acedido em 15 de agosto de 2013 em http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_Folhas Informativas_vsINGePT/FI_versao_ING/Nursing_Research/6c_FS-Nursing_Sensitive_Outcome_Indicators.pdf

International Council of Nurses (2010). *Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care*. Acedido em 20 de julho de 2013 em <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010.pdf>.

International Diabetes Federation (2009). *International Standards for diabetes Education*. Acedido em 5 de outubro de 2013 em http://www.idf.org/files/idf_publications/international_standards_for_diabetes_education_EN/index.html#/2/

Inzucchi, S. E., Bergenstal, R. M., Buse, J. B., Diamant, M., Ferrannini, E., Nauck, M., ... & Matthews, D. R. (2012). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes care*, 35(6), 1364-1379.

Irvine, D., Sidani, S., & Hall, L. M. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing economic\$, 16(2)*, 58-64.

Jackson, K., White, D. E., Besner, J., & Norris, J. M. (2014). Optimizing enactment of nursing roles: redesigning care processes and structures. *Journal of Healthcare Leadership*, 6, 1-14.

- Jeffreys, H. L. (2008). Hemoglobin A1C value for evaluating a community diabetes education series. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*,9(2).
- Johansson, P., Oleni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 337-344.
- Johnson, M., Bulechek, G., Dochterman, J., & Moorhead, S. (2001). *Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Ligações entre NANDA, NOC e NIC*. São Paulo: Artmed.
- Jordan, D. N., & Jordan, J. L. (2010). Self-care behaviors of Filipino-American adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*,24(4), 250-258.
- Kanai-Pak, M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Poghosyan, L. (2008). Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of clinical nursing*, 17(24), 3324-3329.
- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical care*, 45(12), 1195-1204.
- Kav, S., Akman, A., Dogan, N., Tarakci, Z., Bulut, Y., & Hanoglu, Z. (2010). Turkish validity and reliability of the summary of diabetes self-care activities measure for patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of clinical nursing*,19(19-20), 2933-2935.
- Kavookjian, J., Elswick, B. M., & Whetsel, T. (2007). Interventions for Being Active Among Individuals With Diabetes A Systematic Review of the Literature.*The Diabetes Educator*, 33(6), 962-988.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2005). *El Pensamiento enfermero*. Espanha: Masson.
- Kirwan, M., Matthews, A., & Scott, P. A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: a multi-level modelling approach. *International journal of nursing studies*, 50(2), 253-263.

Klein, S., Sheard, N. F., Pi-Sunyer, X., Daly, A., Wylie-Rosett, J., Kulkarni, K., & Clark, N. G. (2004). Weight Management Through Lifestyle Modification for the Prevention and Management of Type 2 Diabetes: Rationale and Strategies A statement of the American Diabetes Association, the North American Association for the Study of Obesity, and the American Society for Clinical Nutrition. *Diabetes Care*, 27(8), 2067-2073.

Kreulen, G. J., & Braden, C. J. (2004). Model test of the relationship between self-help-promoting nursing interventions and self-care and health status outcomes. *Research in nursing & health*, 27(2), 97-109.

Ku, G. M. V., & Kegels, G. (2014). Effects of the First Line Diabetes Care (FiLDCare) self-management education and support project on knowledge, attitudes, perceptions, self-management practices and glycaemic control: a quasi-experimental study conducted in the Northern Philippines. *BMJ open*, 4(8), e005317.

Kunkel, S., Rosenqvist, U., & Westerling, R. (2007). The structure of quality systems is important to the process and outcome, an empirical study of 386 hospital departments in Sweden. *BMC health services research*, 7(1), 104.

Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-188.

Lake, T. E. (2006). Multilevel models in health outcomes research. Part I: Theory, design, and measurement. *Nursing Research*, 19(1), 51-53.

Lambrou, P., Merkouris, A., Middleton, N., & Papastavrou, E. (2014). Nurses' perceptions of their professional practice environment in relation to job satisfaction: a review of quantitative studies. *Health Science Journal*, 8 (3), 298-317.

Lang, T. A., Hodge, M., Olson, V., Romano, P. S., & Kravitz, R. L. (2004). Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(7-8), 326-337.

Lange, I., Campos, S., Urrutia, M., Bustamante, C., Alcayaga, C., Tellez, Á., ... & Piette, J. (2010). Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-manejo y control

metabólico de la Diabetes tipo 2, en un Centro de Atención Primaria, Santiago, Chile. *Revista médica de Chile*, 138(6), 729-737.

Laschinger, H. K. S., & Leiter, M. P. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout engagement. *Journal of Nursing Administration*, 36(5), 259-267.

Lebret, T., Mouysset, J. L., Lortholary, A., El Kouri, C., Bastit, L., Ktiouet, M., ... & Guérif, S. (2013). Home-based zoledronic acid infusion therapy in patients with solid tumours: compliance and patient–nurse satisfaction. *Supportive Care in Cancer*, 21(6), 1613-1620.

Lee, H., Ahn, S., & Kim, Y. (2009). Self-care, self-efficacy, and glycemic control of Koreans with diabetes mellitus. *Asian nursing research*, 3(3), 139-146.

Lin, C. C. (1996). Patient satisfaction with nursing care as an outcome variable: Dilemmas for nursing evaluation researchers. *Journal of Professional Nursing*, 12(4), 207-216.

Linsley, P., & Morton, S. (2014). Managed care: a structured approach. *Nursing Standard*, 28(19), 37-42.

Lopez-Alegria, C., Núñez-Sánchez, M. Á., García-Palacios, M., Santaolalla-Jimenez, B., Mueses-Dismey, A., Gómez-Rivas, P., ... & Meoro-Avilés, A. I. (2012). [The figure of a nurse educator improves HbA1c levels and lipid profile in patients with type 1 diabetes]. *Nutricion hospitalaria*, 28(6), 2006-2013.

Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 26(1), 1-7.

Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown Jr, B. W., Bandura, A., ... & Holman, H. R. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical care*, 39(11), 1217-1223.

Lourenço, M. R., & Trevizan, M. A. (2001). Líderes da enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança & enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(3), 14-19.

- Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cox, J., & Guither, C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American journal of infection control*, 30(2), 93-106.
- Lynch, L., & Happell, B. (2008). Implementing clinical supervision: Part 1: Laying the ground work. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(1), 57-64.
- Ma, W. Y., Li, H. Y., Pei, D., Hsia, T. L., Lu, K. C., Tsai, L. Y., ... & Su, C. C. (2012). Variability in hemoglobin A1c predicts all-cause mortality in patients with type 2 diabetes. *Journal of diabetes and its complications*, 26(4), 296-300.
- Magee, M., Bowling, A., Copeland, J., Fokar, A., Pasquale, P., & Youssef, G. (2011). The ABCs of Diabetes Diabetes Self-management Education Program for African Americans Affects A1C, Lipid-Lowering Agent Prescriptions, and Emergency Department Visits. *The Diabetes Educator*, 37(1), 95-103.
- Mahomed, R., St John, W., & Patterson, E. (2012). Understanding the process of patient satisfaction with nurse-led chronic disease management in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2538-2549.
- Mancia, G., Laurent, S., Agabiti-Rosei, E., Ambrosioni, E., Burnier, M., Caulfield, M. J., ... & Zanchetti, A. (2009). Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *Blood pressure*, 18(6), 308-347.
- Marôco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marôco, J. (2010). *Análise de Equações Estruturais. Fundamentos Teóricos, Software & Aplicações*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Martins, M. R., Ambrosio, A. C. T., Nery, M., Aquino, R. D. C., & Queiroz, M. S. (2014). Assessment guidance of carbohydrate counting method in patients with type 2 diabetes mellitus. *Primary care diabetes*, 8(1), 39-42.
- Mazze, R. S., Powers, M. A., Wetzler, H. P., & Ofstead, C. L. (2008). Partners in advancing care and education solutions study: impact on processes and outcomes of diabetes care. *Population health management*, 11(6), 297-305.

- McAndrew, L., Schneider, S. H., Burns, E., & Leventhal, H. (2007). Does patient blood glucose monitoring improve diabetes control? A systematic review of the literature. *The Diabetes Educator*, 33(6), 991-1010.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced Nursing*, 56(5), 472-479.
- McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J., & Lerdal, A. (2010). Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(3), 620-634.
- McCusker, J., Cole, M., Yaffe, M., Sussman, T., Lavoie, K. L., Strumpf, E., ... & de Raad, M. (2012). A feasibility study of a telephone-supported self-care intervention for depression among adults with a comorbid chronic physical illness in primary care. *Mental health in family medicine*, 9(4), 257.
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- McFadden, K. L., Stock, G. N., & Gowen III, C. R. (2014). Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: Impact on process quality and patient safety. *Journal of Nursing Administration*, 44(Supplement 10), S27-37.
- McHugh, M. D., Berez, J., & Small, D. S. (2013). Hospitals with higher nurse staffing had lower odds of readmissions penalties than hospitals with lower staffing. *Health Affairs*, 32(10), 1740-1747.
- McKee, L., Charles, K., Dixon-Woods, M., Willars, J., & Martin, G. (2013). 'New' and distributed leadership in quality and safety in health care, or 'old' and hierarchical? An interview study with strategic stakeholders. *Journal of health services research & policy*, 18(2 suppl), 11-19.
- McPherson, M. L., Smith, S. W., Powers, A., & Zuckerman, I. H. (2008). Association between diabetes patients' knowledge about medications and their blood glucose control. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 4(1), 37-45.

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.
- Melles, A. M., & Zago, M. M. F. (1999). Análise da educação de clientes/pacientes na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-am enfermagem*, 7(5), 85-94.
- Mendes, L., & Fradique, M. D. J. J. G. (2014). Influence of leadership on quality nursing care. *International journal of health care quality assurance*, 27(5), 439-450.
- Menino, E. & Roque, S. (2012). Qualidade na área da Diabetes Mellitus: recomendações para a prática de educação terapêutica. Comunicação apresentada no VI Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Menino, E., Dixe, M. A., Louro, M. C. M., & Roque, S. M. B. (2013). Programas de educação dirigidos ao utente com diabetes mellitus tipo 2: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, (10), 135-143.
- Michels, M. J., Coral, M. H. C., Sakae, T. M., Damas, T. B., & Furlanetto, L. M. (2010). Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 54(7), 644-51..
- Milne, D. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(4), 437-447.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). NOC- Classificação dos resultados de Enfermagem (4ª ed.). São Paulo: Elsevier.
- Moriyama, M., Nakano, M., Kuroe, Y., Nin, K., Niitani, M., & Nakaya, T. (2009). Efficacy of a self-management education program for people with type 2 diabetes: results of a 12 month trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 6(1), 51-63.
- Morrato, E. H., Hill, J. O., Wyatt, H. R., Ghushchyan, V., & Sullivan, P. W. (2007). Physical activity in US adults with diabetes and at risk for developing diabetes, 2003. *Diabetes Care*, 30(2), 203-209.

Mulcahy, K., Maryniuk, M., Peeples, M., Peyrot, M., Tomky, D., Weaver, T., & Yarborough, P. (2003). Diabetes self-management education core outcomes measures. *The Diabetes Educator*, 29(5), 768-803.

Mundinger, M. O., Kane, R. L., Lenz, E. R., Totten, A. M., Tsai, W. Y., Cleary, P. D., ... & Shelanski, M. L. (2000). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *Jama*, 283(1), 59-68.

Nam, S., Chesla, C., Stotts, N. A., Kroon, L., & Janson, S. L. (2011). Barriers to diabetes management: patient and provider factors. *Diabetes research and clinical practice*, 93(1), 1-9.

NANDA. (2010). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA - Definições e classificações 2009-2011. São Paulo: Artmed.

National Institute for Clinical Excellence (2003). *Guidance on the use of patient-education models for diabetes*. Acedido a 2 de janeiro de 2012 em <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/60Patienteducationmodelsfullguidance.pdf>

National Institute of Health (2009). *Guiding principles for diabetes care: for health care professionals*. Acedido em 12 de janeiro de 2012 em http://www.nutrinfo.com/biblioteca/libros_digitaes/guiding_diabetes.pdf

Needleman, J., & Hassmiller, S. (2009). The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results. *Health Affairs*, 28(4), w625-w633.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.

Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037-1045.

NICE (2008). *Type 2 diabetes. The management of type 2 diabetes*. Acedido em 12 de janeiro de 2012 em <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG66NICEGuideline.pdf>

Nicoll, K. G., Ramser, K. L., Campbell, J. D., Suda, K. J., Lee, M. D., Wood, G. C., ... & Hamann, G. L. (2014). Sustainability of Improved Glycemic Control After Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Spectrum*, 27(3), 207-211.

Norris, S. L., Lau, J., Smith, S. J., Schmid, C. H., & Engelgau, M. M. (2002). Self-Management education for adults with type 2 Diabetes A meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes care*, 25(7), 1159-1171.

Ochoa Ortega, M. R., Díaz Domínguez, M. D. L. Á., Arteaga Prado, Y., Morejón Rosales, D., & Arencibia Díaz, L. (2012). Caracterización sociodemográfica y temporal de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 16(6), 45-53.

Odegard, P. S., & Capoccia, K. (2007). Medication taking and diabetes a systematic review of the literature. *The Diabetes Educator*, 33(6), 1014-1029.

OMS (2010). *International Statistical Classification of diseases and related health problems*. Acedido em 5 de novembro de 2014 em http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf?ua=1

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual dos enunciados descritivos*. Acedido em 25 de setembro de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Osborn, C. Y., & Egede, L. E. (2010). Validation of an Information-Motivation-Behavioral Skills model of diabetes self-care (IMB-DSC). *Patient education and counseling*, 79(1), 49-54.

Otero, L. M., Zanetti, M. L., & de Souza Teixeira, C. R. (2007). Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(spe), 768-773.

Pais Ribeiro (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis.

Papastavrou, E., Andreou, P., & Vryonides, S. (2014). The hidden ethical element of nursing care rationing. *Nursing ethics*, 21(5), 583-593.

Pasarón, R. (2013). Nurse practitioner job satisfaction: looking for successful outcomes. *Journal of clinical nursing*, 22(17/18), 2593-2604.

Pedro-Gómez, D., Morales-Asencio, J. M., Sesé-Abad, A., Bannasar-Veny, M., Pericas-Beltran, J., & Miguélez-Chamorro, A. (2012). Psychometric testing of the Spanish version of the practice environment scale of the nursing work index in a primary healthcare context. *Journal of advanced nursing*, 68(1), 212-221.

Perera, D. P., De Silva, R. E. E., & Perera, W. L. S. P. (2013). Knowledge of diabetes among type 2 diabetes patients attending a primary health care clinic in Sri Lanka. *EMHJ*, 19(7), 644-648.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais*. Lisboa: Edições Sílabo.

Peterson, W. E., Charles, C., DiCenso, A., & Sword, W. (2005). The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *Journal of advanced nursing*, 52(6), 672-681.

Peyrot, M., Peeples, M., Tomky, D., Charron-Prochownik, D., & Weaver, T. (2007). Development of the American Association of Diabetes Educators' diabetes self-management assessment report tool. *The Diabetes Educator*, 33(5), 818-826.

Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W., & Miller, P. E. (2007). Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation: Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(4), 210-219.

Pokorski, S., Moraes, M. A., Chiarelli, R., Costanzi, A. P., & Rabelo, E. R. (2009). Processo de enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo?. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3), 302-307.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Pombo, O. (2013). Epistemología de la interdisciplinariedad. La construcción de un nuevo modelo de comprensión/Epistemology of Interdisciplinarity. *INTERdisciplina*, 1(1), 21-50.

Pool, I., Poell, R., & Ten Cate, O. (2013). Nurses' and managers' perceptions of continuing professional development for older and younger nurses: A focus group study. *International journal of nursing studies*, 50(1), 34-43.

Portal da Saúde (2014). *Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral*. Acedido em 21 de Outubro de 2014 em <http://www.portaldasauade.pt/portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=54285>.

Potempa, K., Daly, J., & Titler, M. (2012). Building the clinical Bridge to support Nursing Effectiveness Science. *Nursing Research and Practice*, 2012, 1-3.

Poulton, B. C. (1996). Use of the consultation satisfaction questionnaire to examine patients' satisfaction with general practitioners and community nurses: reliability, replicability and discriminant validity. *British Journal of General Practice*, 46(402), 26-31.

Rafferty, A. M., Clarke, S. P., Coles, J., Ball, J., James, P., McKee, M., & Aiken, L. H. (2007). Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International journal of nursing studies*, 44(2), 175-182.

Reed, P., Conrad, D. A., Hernandez, S. E., Watts, C., & Marcus-Smith, M. (2012). Innovation in patient-centered care: lessons from a qualitative study of innovative health care organizations in Washington State. *BMC family practice*, 13(1), 120.

Ribeiro, A. (2005). O percurso da construção e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 16, 53-60.

RNO, R. (2013). *Developing and Sustaining Nursing Leadership*. Acedido em 25 de janeiro de 2014 em <https://www.nursinglibrary.org/vhl/bitstream/10755/336723/6/Developing%20and%20Sustaining%20Nursing%20Leadership.pdf>

- Robinson, J. (2004). Improving practice through a system of clinical supervision. *Nursing times*, 101(23), 30-32.
- Rolfe, G., & Gardner, L. (2006). Education, philosophy and academic practice: Nursing studies in the posthistorical university. *Nurse education in practice*, 6(6), 326-331.
- Rondinelli, J. L., Omery, A. K., Crawford, C. L., & Johnson, J. A. (2014). Self-reported activities and outcomes of ambulatory care staff registered nurses: an exploration. *The Permanente Journal*, 18(1), e108.
- Rothman, A. A., & Wagner, E. H. (2003). Chronic illness management: what is the role of primary care?. *Annals of Internal Medicine*, 138(3), 256-261.
- Royal College of Nursing (2003). *Clinical Supervision in the workplace. Guidance for occupational health nurses*. Acedido em 25 de outubro de 2014 em http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0007/78523/001549.pdf
- Salazar, L. (2004). Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud. Guia de Evaluación Rápida. Acedido em 14 de agosto de 2013 em <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008DESeva.pdf>
- Schmidt, D. R. C., & Dantas, R. A. S. (2006). Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1), 54-60.
- Schmitt, A., Gahr, A., Hermanns, N., Kulzer, B., Huber, J., & Haak, T. (2013). The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 1-14.
- Selecky, M. C. (2001). Integrating technology and interventions in the management of diabetes. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(1), 39-52.
- Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (85), 65-82.
- Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *J Diabetes Metab Disord*, 12(1), 14.

Sidani, S., Doran, D. M., & Mitchell, P. H. (2004). A Theory-Driven Approach to Evaluating Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 60-65.

Silva, M., Clinton, J., Appleton, S., & Flanagan, P. (2011). Peer Reviewed: Diabetes Self-Management Education in South Auckland, New Zealand, 2007-2008. *Preventing chronic disease*, 8(2).

Siminerio, L. M., Ruppert, K., Emerson, S., Solano, F. X., & Piatt, G. A. (2008). Delivering diabetes self-management education (DSME) in primary care. *Disease Management & Health Outcomes*, 16(4), 267-272.

Simkin-Silverman, L. R., Gleason, K. A., King, W. C., Weissfeld, L. A., Buhari, A., Boraz, M. A., & Wing, R. R. (2005). Predictors of weight control advice in primary care practices: patient health and psychosocial characteristics. *Preventive medicine*, 40(1), 71-82.

Observatório Nacional da Diabetes (2014). *Diabetes. Factos e Números. Portugal 2014. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Acedido em 25 de janeiro de 2015 em <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/diabetes-factos-e-numeros-2014.aspx>.

Spath, P. (2009). *Introduction to Healthcare Quality Management*. Acedido em 30 de agosto de 2014 em <http://file.zums.ac.ir/ebook/391-Introduction%20to%20Healthcare%20Quality%20Management-Patrice%20Spath-1567933238-Health%20Administration%20.pdf>

Streiner, D., & Norman, G. (2008). *Health Measurement scales: a practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press

Taillefer, T. L. (2007). Nurses and dietitians collaborating to impact nutrition and diabetes mellitus management issues for patients with type 2 diabetes mellitus on hemodialysis. *Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 35(5), 503-505.

Takao, T., Matsuyama, Y., Yanagisawa, H., Kikuchi, M., & Kawazu, S. (2014). Association between HbA1c variability and mortality in patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and its Complications*, 28(4), 494-499.

Tang, T. S., Funnell, M., Sinco, B., Piatt, G., Palmisano, G., Spencer, M. S., ... & Heisler, M. (2014). Comparative Effectiveness of Peer Leaders and Community Health Workers in Diabetes Self-management Support: Results of a Randomized Controlled Trial. *Diabetes care*, 37(6), 1525-1534.

Tang, T. S., Gillard, M. L., Funnell, M. M., Nwankwo, R., Parker, E., Spurlock, D., & Anderson, R. M. (2005). Developing a New Generation of Ongoing Diabetes Self-management Support Interventions A Preliminary Report. *The Diabetes Educator*, 31(1), 91-97.

Ten Have, E. C., Nap, R. E., & Tulleken, J. E. (2013). Quality improvement of interdisciplinary rounds by leadership training based on essential quality indicators of the Interdisciplinary Rounds Assessment Scale. *Intensive care medicine*, 39(10), 1800-1807.

Titchener, J. (2014). A patient-centred clinical approach to diabetes care assists long-term reduction in HbA1c. *Journal of primary health care*, 6 (3), 195-202.

Titler, M. G., & Pressler, S. J. (2011). Advancing effectiveness science: an opportunity for nursing. *Research and theory for nursing practice*, 25(2), 75-79.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua Obra* (5^a Ed.). Loures: Lusociência.

Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, A. R. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care*, 23(7), 943-950.

Tourangeau, A. E., Doran, D. M., Hall, L. M., O'Brien Pallas, L., Pringle, D., Tu, J. V., & Cranley, L. A. (2007). Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal of advanced nursing*, 57(1), 32-44.

Trehearne, B., Fishman, P., & Lin, E. H. (2014). Role of the nurse in chronic illness management: making the medical home more effective. *Nursing Economics*, 32(4), 178-184.

Turner, J., & Hill, A. (2011). Implementing clinical supervision (Part 1): a review of the literature. *Mental Health Nursing*, 31(3), 8-12.

Turner, R. C., Cull, C. A., Frighi, V., Holman, R. R., & UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. (1999). Glycemic control with diet, sulfonylurea, metformin, or insulin in patients with type 2 diabetes mellitus: progressive requirement for multiple therapies (UKPDS 49). *Jama*, *281*(21), 2005-2012.

US Department of Health and Human services (2009). *Guiding Principles for the Care of People With or at Risk for Diabetes*. Acedido a 12 de janeiro de 2012 em http://ndep.nih.gov/media/Guiding_Principles_508.pdf

Van Bogaert, P., Timmermans, O., Weeks, S. M., van Heusden, D., Wouters, K., & Franck, E. (2013). Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events - A cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, *51*(8), 1123-1134.

Van Hateren, K. J. J., Landman, G. W. D., Kleefstra, N., Houweling, S. T., van der Meer, K., & Bilo, H. J. G. (2012). Time for considering other blood pressure target values in elderly patients with type 2 diabetes?. *International journal of clinical practice*, *66*(2), 125-127.

Versa & Matsuda (2014). Satisfação profissional da equipe de enfermagem intensivista de um hospital de ensino. *Revista de enf. UERJ*, *22*(3), 409-415

Vilares, M., & Coelho, P. (2005). *Satisfação e Lealdade do Cliente. Metodologias de avaliação, gestão e análise*. Porto: Escolar Editora.

Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health affairs*, *20*(6), 64-78.

Wagner, E. H., Bennett, S. M., Austin, B. T., Greene, S. M., Schaefer, J. K., & Vonkorff, M. (2005). Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, *11*(supplement 1), s7.

Wagner. (2013). *The Chronic Care Model*. Acedido em 28 de julho de 2014 http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2

Watts, S. A., Gee, J., O'Day, M. E., Schaub, K., Lawrence, R., Aron, D., & Kirsh, S. (2009). Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care: The unique strengths of nurse practitioners applied to shared medical appointments/group visits. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(3), 167-172.

Weiler, D. M., & Tirrell, L. (2007). Office nurse educators: Improving diabetes self-management for the Latino population in the clinic setting. *Hispanic Health Care International*, 5(1), 21-26.

Weinman, J., Petrie, K. J., Sharpe, N., & Walker, S. (2000). Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*, 5(3), 263-273.

Westerberg, K., & Tafvelin, S. (2013). The importance of leadership style and psychosocial work environment to staff-assessed quality of care: implications for home help services. *Health & social care in the community*, 22(5), 461-468.

White, E., & Winstanley, J. (2010). A randomised controlled trial of clinical supervision: selected findings from a novel Australian attempt to establish the evidence base for causal relationships with quality of care and patient outcomes, as an informed contribution to mental health nursing practice development. *Journal of Research in Nursing*, 15(2), 151-167.

WHO (1998). *Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO working group*. Acedido a 2 de janeiro de 2013 em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf

WHO (2000). Definition of an older or elderly person: proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. Acedido em 25 de outubro de 2014 em <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>

WHO (2008) *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Acedido em 22 de Maio de 2012 em <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/>

WHO (2008). *The world health report 2008: primary health care: now more than ever*. Acedido em 20 de julho de 2013 em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69863/1/WHO_IER_WHR_08.1_eng.pdf?ua=1

WHO (2011). *Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016*. Acedido em 5 de janeiro de 2014 em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf

WHO (2011). *Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus*. Acedido em 22 de janeiro de 2014 em http://www.who.int/diabetes/publications/report-hba1c_2011.pdf

WHO (2015). *Obesity And Overweight*. Acedido em 25 de janeiro de 2015 em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Wilding, J. P. H. (2014). The importance of weight management in type 2 diabetes mellitus. *International journal of clinical practice*, 68(6), 682-691.

Williams, G. C., & Zeldman, A. (2002). Patient-centered diabetes self-management education. *Current diabetes reports*, 2(2), 145-152.

Wilson, P. M., Brooks, F., Procter, S., & Kendall, S. (2012). The nursing contribution to chronic disease management: A case of public expectation? Qualitative findings from a multiple case study design in England and Wales. *International journal of nursing studies*, 49(1), 2-14.

Wong, C. K., Wong, W. C., Lam, C. L., Wan, Y. F., Wong, W. H., Chung, K. L., ... & Fong, D. Y. (2014). Effects of Patient Empowerment Programme (PEP) on Clinical Outcomes and Health Service Utilization in Type 2 Diabetes Mellitus in Primary Care: An Observational Matched Cohort Study. *PloS one*, 9(5), e95328.

Wu, S. F. V., Courtney, M., Edwards, H., McDowell, J., Shortridge-Baggett, L. M., & Chang, P. J. (2006). Development and validation of the Chinese version of the Diabetes Management Self-efficacy Scale. *International journal of nursing studies*, 45(4), 534-542.

You, L. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Liu, K., He, G. P., Hu, Y., ... & Sermeus, W. (2013). Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International journal of nursing studies*, 50(2), 154-161.

ANEXOS

**ANEXO I – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS: VERSÃO
ANTERIOR À VALIDAÇÃO**

ANEXO II - APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

ANEXO III – CONSENTIMIENTO INFORMADO

**ANEXO IV – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS NA VERSÃO
FINAL**



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Código ____/____

Este Questionário faz parte do Projeto de Doutoramento intitulado “Efetividade dos cuidados de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2: A educação terapêutica em cuidados de saúde primários”. A todas as questões pedimos-lhe que responda sincera e espontaneamente. Não há respostas certas ou erradas, há apenas a sua resposta. Relembramos que o resultado do questionário é absolutamente confidencial.

Informação Demográfica e de situação atual de saúde

1. Data de nascimento __/__/__; nº de utente: _____
2. Género: Masculino Feminino
3. Estado civil: Solteiro Casado União de facto Divorciado Separado Viúvo
4. Escolaridade: _____
5. Situação profissional atual:
 Profissionalmente ativo Desempregado
 Reformado/pensionista Baixa
6. Como é que se sente em relação à sua situação financeira?
 Confortável Tenho algumas dificuldades
 Tenho o suficiente para as necessidades
 É muito problemática
7. Há quantos anos sabe que é diabético? ____ anos
8. Que tipo de tratamento faz para a diabetes? Antidiabéticos orais (comprimidos) Insulina Ambos
9. Tem ou já teve alguma complicação devido à diabetes?
 Sim Não
10. Complicações agudas:
 Hipoglicemia Cetoacidose Coma hiperosmolar

11. Complicações crónicas

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Retinopatia diabética | <input type="checkbox"/> Doença cerebro-vascular |
| <input type="checkbox"/> Nefropatia | <input type="checkbox"/> Doença vascular periférica |
| <input type="checkbox"/> Neuropatia | <input type="checkbox"/> Disfunção sexual |
| <input type="checkbox"/> Doença coronária | <input type="checkbox"/> Pé Diabético |

12. Durante o último ano, teve que recorrer a um serviço de urgência ou esteve internado devido à diabetes?
 Sim Não

13. Costuma fazer vigilância da tensão arterial?
 Sim Não

14. Toma medicamentos para a tensão arterial?
 Sim Não Não sabe

15. Tem excesso de gordura no sangue?
 Sim Não Não sabe

16. Toma medicamentos para o excesso de gordura no sangue?
 Sim Não Não sabe

17. Alguma vez lhe foi diagnosticado, ou tem algum problema de saúde?
 Não Sim,
Qual/quais? _____

18. Frequenta algum programa de educação estruturado na área da diabetes no centro de saúde? Sim Não,

Valores mais recentes:

Peso: ____ (Kg) Altura: ____ (cm)
Perímetro abdominal: ____ (cm)
Hemoglobina Glicada (HbA1c): ____ (%)
TA: ____/____ (mm/Hg)

ATIVIDADES DE AUTO-CUIDADO COM A DIABETES¹

DIETA								
Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0	1	2	3	4	5	6 7	
Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0	1	2	3	4	5	6 7	
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu entre 7-10 doses por dia de frutos e vegetais?	0	1	2	3	4	5	6 7	
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu Carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0	1	2	3	4	5	6 7	
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	0	1	2	3	4	5	6 7	
Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0	1	2	3	4	5	6 7	
Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0	1	2	3	4	5	6 7	
Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0	1	2	3	4	5	6 7	
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0	1	2	3	4	5	6 7	
Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	0	1	2	3	4	5	6 7	
EXERCÍCIO								
Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar).	0	1	2	3	4	5	6 7	
Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6 7	
TESTE DE AÇÚCAR NO SANGUE								
Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6 7	
Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue, no número de vezes que o seu médico ou enfermeiro recomendou?	0	1	2	3	4	5	6 7	
CUIDADOS COM OS PÉS								
Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6 7	
Em quantos dos últimos SETE DIAS inspecionou o interior dos seus sapatos?	0	1	2	3	4	5	6 7	
Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6 7	
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	
MEDICAMENTOS								
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):								
Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0	1	2	3	4	5	6 7	
Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6 7	
HÁBITOS TABÁGICOS								
Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
Quando fumou o seu último cigarro?								
<input type="checkbox"/> Nunca fumou	<input type="checkbox"/> Quatro a doze meses atrás						<input type="checkbox"/> Hoje	
<input type="checkbox"/> Um a três meses atrás	<input type="checkbox"/> No último mês						<input type="checkbox"/> Há mais de dois anos atrás	
							<input type="checkbox"/> Um a dois anos atrás	

¹ Versão portuguesa de Bastos, Severo, & Lopes, 2007

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE A DIABETES²

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos seus conhecimentos sobre a diabetes.	Sim	Não	Não Sabe
1. Comer muito açúcar e alimentos doces é uma causa da Diabetes.			
2. A causa comum da Diabetes é a falta ou resistência à insulina no corpo.			
3. A Diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar.			
4. Os rins produzem insulina.			
5. Na Diabetes não tratada a quantidade de açúcar no sangue, normalmente, sobe.			
6. Se é diabético os seus filhos têm maior risco para serem diabéticos.			
7. A Diabetes pode curar-se.			
8. O nível de açúcar no sangue de 210, num teste em jejum, é muito alto.			
9. A melhor maneira de avaliar a sua Diabetes é fazendo testes à urina.			
10. O exercício regular aumenta a necessidade de insulina, ou outro medicamento para a Diabetes.			
11. Há dois tipos principais de Diabetes: Tipo I ("Insulino-dependentes") e Tipo2 ("não insulino-dependentes")			
12. Uma hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue) é provocada por muita comida.			
13. A medicação é mais importante que a dieta e o exercício físico para controlar a Diabetes.			
14. A Diabetes frequentemente provoca má circulação.			
15. Cortes e feridas cicatrizam mais lentamente nos diabéticos.			
16. Os diabéticos devem ter cuidados especiais, quando cortam as unhas dos dedos dos pés.			
17. Uma pessoa com Diabetes deve limpar uma ferida com solução iodada e álcool.			
18. A maneira como prepara a sua comida é tão importante como a comida que come.			
19. A Diabetes pode prejudicar os rins.			
20. A Diabetes pode provocar diminuição da sensibilidade das mãos, dedos e pés.			
21. Tremores e suores são sinais de açúcar alto no sangue.			
22. Urinar frequentemente e sede são sinais de açúcar baixo no sangue.			
23. Meias-calças elásticas, ou meias, apertadas não são prejudiciais para os diabéticos.			
24. Uma dieta para diabéticos consiste, essencialmente, em comidas especiais.			

² (Bastos, 2004)

SUCECS 26 – SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE SAÚDE³

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos cuidados de enfermagem que recebeu nos contactos que teve com os enfermeiros na Consulta de Enfermagem ao Utente com Diabetes no Centro de Saúde.

Se estes factos aconteciam:	Assinale
Sempre -	3
Às vezes -	2
Nunca -	1
Não se aplica/ sem opinião -	0

1. Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe toda, alguma ou nenhuma informação?	3	2	1	0
2. Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	3	2	1	0
3. Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como podiam ajudar quando necessitava)?	3	2	1	0
4. Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?	3	2	1	0
5. Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	3	2	1	0
6. Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	3	2	1	0
7. Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem e se necessário voltavam a repetir a informação?	3	2	1	0
8. Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)?	3	2	1	0
9. Os enfermeiros procuraram explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário fazê-los?	3	2	1	0
10. No CS, os enfermeiros preocuparam-se em informar sobre o funcionamento do CS (horários de atendimento, tipo de consultas, a localização das salas de enfermagem, de tratamentos, de vacinas...)?	3	2	1	0
11. No CS, os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente do CS?	3	2	1	0
12. No CS, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si (a quem se dirige quando lá vai e que mostra conhecer melhor a sua situação)?	3	2	1	0
13. Quando necessita, é fácil contactar com os enfermeiros dos CS (para marcar consulta, para lhe colocar as suas dúvidas)?	3	2	1	0
14. Os enfermeiros preocuparam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados?	3	2	1	0
15. Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	3	2	1	0
16. Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	3	2	1	0
17. Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	3	2	1	0
18. Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?	3	2	1	0
19. Sentiu que os enfermeiros o colocavam à vontade para pôr as suas dúvidas?	3	2	1	0
20. Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestavam?	3	2	1	0
21. Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais atualizados e bem informados?	3	2	1	0

Assinale o seu nível de satisfação....

1-Satisfeito; 2 - Nem satisfeito/ Nem insatisfeito; 3 - Insatisfeito; 4- Não se aplica/Sem opinião

22. Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido).	1	2	3	4
23. Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no CS	1	2	3	4
24. Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	1	2	3	4
25. Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	1	2	3	4
26. Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestavam os cuidados	1	2	3	4
27. Relativamente aos cuidados de enfermagem no CS	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO

Este Questionário faz parte do Projeto de Doutoramento intitulado “ Efetividade dos cuidados de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2: A educação terapêutica em cuidados de saúde primários

A todas as questões pedimos-lhe que responda sincera e espontaneamente com base na sua maneira habitual de realizar. Não há respostas certas ou erradas, há apenas a sua resposta. Relembramos que o resultado do questionário é absolutamente confidencial. Para cada um dos itens assinale a sua resposta com um X na coluna que melhor o identifica. Quando terminar verifique se respondeu a todas as questões.

Qualquer dúvida ou questão que possa surgir no preenchimento do questionário pode contactar-me através do T.M. 964649742 ou e-mail: eva.guilherme@gmail.com Obrigado pela participação! Eva Menino

Grupo I (dados sociodemográficos e profissionais)

- Idade: ____ (anos)
- Formação académica/profissional
Bacharelato ou equivalente legal
Licenciatura ou equivalente legal
Pós-graduação
Género: Masculino Feminino
Mestrado
Doutoramento
Outra _____
- Tempo de exercício profissional ____ anos e ____ meses
- Experiência Profissional no atendimento na área da diabetes: ____ anos e ____ meses
- Categoria Profissional:
Enfermeiro (a) Enfermeiro (a) Especialista
Enfermeiro (a) Graduado (a) Outro _____
- Unidade Funcional onde desempenha funções:
UCSP USF
Outra, _____
- Há quanto tempo desempenha funções nessa unidade? ____ Anos e ____ meses
- Depois de exercer a profissão de enfermagem frequentou algum curso na área da educação terapêutica na diabetes para profissionais de saúde?
Sim Não

Grupo II (Condições Estruturais e Organizacionais)

The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index¹

(1 Fonte: Eileen T. Lake, 2002)

Por favor indique o seu grau de concordância com as afirmações apresentadas relativamente à presença desse aspeto no seu local de trabalho atual. Assinale com uma cruz a resposta que melhor se adequa.

		Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
1.	A existência de serviços de apoio (não assistenciais) adequados permite-me ter o tempo necessário para a prestação de cuidados				
2.	Os médicos, os enfermeiros (e restante equipa multidisciplinar) têm boas relações de trabalho.				
3.	Existe uma equipa com funções de supervisão que apoia os enfermeiros.				
4.	Existem programas de desenvolvimento profissional ou programas de formação contínua para enfermeiros.				
5.	Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira profissional.				
6.	Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna.				
7.	Os responsáveis pela supervisão utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica.				
8.	Tenho tempo suficiente e oportunidade para discutir problemas relacionados com os cuidados aos utentes com outros enfermeiros.				
9.	Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos utentes.				
10.	Tenho um enfermeiro com funções de chefia/coordenação que é bom gestor e líder.				
11.	O elemento com funções de direção de enfermagem está presente e é acessível à equipa.				
12.	Os profissionais são suficientes face às necessidades de cuidados dos utentes.				
13.	Há valorização e reconhecimento pela prestação de cuidados de qualidade.				
14.	O órgão de gestão espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.				
15.	Os elementos de enfermagem pertencentes aos órgãos de gestão têm tanto poder e autoridade quanto os restantes.				
16.	O trabalho é desenvolvido em equipa entre enfermeiros, médicos (e restante equipa multidisciplinar).				
17.	São proporcionadas oportunidades de promoção/progressão.				
18.	Existe uma clara filosofia inerente à conceção e prestação de cuidados de enfermagem.				
19.	Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico.				
20.	O enfermeiro com funções de chefia/coordenação apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico (ou outro profissional).				
21.	O órgão de gestão (administração) ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários.				
22.	Existe um programa efetivo de garantia da qualidade.				
23.	Os enfermeiros estão envolvidos na gestão interna da unidade funcional a que pertença (ex: comissões de práticas e de política interna).				
24.	Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos.				
25.	Existe um programa de integração com um orientador para enfermeiros recém-contratados.				
26.	Os cuidados de enfermagem são baseados em modelos de enfermagem e não num modelo biomédico.				
27.	Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões / grupos de trabalho.				
28.	Os elementos com funções de supervisão da equipa de enfermagem consultam os enfermeiros sobre problemas e procedimentos da sua prática.				
29.	Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os utentes.				
30.	A distribuição dos utentes pelos enfermeiros promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro cuida preferencialmente dos mesmos utentes.				
31.	Utilizam-se diagnósticos de enfermagem.				

As questões que se seguem dizem respeito à satisfação geral com o trabalho ¹ . Por favor, em cada questão marque o algarismo apropriado, utilizando a classificação seguinte:	1 - Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Discordo ligeiramente	4 - Neutro	5 - Concordo ligeiramente	6 - Concordo	7 - Concordo completamente
¹ Barton et al, 1992							
No geral, estou muito satisfeito(a) com este trabalho							
Penso frequentemente em abandonar este trabalho							
No geral, sinto-me satisfeito(a) com o tipo de trabalho que faço							
A maior parte das pessoas neste trabalho sentem-se muito satisfeitas com o trabalho que fazem							
As pessoas neste trabalho pensam frequentemente em abandoná-lo							

Grupo III

Intervenções dos enfermeiros no âmbito da Educação Terapêutica à pessoa com diabetes mellitus tipo 2

Responda às seguintes questões relativas às intervenções que desenvolve na área educação terapêutica	Sim	Não
1. Desenvolve a sua prática com base nalgum programa de educação estruturado (com conteúdos, objetivos, atividades, metodologia e avaliação) específico para educar as pessoas com diabetes que atende?		
2. Realiza educação terapêutica em grupo?		
3. Se realiza educação terapêutica em grupo efetua a avaliação dos resultados?		
4. Realiza educação terapêutica na consulta de enfermagem individual?		
5. Se realiza educação terapêutica na consulta de enfermagem individual efetua a avaliação dos resultados?		
6. De forma geral, considera que os recursos educativos de que dispõe são suficientes?		

7. Que elementos estão envolvidos na educação terapêutica na área da diabetes

Médico	<input type="checkbox"/>	Nutricionista	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	Psicólogo	<input type="checkbox"/>
Outros, especificar quais _____			

8. Tendo em consideração a formação que obteve na área da diabetes, essa formação pareceu-lhe suficiente?

Sim

Não

9. O tempo dado pela instituição para desenvolver/manter o nível de competências pareceu-lhe suficiente?

Sim

Não

Considerando a realidade inerente ao exercício das suas funções enquanto enfermeiro, com que frequência desenvolve cada uma das seguintes intervenções:

1 - Sempre; 2 - Muitas vezes; 3 - Algumas vezes; 4 - Poucas vezes; 5 - Nunca	1	2	3	4	5
1. Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária ao utente					
2. Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos membros da família					
3. Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos membros da rede de suporte social					
4. Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos registos médicos existentes					
5. Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos profissionais de saúde de referência (ex.nutricionistas, podologistas...)					
6. Definição de metas em conjunto com o utente					
7. Estabelecimento do plano terapêutico em conjunto com o utente					
8. A educação terapêutica desenvolvida é estruturada seguindo um currículo/plano pré-definido					
9. Mobilização e aplicação de Teorias e modelos específicos da área da mudança comportamental					
10. Avaliação objetiva relativa aos comportamentos de autocuidado no início do processo terapêutico					
11. Avaliação objetiva dos resultados relativos aos comportamentos de autocuidado em intervalos regulares					
12. Aplicação dos resultados na reformulação do plano					
13. Realização de educação grupal					
14. Realização de educação individual					
15. Desenvolvimento e implementação de estratégias educativas distintas para diferentes grupos culturais					
16. Desenvolvimento e implementação de estratégias educativas distintas conforme o grupo etário					
17. Desenvolvimento e implementação de estratégias distintas conforme o nível de instrução/capacidade demonstrada					
18. A educação é efetuada com base na avaliação de necessidades					
19. A educação é efetuada tendo por base recomendações gerais aplicáveis a todos as pessoas com diabetes					
20. Incentivo à participação do utente na tomada de decisões					
21. Apoio continuado com a frequência considerada necessária pelo utente					
22. Apoio continuado com a frequência considerada necessária pelo enfermeiro					
23. Uso de meios informáticos					
24. Acompanhamento através de contactos telefónicos regulares					
25. Informação ao utente de que a educação estruturada faz parte dos cuidados integrais na área da diabetes					
26. Apoio à pessoa cuidadora/família com vista à aquisição e desenvolvimento de competências na área da diabetes					

Considerando a realidade do seu trabalho, com que frequência realiza alguma das seguintes intervenções no atendimento da pessoa com Diabetes tipo 2: 1 – Sempre; 2 - Muitas vezes; 3 – Algumas vezes; 4 – Poucas vezes; 5 - Nunca	1	2	3	4	5
Alimentação: ensinar as pessoas sobre ...					
1.0 efeito dos alimentos sobre a glicemia					
2.Fontes de hidratos de carbono, gordura e proteínas					
3.Fazer escolhas alimentares saudáveis					
4.Ajustar o tamanho das porções					
5.Ler os rótulos					
6.Contar hidratos de carbono					
7.Planear refeições					
8.Preparar refeições					
Manter-se ativo: ensinar as pessoas a...					
9.Analisar barreiras (físicas, ambientais, psicológicas e de tempo)					
10.Desenvolver um plano de atividade apropriada que pondera a alimentação e medicação face ao nível de atividade					
Monitorização					
11.Instruir os pacientes sobre a escolha e seleção do equipamento de monitorização da glicemia					
12.Horas e frequência de avaliação da glicemia					
13.Valores desejados da glicemia					
14.Interpretação e uso dos valores obtidos					
15.Ensinar a avaliar regularmente a pressão sanguínea					
16.Ensinar a verificar regularmente a cetonúria					
17.Ensinar a verificar regularmente o peso					
Toma de Medicação					
18.Ensinar relativamente a cada medicação: a sua ação, efeitos secundários, eficácia, toxicidade.					
19.Ensinar relativamente a cada medicação: dosagem prescrita, hora e frequência de administração.					
20.Ensinar relativamente a cada medicação: efeito de omissão ou atraso das tomas					
21.Ensinar relativamente a cada medicação: instruções sobre administração, armazenamento, viagens e segurança.					
Resolução de problemas					
22.Analisar dificuldades físicas					
23.Analisar dificuldades emocionais					
24.Analisar dificuldades cognitivas					
25.Analisar dificuldades financeiras					
26.Fomentar o desenvolvimento de estratégias de coping					
Redução de riscos					
27.Ensinar sobre recomendações terapêuticas com vista à diminuição de riscos					
28.Estabelecer objetivos com vista à diminuição de riscos					
29.Ensinar sobre cuidados preventivos com vista à diminuição de riscos					

Considerando a realidade do seu trabalho, com que frequência realiza alguma das seguintes intervenções no atendimento da pessoa com Diabetes tipo 2:

1 – Sempre; 2 - Muitas vezes; 3 – Algumas vezes; 4 – Poucas vezes; 5 - Nunca

	1	2	3	4	5
30. Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à cessação tabágica					
31. Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à inspeção dos pés					
32. Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à monitorização da pressão sanguínea					
33. Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à auto-monitorização da glicemia					
34. Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à manutenção dos cuidados pessoais ao melhor nível possível					
<i>Coping saudável</i>					
35. Identificar a motivação do paciente para a mudança comportamental					
36. Ajudar o paciente a alcançar objetivos alcançáveis					
37. Analisar dificuldades e fomentar o desenvolvimento habilidades de <i>coping</i>					
38. Avaliar os pacientes quanto ao seu estado emocional					

Comentários _____

Muito obrigado pela participação!

Exma. Senhora
Enfª Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino

eva.guilherme@ipleiria.pt

032543 '13 10-28 11:19

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

ASSUNTO: "Efetividade dos cuidados de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2: A educação terapêutica e resultados em cuidados de saúde primários"

Serve o presente para informar V. Ex^a., que o Conselho Directivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que se anexa.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Directivo da ARSC, I.P.



(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

Na respectiva indicação a "nossa referência". Em cada office tratar só do um assunto.

AL

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL:</p> <p style="text-align: center;">FAVORÁVEL</p>	<p>DESPACHO:</p> <p style="text-align: center;"><i>Homologado</i> <i>24 10 2013</i></p> <p style="text-align: center;">Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro I.P.</p> <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i> Dr. José Manuel Azenha Teresó Presidente,</p>
--	---

Dr. Fernando José M. Lopes de Almeida
Vice-Presidente,

ASSUNTO: "Efectividade dos cuidados de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2. A educação terapêutica e resultados em cuidados de saúde primários"

Dr. Manuel Militão Mendes Cabral
Vogal,

Dr.ª Maria Augusta Mota
Vogal,

Apreciação Geral:

De acordo com os elementos entretanto enviados, está neste momento a proposta em condições de ser aceite.

[Signature]
23/10/13

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Efetividade dos cuidados de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2: A educação terapêutica e resultados em cuidados de saúde primários

Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino, Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe e Maria Clarisse Carvalho Martins Louro, professoras da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria encontram-se a desenvolver um estudo com o objetivo de determinar a efetividade (descrever o processo e os resultados) do acompanhamento do utente com diabetes tipo 2, em centros de saúde.

Assim, e para atingir os objectivos do estudo, solicitamos que responda ao questionário em anexo e que assine a autorização para a sua participação no estudo ser válida.

A sua participação é voluntária, todas as informações obtidas através do questionário são anónimas e confidenciais e serão apenas utilizadas para fins da investigação, estando em todos os momentos assegurada a sua privacidade.

A sua participação é voluntária, pelo que em qualquer momento pode interromper a sua participação, sem qualquer tipo de prejuízo.

Caso necessite de algum esclarecimento adicional não hesite em contactar-nos através do contacto telefónico ou dos e-mails:

Obrigado pela sua colaboração.

As investigadoras,

Eva Menino: 914233531/964649742; eva.guilherme@ipleiria.pt

Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe: 964881092; maria.dixe@ipleiria.pt

Maria Clarisse Carvalho Martins Louro: 917842305; clarisse.louro@ipleiria.pt

✂

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, confiando em que apenas serão utilizados para fins de investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Código ____/____

Este Questionário faz parte do Projeto de Doutoramento intitulado “Efetividade dos cuidados de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2: A educação terapêutica em cuidados de saúde primários”. A todas as questões pedimos-lhe que responda sincera e espontaneamente. Não há respostas certas ou erradas, há apenas a sua resposta. Relembramos que o resultado do questionário é absolutamente confidencial.

Informação Demográfica e de situação atual de saúde

1. Data de nascimento __/__/__; nº de utente: _____
2. Género: Masculino Feminino
3. Estado civil: Solteiro Casado União de facto Divorciado Separado Viúvo
4. Escolaridade: _____
5. Situação profissional atual:
 Profissionalmente ativo Desempregado
 Reformado/pensionista Baixa
6. Como é que se sente em relação à sua situação financeira?
 Confortável Tenho algumas dificuldades
 Tenho o suficiente para as necessidades
 É muito problemática
7. Há quantos anos sabe que é diabético? ____ anos
8. Que tipo de tratamento faz para a diabetes? Antidiabéticos orais (comprimidos) Insulina Ambos
9. Tem ou já teve alguma complicação devido à diabetes?
 Sim Não
10. Complicações agudas:
 Hipoglicemia Cetoacidose Coma hiperosmolar
11. Complicações crónicas
 Retinopatia diabética Doença cerebro-vascular
 Nefropatia Doença vascular periférica
 Neuropatia Disfunção sexual
 Doença coronária Pé Diabético
12. Durante o último ano, teve que recorrer a um serviço de urgência ou esteve internado devido à diabetes?
 Sim Não
13. Costuma fazer vigilância da tensão arterial?
 Sim Não
14. Toma medicamentos para a tensão arterial?
 Sim Não Não sabe
15. Tem excesso de gordura no sangue?
 Sim Não Não sabe
16. Toma medicamentos para o excesso de gordura no sangue?
 Sim Não Não sabe
17. Alguma vez lhe foi diagnosticado, ou tem algum problema de saúde? Não Sim,
Qual/quais? _____
18. Frequenta algum programa de educação estruturado na área da diabetes no centro de saúde? Sim Não,

Valores mais recentes:

Peso: ____ (Kg) Altura: ____ (cm)
Perímetro abdominal: ____ (cm)
Hemoglobina Glicada (HbA1c): ____ (%)
TA: ____/____ (mm/Hg)

ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADO COM A DIABETES¹

Alimentação geral e antidiabéticos orais									
1	Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7
2	Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0	1	2	3	4	5	6	7
3	Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7
Exercício									
4	Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar).	0	1	2	3	4	5	6	7
5	Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7
Monitorização glicemia									
6	Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7
7	Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue, no número de vezes que o seu médico ou enfermeiro recomendou?	0	1	2	3	4	5	6	7
Cuidados com os pés									
8	Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
9	Em quantos dos últimos SETE DIAS inspecionou o interior dos seus sapatos?	0	1	2	3	4	5	6	7
10	Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
11	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

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE A DIABETES²

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos seus conhecimentos sobre a diabetes.	Sim	Não	Não Sabe
1. Comer muito açúcar e alimentos doces é uma causa da Diabetes.			
2. A causa comum da Diabetes é a falta ou resistência à insulina no corpo.			
3. A Diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar.			
4. Os rins produzem insulina.			
5. Na Diabetes não tratada a quantidade de açúcar no sangue, normalmente, sobe.			
6. Se é diabético os seus filhos têm maior risco para serem diabéticos.			
7. A Diabetes pode curar-se.			
8. O nível de açúcar no sangue de 210, num teste em jejum, é muito alto.			
9. A melhor maneira de avaliar a sua Diabetes é fazendo testes à urina.			
10. O exercício regular aumenta a necessidade de insulina, ou outro medicamento para a Diabetes.			
11. Há dois tipos principais de Diabetes: Tipo I ("Insulino-dependentes") e Tipo2 ("não insulino-dependentes")			
12. Uma hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue) é provocada por muita comida.			
13. A medicação é mais importante que a dieta e o exercício físico para controlar a Diabetes.			
14. A Diabetes frequentemente provoca má circulação.			
15. Cortes e feridas cicatrizam mais lentamente nos diabéticos.			
16. Os diabéticos devem ter cuidados especiais, quando cortam as unhas dos dedos dos pés.			
17. Uma pessoa com Diabetes deve limpar uma ferida com solução iodada e álcool.			
18. A maneira como prepara a sua comida é tão importante como a comida que come.			
19. A Diabetes pode prejudicar os rins.			
20. A Diabetes pode provocar diminuição da sensibilidade das mãos, dedos e pés.			
21. Tremores e suores são sinais de açúcar alto no sangue.			
22. Urinar frequentemente e sede são sinais de açúcar baixo no sangue.			
23. Meias-calças elásticas, ou meias, apertadas não são prejudiciais para os diabéticos.			
24. Uma dieta para diabéticos consiste, essencialmente, em comidas especiais.			

¹ Versão portuguesa de Bastos, Severo, & Lopes, 2007

² (Bastos, 2004)

SUCECS 26 – SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE SAÚDE³

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

<i>Assinale o seu nível de satisfação....</i>				
1-Satisfeito; 2 - Nem satisfeito/ Nem insatisfeito; 3 - Insatisfeito; 4- Não se aplica/Sem opinião				
22. Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido).	1	2	3	4
23. Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no CS	1	2	3	4
24. Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	1	2	3	4
25. Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	1	2	3	4
26. Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestavam os cuidados	1	2	3	4
27. Relativamente aos cuidados de enfermagem no CS	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO

Este Questionário faz parte do Projeto de Doutoramento intitulado “ Efetividade dos cuidados de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2: A educação terapêutica em cuidados de saúde primários

A todas as questões pedimos-lhe que responda sincera e espontaneamente com base na sua maneira habitual de realizar. Não há respostas certas ou erradas, há apenas a sua resposta. Relembramos que o resultado do questionário é absolutamente confidencial. Para cada um dos itens assinale a sua resposta com um X na coluna que melhor o identifica. Quando terminar verifique se respondeu a todas as questões.

Qualquer dúvida ou questão que possa surgir no preenchimento do questionário pode contactar-me através do TM: 964649742 ou e-mail: eva.guilherme@gmail.com Obrigado pela participação! Eva Menino

Grupo I (dados sociodemográficos e profissionais)

1. Idade: _____ (anos)

Género:

Masculino

Feminino

2. Formação académica/profissional

Bacharelato ou equivalente legal

Licenciatura ou equivalente legal

Pós-graduação

Mestrado

Doutoramento

Outra _____

3. Tempo de exercício profissional _____ anos e _____ meses

4. Experiência Profissional no atendimento na área da diabetes: _____ anos e _____ meses

5. Categoria Profissional:

Enfermeiro (a)

Enfermeiro (a) Graduado (a)

Enfermeiro (a) Especialista

Outro _____

6. Unidade Funcional onde desempenha funções:

UCSP

USF

Outra, _____

7. Há quanto tempo desempenha funções nessa unidade? ____ Anos e ____ meses

8. Depois de exercer a profissão de enfermagem frequentou algum curso na área da educação terapêutica na diabetes para profissionais de saúde?

Sim

Não

Grupo II (Condições Estruturais e Organizacionais)

The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index¹ (¹ Fonte: Eileen T. Lake, 2002)		Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Por favor indique o seu grau de concordância com as afirmações apresentadas relativamente à presença desse aspeto no seu local de trabalho atual. Assinale com uma cruz a resposta que melhor se adequa.					
1	Os médicos, os enfermeiros (e restante equipa multidisciplinar) têm boas relações de trabalho.				
2	Existe uma equipa com funções de supervisão que apoia os enfermeiros.				
3	Existem programas de desenvolvimento profissional ou programas de formação contínua para enfermeiros.				
4	Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira profissional.				
5	Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna.				
6	Os responsáveis pela supervisão utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica.				
7	Tenho tempo suficiente e oportunidade para discutir problemas relacionados com os cuidados aos utentes com outros enfermeiros.				
8	Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos utentes.				
9	Tenho um enfermeiro com funções de chefia/coordenação que é bom gestor e líder.				
10	O elemento com funções de direção de enfermagem está presente e é acessível à equipa.				
11	Os profissionais são suficientes face às necessidades de cuidados dos utentes.				
12	Há valorização e reconhecimento pela prestação de cuidados de qualidade.				
13	O órgão de gestão espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.				
14	Os elementos de enfermagem pertencentes aos órgãos de gestão têm tanto poder e autoridade quanto os restantes.				
15	O trabalho é desenvolvido em equipa entre enfermeiros, médicos (e restante equipa multidisciplinar).				
16	São proporcionadas oportunidades de promoção/progressão.				
17	Existe uma clara filosofia inerente à conceção e prestação de cuidados de enfermagem.				
18	Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico.				
19	O enfermeiro com funções de chefia/coordenação apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico (ou outro profissional).				
20	O órgão de gestão (administração) ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários.				
21	Existe um programa efetivo de garantia da qualidade.				
22	Os enfermeiros estão envolvidos na gestão interna da unidade funcional a que pertencem (ex: comissões de práticas e de política interna).				
23	Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos.				
24	Existe um programa de integração com um orientador para enfermeiros recém-contratados.				
25	Os cuidados de enfermagem são baseados em modelos de enfermagem e não num modelo biomédico.				
26	Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões / grupos de trabalho.				
27	Os elementos com funções de supervisão da equipa de enfermagem consultam os enfermeiros sobre problemas e procedimentos da sua prática.				
28	Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os utentes.				
29	A distribuição dos utentes pelos enfermeiros promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro cuida preferencialmente dos mesmos utentes.				
30	Utilizam-se diagnósticos de enfermagem.				

<p>As questões que se seguem dizem respeito à satisfação geral com o trabalho¹.</p> <p>Por favor, em cada questão marque o algarismo apropriado, utilizando a classificação seguinte:</p> <p>¹ Barton et al, 1992</p>	1 - Discordo completamente	2 – Discordo	3 – Discordo ligeiramente	4 – Neutro	5 – Concordo ligeiramente	6 – Concordo	7 – Concordo completamente
No geral, estou muito satisfeito(a) com este trabalho							
Penso frequentemente em abandonar este trabalho							
No geral, sinto-me satisfeito(a) com o tipo de trabalho que faço							
A maior parte das pessoas neste trabalho sentem-se muito satisfeitas com o trabalho que fazem							
As pessoas neste trabalho pensam frequentemente em abandoná-lo							

Grupo III

Intervenções dos enfermeiros no âmbito da Educação Terapêutica à pessoa com diabetes mellitus tipo 2

Responda às seguintes questões relativas às intervenções que desenvolve na área educação terapêutica	Sim	Não
1. Desenvolve a sua prática com base nalgum programa de educação estruturado (com conteúdos, objetivos, atividades, metodologia e avaliação) específico para educar as pessoas com diabetes que atende?		
2. Realiza educação terapêutica em grupo?		
3. Se realiza educação terapêutica em grupo efetua a avaliação dos resultados?		
4. Realiza educação terapêutica na consulta de enfermagem individual?		
5. Se realiza educação terapêutica na consulta de enfermagem individual efetua a avaliação dos resultados?		
6. De forma geral, considera que os recursos educativos de que dispõe são suficientes?		

7. Que elementos estão envolvidos na educação terapêutica na área da diabetes

Médico		Nutricionista	
Enfermeiro		Psicólogo	
Outros, especificar quais _____			

8. Tendo em consideração a formação que obteve na área da diabetes, essa formação pareceu-lhe suficiente?

Sim Não

9. O tempo dado pela instituição para desenvolver/manter o nível de competências pareceu-lhe suficiente?

Sim Não

Considerando a realidade inerente ao exercício das suas funções enquanto enfermeiro, com que frequência desenvolve cada uma das seguintes intervenções:

1 – Sempre; 2- Muitas Vezes; 3 – Algumas vezes; 4 – Poucas vezes; 5 - Nunca	1	2	3	4	5
1. Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária ao utente					
2. Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos membros da família					
3. Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos membros da rede de suporte social					
4. Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos registos médicos existentes					
5. Colheita de dados efetuada de forma sistemática e com a frequência que entende ser necessária aos profissionais de saúde de referência (ex.nutricionistas, podologistas...)					
6. Avaliação objetiva relativa aos comportamentos de autocuidado no início do processo terapêutico.					
7. Avaliação objetiva dos resultados relativos aos comportamentos de autocuidado em intervalos regulares.					
8. Estabelecimento do plano terapêutico em conjunto com o utente					
9. A educação terapêutica desenvolvida é estruturada seguindo um currículo/plano pré-definido					
10. Desenvolvimento e implementação de estratégias distintas conforme o nível de instrução/capacidade demonstrada					
11. A educação é efetuada com base na avaliação de necessidades e problemas identificados					
12. Apoio continuado com a frequência considerada necessária pelo utente					
13. Apoio à pessoa cuidadora/família com vista à aquisição e desenvolvimento de competências na área da diabetes					

Considerando a realidade do seu trabalho, com que frequência realiza alguma das seguintes intervenções no atendimento da pessoa com Diabetes tipo 2:

1 – Sempre; 2- Muitas Vezes; 3 – Algumas vezes; 4 – Poucas vezes; 5 - Nunca	1	2	3	4	5
Alimentação: ensinar as pessoas sobre ...					
1. O efeito dos alimentos sobre a glicemia					
2. Fontes de hidratos de carbono, gordura e proteínas					
3. Fazer escolhas alimentares saudáveis					
4. Ajustar o tamanho das porções					
5. Ler os rótulos					
6. Contar hidratos de carbono					
7. Preparar refeições					
Manter-se ativo: ensinar as pessoas a...					
8. Analisar barreiras (físicas, ambientais, psicológicas e de tempo)					
9. Desenvolver um plano de atividade apropriada que pondera a alimentação e medicação face ao nível de atividade					

1 – Sempre; 2- Muitas Vezes; 3 – Algumas vezes; 4 – Poucas vezes; 5 - Nunca	1	2	3	4	5
Monitorização					
10. Instruir os pacientes sobre a escolha e seleção do equipamento de monitorização da glicemia					
11. Horas e frequência de avaliação da glicemia					
12. Interpretação e uso dos valores obtidos					
13. Ensinar a avaliar regularmente a pressão sanguínea					
14. Ensinar a verificar regularmente o peso					
Toma de Medicação					
15. Ensinar relativamente a cada medicação: a sua ação, efeitos secundários, eficácia, toxicidade.					
16. Ensinar relativamente a cada medicação: dosagem prescrita, hora e frequência de administração.					
17. Ensinar relativamente a cada medicação: efeito de omissão ou atraso das tomas					
18. Ensinar relativamente a cada medicação: instruções sobre administração, armazenamento, viagens e segurança.					
Redução de riscos					
19. Ensinar sobre recomendações terapêuticas com vista à diminuição de riscos					
20. Estabelecer objetivos com vista à diminuição de riscos					
21. Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à cessação tabágica					
22. Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à inspeção dos pés					
23. Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à monitorização da pressão sanguínea					
24. Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à auto-monitorização da glicemia					
25. Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à manutenção dos cuidados pessoais ao melhor nível possível					
Resolução de problemas e Coping saudável					
26. Analisar dificuldades físicas					
27. Analisar dificuldades emocionais					
28. Analisar dificuldades cognitivas					
29. Analisar dificuldades financeiras					
30. Fomentar o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i>					
31. Identificar a motivação do paciente para a mudança comportamental					
32. Ajudar o paciente a alcançar objetivos alcançáveis					
33. Analisar dificuldades e fomentar o desenvolvimento competências de <i>coping</i>					
34. Avaliar os pacientes quanto ao seu estado emocional					

Comentários _____

Muito obrigado pela participação!