

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - 1ª Edição

Rosa Maria Chibante Pereira

***Implicações do Apoio Social no Empowerment das
Pessoas Portadoras de Diabetes***

Maio de 2013

Rosa Maria Chibante Pereira

*Implicações do Apoio Social no Empowerment das
Pessoas Portadoras de Diabetes*

Relatório Final

Mestrado em Enfermagem Comunitária - 1ª Edição

Estudo realizado sob orientação de:

Orientadora: Professora Doutora Madalena Cunha

Co-Orientadora: Professora Suzana André



*“Todos os homens buscam uma meta ou felicidade.
O único modo de se obter sucesso verdadeiro é expressar-se
completamente no serviço à sociedade.
Em primeiro lugar, ter um ideal definido, claro, prático, uma
meta, um objetivo.
Em segundo lugar ter os meios necessários a atingir seus
objetivos, sabedoria, dinheiro, materiais e métodos.
Em terceiro lugar, ajustar os seus meios a esse objetivo.”*

Aristóteles, 384-322 a.C.

Agradecimentos:

A realização deste relatório só foi possível com a colaboração e apoio de muitas pessoas que nele participaram.

À Professora Doutora Madalena Cunha, pelo rigor e seriedade que impõe ao trabalho; pela experiência, sabedoria, orientações e ensinamentos durante este árduo percurso.

À Professora Suzana André pelas palavras de encorajamento, pela sua postura, transmitindo tranquilidade, confiança e perseverança.

Às Pessoas Portadoras de Diabetes pela disponibilidade manifestada.

Aos meus amigos e familiares que sempre estiveram presentes e, de uma forma muito especial, ao meu colega e amigo João que me acompanhou nos momentos menos bons e me transmitiu estímulos para continuar até ao final.

Ao meu filho João pela sua compreensão pelos períodos da minha ausência e pelo seu enorme carinho e amor incondicional.

A todos manifesto a minha gratidão e reconhecimento!

RESUMO

Enquadramento: O *empowerment* é uma nova filosofia exigível às pessoas portadoras de diabetes na convivência diária com a sua própria doença. O apoio social é um fator determinante no nível de *empowerment* revelado neste tipo de doentes. Daí se considerar que o apoio social é um recurso que assume um papel de relevo, promovendo e melhorando a autonomia e a autogestão da diabetes; contribuindo para a capacitação dos doentes portadores de diabetes, habilitando-os de competências que permitem ultrapassar os obstáculos com que se deparam no seu dia-a-dia.

Objetivos: Relacionar as variáveis sociodemográficas, as referentes ao perfil clínico das pessoas portadoras de diabetes e as alusivas ao apoio social percecionado por estes. Avaliar o *empowerment* e perceber em que medida o apoio social prediz o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes.

Métodos: O estudo transversal de natureza observacional assenta numa lógica de análise descritivo-correlacional e foi realizado numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 150 pessoas portadoras de diabetes acompanhadas em unidades de saúde de cuidados de saúde primários da região centro, na Consulta de Diabetes, nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2012. O perfil médio revela doentes de ambos os sexos (50,0% vs 50,0%), com uma média de idades de 66,85 anos, casados ou a viver em união de facto (72,7%), reformados (74,7%) e com prevalência do 1º ciclo do ensino básico (64,7%). Para mensuração das variáveis utilizou-se um instrumento de colheita de dados, constituído por uma caracterização sociodemográfica e clínica, a *Escala de Empowerment da Diabetes* (Anderson, Funnel, Fitzgerald & Marrero, 2000) e a *Escala de Apoio Social* (Matos & Ferreira, 2000).

Resultados: Constatou-se que um bom apoio social se encontra representado em 44,0% dos participantes e que um elevado *empowerment* se configura em 36,7% da amostra. Das variáveis sociodemográficas destacam-se as habilitações literárias que se relacionam positivamente com o *empowerment* ($H = 17,028$; $p = 0,001$), verificando-se, de igual modo, uma relação positiva entre a profissão exercida e o modo como a exerce e o *empowerment* destes doentes, ($H = 11,542$; $p = 0,021$ e $H = 11,879$; $p = 0,003$ respetivamente). O apoio social revela-se um preditor positivo do *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes, explicando 17,1% da sua variabilidade, relacionando-se positivamente com a variável dependente, isto é, à medida que aumenta o nível de apoio social percecionado, aumenta o *empowerment* ($r = 0,411$; $p = 0,000$).

Conclusão: As evidências encontradas neste estudo referem que o apoio social prediz o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes de forma relevante. Medidas para englobar a família e todos os recursos de apoio social possíveis, na Consulta de Enfermagem/Diabetes, devem dar prioridade às estratégias relacionadas com o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes.

Palavras-chave: Apoio social; *Empowerment*; Pessoas Portadoras de Diabetes

ABSTRACT

Background: *Empowerment* is a new philosophy demanded to people with diabetes in daily contact with his own disease. Social support is a key factor in determining the *empowerment* level revealed in such patients. Thus, social support is considered a feature that plays a leading role in promoting and improving the autonomy and self-management of diabetes, contributing for capacity building of patients with diabetes, enabling them with skills that allow overcoming the obstacles they encounter in their day-to-day.

Objectives: To relate socio-demographic variables, those relating to the clinical profile of people with diabetes and alluding to the social support perceived by them. Assess the *empowerment* and realize the extent to which social support predicts *empowerment* of people with diabetes.

Methods: This observational cross-sectional study based on logic of descriptive-correlational analysis was conducted using a non-probability sample of convenience consisting of 150 people with diabetes followed in primary health care units in center region, in consultation Diabetes in the months of October, November and December 2012. The average profile reveals patients of both genders (50,0%.vs 50,0%), with a mean age of 66,85 years, married or common law marriage. (72,7%), retired (74,7%) and prevalence of the 1st cycle of basic education (64,7%). The variables were measured using a data collection instrument, consisting of a socio-demographic and clinical characterization, the *Diabetes Empowerment Scale* (Anderson, Funnel, Fitzgerald & Marrero, 2000) and the *Social Support Scale* (Ferreira & Matos, 2000).

Results: It was found that good social support is represented in 44,0% of participants and a high *empowerment* is configured in 36,7% of the sample. With regard to socio-demographic variables stands out educational attainment is positively related to *empowerment* ($H = 17,028$; $p = 0,001$), verifying, likewise, a positive relationship between the professional activity and how it is exercised and the *empowerment* of these patients ($H = 11,542$; $p = 0,021$ and $H = 1,879$; $p = 0,003$ respectively). Social support proves to be a positive predictor of *empowerment* of people with diabetes, explaining 17,1% of its variability, relating positively with the dependent variable, i.e. with the increased level of social support perceived increases the empowerment ($r = 0,411$; $p = 0,000$).

Conclusion: The evidence from this study indicates that social support predicts *empowerment* of people with diabetes in a relevant way. Actions to include the family and all the resources of social support possible in Nursing Consultation / Diabetes, shall give priority to strategies related to the *empowerment* of people with diabetes.

Keywords: Social Support, *Empowerment*, Persons with Diabetes

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ÍNDICE DE SÍMBOLOS

1. INTRODUÇÃO.....	19
2. MATERIAL E MÉTODOS.....	27
2.1. AMOSTRA/PARTICIPANTES.....	28
2.2. INSTRUMENTOS.....	28
2.3. PROCEDIMENTOS.....	31
2.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	32
3. RESULTADOS.....	33
3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES.....	33
3.2. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO DAS PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES.....	38
3.3. <i>EMPOWERMENT</i> EM PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES.....	46
3.4. APOIO SOCIAL PERCEBIDO PELAS PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES.....	47
3.5. TESTE DAS HIPÓTESES.....	48
4. DISCUSSÃO.....	59
4.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	59
4.2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	60
5. CONCLUSÕES.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71

ANEXOS

Anexo 1 – Consistência Interna da Escala do *Empowerment* na Diabetes

(Anderson, Funnel, Fitzgerald & Marrero)

Anexo 2 – Consentimento Informado e Instrumento de Colheita de Dados

Anexo 3 – Pedido de autorização à Unidade Local de Saúde da Guarda – Centro
de Saúde de Gouveia e respetiva autorização

Anexo 4 – Pedido de Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu e respetivo “Parecer”

Anexo 5 – Solicitação de autorização para utilização da Escala do Apoio Social (Matos & Ferreira, 2000)

Anexo 6 – Solicitação de autorização para utilização da Escala do *Empowerment* na Diabetes – Versão traduzida (Coimbra & Cunha, 2011) e respetiva autorização

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos itens por cada dimensão da DES (Anderson, Funnell, Fitzgerald & Marrero 2000).....	29
Tabela 2 – Estatísticas das dimensões da Escala do Empowerment na Diabetes e estudo comparativo com o estudo de Anderson, Funnell, Fitzgerald & Marrero (2000).....	29
Tabela 3 – Estatísticas relativas à variável dependente “ <i>Empowerment</i> ”.....	30
Tabela 4 – Distribuição dos itens por cada fator da Escala do Apoio Social (Matos & Ferreira, 2000).....	31
Tabela 5 – Estatísticas relativas às dimensões do apoio social.....	
Tabela 6 – Caracterização sociodemográfica das pessoas portadoras de diabetes.....	34
Tabela 7 – Estatísticas relativas à idade das pessoas portadoras de diabetes.....	34
Tabela 8 – Caracterização profissional, coabitação e tipo de habitação das pessoas portadoras de diabetes.....	36
Tabela 9 – Caracterização religiosa e atividades de tempos livres das pessoas portadoras de diabetes.....	37
Tabela 10 – Estatísticas relativas ao rendimento mensal (em euros) e o número de horas de trabalho(em horas/semana.....	37
Tabela 11 – Estatísticas relativas ao tempo de diagnóstico da diabetes (em anos).....	38
Tabela 12 – Caracterização clínica das pessoas portadoras de diabetes.....	39
Tabela 13 – Caracterização da vigilância da diabetes.....	41
Tabela 14 – Caracterização das pessoas portadoras de diabetes face à medicação instituída e o gasto mensal com a diabetes (em euros).....	42
Tabela 15 – Caracterização das complicações devido à diabetes.....	43
Tabela 16 – Caracterização das pessoas portadoras de diabetes face à avaliação da sua saúde.....	43
Tabela 17 – Estatísticas relativas ao estado nutricional e metabólico.....	45
Tabela 18 – Classificação do <i>empowerment</i>	47
Tabela 19 - Classificação do apoio social.....	47
Tabela 20 – Dimensões do <i>empowerment</i> em função do sexo das pessoas portadoras de diabetes.....	48
Tabela 21 – Teste de Kruskal-Wallis entre o <i>empowerment</i> e a idade das pessoas portadoras de diabetes.....	49
Tabela 22 – Análise de regressão linear simples entre a idade e o <i>empowerment</i> das pessoas portadoras de diabetes.....	49
Tabela 23 – Relação entre o <i>empowerment</i> e a zona de residência das pessoas portadoras de diabetes.....	49
Tabela 24 – Relação entre o <i>empowerment</i> e o estado civil das pessoas portadoras de diabetes.....	50
Tabela 25 – Teste de Kruskal-Wallis entre o <i>empowerment</i> e as habilitações literárias das pessoas portadoras de diabetes.....	50
Tabela 26 – Teste de Kruskal-Wallis entre o <i>empowerment</i> e a fonte de rendimento das pessoas portadoras de diabetes.....	51
Tabela 27 – Teste de Kruskal-Wallis entre o <i>empowerment</i> e a profissão das pessoas portadoras de diabetes.....	52
Tabela 28 – Teste de Kruskal-Wallis entre o <i>empowerment</i> e o modo como exercem a profissão as pessoas portadoras de diabetes.....	52
Tabela 29 – Dimensões do <i>empowerment</i> em função do modo como consideram a situação financeira as pessoas portadoras de diabetes.....	53

Tabela 30 – Análise de regressão linear simples entre o tempo de diagnóstico e o <i>empowerment</i> das pessoas portadoras de diabetes.....	53
Tabela 31 – Teste de Kruskal-Wallis entre o IMC e o <i>empowerment</i> das pessoas portadoras de diabetes.....	54
Tabela 32 – Análise de regressão linear simples entre o IMC e o <i>empowerment</i> das pessoas portadoras de diabetes.....	54
Tabela 33 – Análise de regressão linear simples entre o perímetro abdominal e o <i>empowerment</i> das pessoas portadoras de diabetes.....	55
Tabela 34– Análise de regressão linear simples entre a hemoglobina glicosilada e o <i>empowerment</i> das pessoas portadoras de diabetes.....	55
Tabela 35– Correlação entre o apoio social e o <i>empowerment</i> das pessoas portadoras de diabetes.....	56
Tabela 36 – Análise de regressão linear simples entre o apoio social e o <i>empowerment</i> das pessoas portadoras de diabetes (valor global).....	56
Tabela 37 - Análise de regressão linear múltipla entre o apoio social global, o gasto mensal em medicamentos e o <i>empowerment</i> das pessoas portadoras de diabetes.....	57

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C - antes de Cristo

ANF – Associação Nacional de Farmácias

cf. - conforme

cit in – citado em

cm - centímetros

CV – Coeficiente de variação

DES – Diabetes Empowerment Scale

DGS – Direção-Geral da Saúde

Dp – Desvio Padrão

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

et al. – e outros

H – Valor do teste de Kruskal-Wallis

HbA1c – Hemoglobina glicosilada

HTA – Hipertensão arterial

IDF – International Diabetes Federation

IMC – Índice de Massa Corporal

Kg - Kilograma

K/erro – Kurtosis/error (curtose)

KS – Teste de Kolmogorov-Smirnov

KW – Teste de Kruskal-Wallis

M – Média

Máx – Máximo

Min – Mínimo

mmHg – Milímetros de mercúrio

n – Frequência absoluta

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Nível de significância

PA – Pressão arterial

PIB – Produto Interno Bruto

r – Correlação

r^2 - Coeficiente de determinação

res – Valor residual ajustado

s.d. – sem dados

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SK/erro – Skwness/error (simetria)

SPSS – Statical Package Social Science

U – Valor do teste de U Mann Whitney

UMW – Teste de U Mann Whitney

vs - Versus

ÍNDICE DE SÍMBOLOS

= - igual a

>- maior que

< - menor que

% - percentagem

1. INTRODUÇÃO

Na atualidade, as doenças crónicas são consideradas uma epidemia, constituindo um sério problema de saúde pública a nível mundial. Atinge maiores proporções nos países em desenvolvimento, na medida em que é mais difícil garantir políticas públicas favoráveis, que alteram positivamente os determinantes sociais da saúde (Brasil, 2008 cit in Ulbrich (2010). A nível mundial, 84,0% das mortes em 2008 foram atribuídas às doenças crónicas (World Health Organization, 2010). Neste tipo de doenças está incluída a diabetes.

A Diabetes Mellitus é definida por um conjunto de síndromes, com presença de hiperglicemia, onde é observável uma alteração no metabolismo dos glúcidos e, simultaneamente, se deteta uma insuficiência absoluta ou relativa da secreção de insulina (insulinodeficiência) e uma resistência periférica, em graus variados, à ação da insulina (insulinorresistência) (American Diabetes Association, 2006).

Esta entidade nosológica, é uma doença metabólica crónica, considerada uma epidemia mundial, constituindo, por isso, um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O aumento da incidência e prevalência da diabetes a nível mundial prende-se, entre outros, com o facto de a população estar a envelhecer, com a crescente urbanização e com a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, tais como: o sedentarismo, dieta inadequada, resultando em obesidade (Temprão, 2006 cit in Ribeiro, 2010).

Na 5ª edição do Atlas Mundial da Diabetes (2011), apresentado pelo IDF, o número estimado de adultos portadores de Diabetes subiu para 366 milhões, representando 8,3% da população adulta mundial. Este número deverá aumentar para 522 milhões de pessoas até 2030, ou 9,9% dos adultos, o que é equivalente a cerca de mais três pessoas com diabetes a cada 10 segundos.

Também em Portugal, de acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 2011, com dados de 2010, se mantém a tendência de crescimento da diabetes. Existem 991 mil pessoas portadoras de diabetes, correspondente a 12,4% da população com idade entre os 20 e os 79 anos e destes 44% não estão diagnosticados. Para Paulo Macedo, Ministro da Saúde em 2013, esta situação é preocupante, dado “o impacto que esta doença tem nos custos do Orçamento da Saúde”, particularmente “por não serem claramente sustentáveis numa doença que vai crescer” (ANF, 2012). Relativamente aos custos, o Relatório Anual do Observatório Anual da Diabetes (2011), revela que o custo total da diabetes, em 2010, representou 1% do PIB português e 11% da despesa em saúde (ANF, 2012).

O facto da Diabetes Mellitus ser uma doença crónica em franco crescimento epidemiológico e afetar maioritariamente as pessoas em idades economicamente ativas, além de que possui características específicas tais como a necessidade de tratamento e autovigilância glicémica diária, consultas e exames complementares frequentes, aumento de internamentos hospitalares e a capacidade de induzir complicações tardias invalidantes, com inevitável absentismo laboral, o que leva a elevados custos que sobrecarregam o orçamento da saúde. A única forma de travar este crescimento exponencial de gastos, será o investimento a nível da prevenção da doença, o seu diagnóstico precoce e a otimização do tratamento.

A elevada incidência e prevalência da Diabetes Mellitus tipo 2 tem vindo a aumentar, atingindo proporções epidémicas, cujas repercussões se verificam a nível da incapacidade, da mortalidade prematura, dos custos elevados relacionados com os tratamentos, além das complicações físicas, o impacto pessoal, familiar e social da doença. Por todos estes motivos emerge a necessidade de “educar sobre Diabetes”, no intuito de desenvolver no indivíduo conhecimento, atitudes e habilidades necessárias para o desempenho do autocontrolo da doença (Ribeiro, 2010).

Também o Presidente da Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Nuno Corrêa, enfatizava, em 1999, que só com uma boa coordenação e racionalização dos meios de auto monitorização, educação dos diabéticos e prevenção das complicações tardias se poderão reduzir os custos quer para o indivíduo quer para o Estado (Carvalho, 2000).

Neste âmbito, o Ministro da Saúde Paulo Macedo (2012) reforçava que se deveria investir na prevenção, isto é, estimular a mudança de hábitos alimentares assim como o aumento do exercício físico.

Em termos clínicos, o bom controlo metabólico de uma pessoa portadora de diabetes só será conseguido se existir monitorização diária dos níveis de glicémia capilar, controlo da pressão arterial, peso corporal, toma correta da medicação, cuidados com os pés, prática de exercício físico e alimentação adequada. Todas estas exigências, por vezes, acarretam a um stress físico e psicológico quer para o doente quer para os seus familiares (Martire et al, 2004 cit in Ribeiro, 2010).

Neste sentido, viver com diabetes implica um ajuste a nível familiar, exigindo mudanças no estilo de vida pessoal e familiar, por vezes consideradas drásticas e as quais só se tornam efetivas se existir participação de todos os membros do núcleo familiar (Rossi, 2005 cit in Ribeiro, 2010).

Nas últimas três décadas têm-se verificado alterações significativas nos sistemas de Saúde, tanto a nível da conceção de Saúde e doença, como ao nível das políticas de Saúde. Atualmente, o foco de atenção do sistema de Saúde é o cidadão, perspetivando-o como alguém livre com capacidades e habilidades de liderança no seu processo de vida e de saúde. Todas estas alterações nos paradigmas da Saúde implicam a redefinição de papéis, especialmente das equipas de saúde, que deverão proporcionar ao cidadão ferramentas, capacitando-o para que, livremente, possa potenciar o *empowerment*, atingindo uma maior autonomia e ganhos em Saúde (Pereira et al., 2011).

Também o Plano Nacional de Saúde 2011/2016 refere que o desenvolvimento da cidadania em saúde passa pelo reforço do poder e da responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria individual e coletiva, exigindo um investimento na promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento, aumentando o grau de conhecimentos e informações (literacia em saúde), proporcionando pro-atividade, compromisso e autocontrolo do cidadão (capacitação/participação ativa), com a finalidade de o tornar autónomo e responsável (empoderamento) (Campos & Carneiro, 2011).

É de consenso geral que os doentes com diabetes são a pedra basilar do seu próprio cuidado e, por tal motivo, as medidas de saúde adotadas devem ser direcionadas para o *empowerment* do doente.

Por outro lado, sabe-se, atualmente, que a disponibilidade de apoio social, facultado por familiares, amigos ou outros poderá ser uma mais-valia para o controlo da diabetes. No entanto, se esse apoio social não for considerado satisfatório para o doente, poderá ser considerado um entrave à gestão da diabetes, levando mesmo ao aparecimento de complicações físicas, psicológicas e sociais (Correia, 2007 cit in Ribeiro, 2010).

Neste sentido, o Plano Nacional de Saúde 2011/2016 reforça a importância das intervenções de *empowerment* “que muitas vezes consistindo em grupos de apoio/suporte, educativos, formação dos cuidadores, *patient decisions-making*, têm sido extensamente seguidos com sucesso nos cuidados com a Diabetes, DPOC, DRCT, cancro e doenças psiquiátricas, entre outras. O *empowerment* do doente e do cuidador deverá melhorar a gestão da doença, a utilização de serviços de saúde, assim como a melhoria da saúde e da qualidade de vida.

O termo “apoio social” emergiu nos anos 1960 e 1970, sendo o seu precursor o sociólogo Emile Durkheim, o qual destacava, já no final do séc. XIX, a importância das relações interpessoais na saúde (Saborit, 2003 cit in Boas, 2009).

No entanto, o conceito de “apoio social” tem sido utilizado com outros constructos, tais como “rede social”, “integração social”, “vínculos sociais”, “suporte social” e “atividade social” (Boas, 2009). Existem, porém, autores que distinguem “apoio social” de “rede social”, referindo que o apoio social se reporta às relações sociais e às ligações entre pessoas e grupos, envolvendo os colaboradores naturais (família), os grupos informais (autoajuda) e os formais e institucionalizados. Enquanto a “rede social” é o conjunto de pessoas e organizações existentes a que a pessoa pode recorrer para obter auxílio socio emocional e/ou instrumental (Kaplan; Hartwell, 1987 & Van Dam et al., 2005 cit in Boas, 2009).

Desta forma, a designação “apoio social” tem sido objeto de estudo da Psicologia e da Sociologia. A Psicologia aborda o apoio social como uma representação que o indivíduo possui acerca das suas relações sociais, percebendo-o subjetivamente. Porém a Sociologia considera o apoio social como uma rede que integra o indivíduo, constituindo o local onde este gera laços sociais de maior ou menor intensidade e em maior ou menor número, sendo eles laços de casamento, laços de amizade, entre outros (Nunes, 2005).

Não obstante, Thoits (1982, 1995) refere-se ao apoio social como uma extensão, onde as necessidades sociais básicas de um ser humano são satisfeitas pela interação com pessoas significativas, tais como familiares, amigos e colegas. Considerando as necessidades como a afeição, a estima, a identidade, a segurança, a integração, entre outras (Thoits, 1982, 1995 cit in Boas, 2009).

O suporte social, também designado de apoio social por Symister e Friend (2003) é um conceito base usado pela Psicologia da Saúde, o qual tem implicações práticas. Uma pessoa que possua um bom apoio social terá maior facilidade em se adaptar física e psicologicamente a uma doença crónica. Se um doente perceber um bom apoio social, as situações adversas do meio poderão ser observadas e vividas de uma forma mais atenuada, podendo mesmo considera-se que o apoio social tem um efeito protetor na saúde (Serra, 2007 cit in Ribeiro, 2010).

Vários estudos indicam que o apoio social influencia respostas neuroendócrinas, diminui a ansiedade e a tensão muscular; aumenta a autoestima; diminui a depressão, levando os doentes a avaliarem os fatores de stress de uma forma menos grave, o que irá aumentar a capacidade de gestão dos acontecimentos indutores de stress (Silva et al., 2003 cit in Ribeiro, 2010).

A disponibilidade de apoio social num indivíduo com doença crónica, como a diabetes, tem efeitos positivos no controle da doença e, pelo contrário, a sua ausência comprometerá a

gestão da mesma, podendo mesmo levar ao aparecimento de múltiplas complicações físicas, psicológicas e sociais (Correia, 2007 cit in Ribeiro, 2010).

Também para Marin (1995), o suporte social tem um papel importante na adaptação à doença, nomeadamente, no que se refere à doença crónica, na medida em que esta impõe elevadas exigências adaptativas. De uma forma específica, em situações de doença crónica, a disponibilidade de apoio social tende a aumentar a vontade de viver e a autoestima do doente, contribuindo grandemente para o sucesso do tratamento (Minkler, 1985 cit in Amorim, 2009).

Relativamente ao apoio social pode ser contínuo ou intermitente, no entanto, tem sempre por base três elementos: ajuda para mobilizar os seus recursos psicológicos e gerir a sua carga emocional; partilhar as suas tarefas; promover o acréscimo de dinheiro, instrumentos ou conhecimento com a finalidade de melhorar a forma de lidar com uma determinada situação. Isto vai proporcionar ao indivíduo apoio na mobilização dos seus recursos, permitindo-lhe a gestão dos seus problemas emocionais, partilhar atividades e possibilitar ajuda material (Caplan, 1974 cit in Amorim, 2009).

No que concerne à relação entre o suporte social e a doença crónica, Gallant (2003) refere que existe uma relação positiva e modesta entre o apoio social e a autogestão da doença crónica, especialmente para a diabetes; estudo este também concordante com outros já existentes (Belgrave & Lewis, 1994; Garay-Sevilla et al., 1995; Tilotson & Smith, 1996; Cheng & Boey, 2000; Dios et al., 2003 cit in Amorim, 2009).

Do mesmo modo, Zink (1996); Dios et al. (2003) e Silva et al. (2003), consideram que uma rede social e familiar adequadas e a experiência de se sentir valorizado e cuidado por outras pessoas parecem promover o bem-estar emocional, numa associação positiva entre apoio percebido, bem-estar positivo e bem-estar geral, evidenciando-se como aspetos importantes para uma eficaz adaptação à doença (Amorim, 2009).

No estudo realizado por Amorim (2009), a evidência sugere que a prestação de melhores cuidados a diabéticos tem um desempenho mais elevado se existir uma avaliação sistemática do bem-estar desses doentes e do provimento de suporte psicossocial adequado. O suporte social é considerado como uma variável moderadora da qualidade de vida e do controlo glicémico, essencialmente, a sua componente de apoio instrumental.

De igual forma, Holm, Anderson, Avlund e Jorgensen (2008), desenvolveram um estudo com diabéticos tipo 2 dinamarqueses, com o objetivo de analisar a associação entre as relações sociais e os comportamentos de saúde. As relações sociais foram avaliadas em termos de estado civil, contacto social e da rede funcional; os comportamentos de saúde que

consideraram foram a atividade física, dieta, álcool e tabaco. Estes autores concluíram que a variável estado civil (casados) e a rede funcional associam-se positivamente com a adesão às recomendações para a atividade física e a dieta (Ribeiro 2010).

O suporte social fomenta o bem-estar e a saúde do indivíduo (Seco et al., 2005). É considerado como um vetor que promove benefícios físicos e psicológicos para a saúde, dado que os doentes que o percebem e o experienciam, recuperam mais rapidamente da doença, reduzindo, a longo prazo, a mortalidade e servindo, de igual modo, como uma ferramenta de autonomia na gestão do processo saúde/doença na comunidade (Mendoza & Faro, 2009). O apoio social parece guardar relação com o *empowerment*, constituindo este, um processo no qual os indivíduos, grupos sociais e organizações conseguem ter um maior controlo sobre os seus próprios percursos. O *empowerment* implica a aquisição de novas competências, a capacitação para encontrar e fortalecer ligações e estruturas entre o doente e o seu sistema social (Pina, 2011).

Neste sentido, o suporte social será uma contribuição para o controlo da vida, beneficiando o estado de saúde das pessoas, sendo então, um elemento favorecedor do *empowerment* (Valla, 1999 cit in Amorim, 2009).

Contudo, as pessoas com doença crónica, como a Diabetes, são confrontadas, no seu dia-a-dia, com a tomada de decisão acerca da autogestão da sua doença, tornando-se necessária a educação para essa autogestão. Através de ações de apoio social são desenvolvidos mecanismos de aproximação dos doentes, atingindo objetivos comuns, contribuindo favoravelmente para o *empowerment*, no sentido do desenvolvimento e da descoberta de capacidades individuais, do aumento da autoestima e de um papel mais ativo no tratamento (Andrade & Vaintsman, 2002).

Assim, a intervenção com os diabéticos não se limita apenas à educação acerca do controlo de glicémia sanguínea ou da administração de insulina, mas é mais abrangente e deverá ter, em linha de conta, várias componentes no contexto da sua própria vida, desenvolvendo capacidades para realizar as suas escolhas (Hornsten et al., 2004 cit in Amorim, 2009).

Aqui se destaca o conceito de *empowerment*, como um processo de ação social, onde os indivíduos assumem o controlo das suas próprias vidas, interagindo com outras pessoas, gerando pensamento crítico em relação à realidade, fomentando a capacitação social e pessoal.

O *empowerment* pode ser estudado por variadas disciplinas, especialmente através da teoria crítica social, da teoria organizacional ou da teoria da psicologia social (Kuokkanen & Leino-Kilpi, 2000 cit in Simão, 2009).

De acordo com os mesmos autores, é na teoria da psicologia social que o empoderamento significa que o indivíduo ganha controlo sobre a sua própria vida. Em saúde, isto significa que o doente possui capacidade para assumir a sua própria saúde sendo um agente ativo com liberdade de escolha.

O processo de *empowerment* tem como finalidade aumentar a capacidade das pessoas, de forma individual ou coletiva; o que exige ter em consideração a influência dos fatores sociais e as características individuais aquando da análise da realidade (Bossé, 2003 cit in Simão 2009). O *empowerment* tem sempre a sua expressão num contexto e numa forma concreta, isto é, existe sempre a modificação de uma realidade, recorrendo a atores específicos e sob formas que são variáveis de acordo com os contextos.

O *empowerment* é um processo onde existe reconhecimento, construção e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio que os envolve, traduzindo-se num acréscimo de poder (psicológico, sociocultural, político e económico), permitindo aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania (Frederico, 2006 cit in Pereira et al., 2011).

Por outro lado, o *empowerment* explica a participação e o envolvimento das pessoas implicadas, além de que é um instrumento de aquisição de poder, à qual irá permitir uma influência pessoal ou coletiva sobre o meio, de forma consciente.

O *empowerment* do doente é apenas um processo que auxilia as pessoas a adquirirem controlo. Para que tal aconteça é necessário possuírem iniciativa, resolverem problemas e tomarem decisões (Kickbusch, 2012). O objetivo do processo de *empowerment* é de capacitar o ser humano para assumir o controlo da gestão da própria saúde/doença.

Em questões de saúde, o *empowerment* permite ao doente a adoção de uma postura mais participativa no tratamento, discutindo e questionando os técnicos de saúde, com a finalidade de adquirir informação suficiente para assumir a responsabilidade pela sua própria saúde (Amorim, 2009).

2. MATERIAL E MÉTODOS

Tendo por base o problema de investigação, foi desenvolvido o estudo que se caracteriza por ser descritivo e transversal, de natureza quantitativa. Pretende-se, desta forma, garantir a precisão dos resultados; o seu objetivo não consiste apenas na descrição e avaliação das relações entre as variáveis, pois pretende também analisar e explicar a relação existente entre estas. É transversal, pois os dados estudados processaram-se num período de tempo bem definido. Trata-se de uma investigação não-experimental, dado as variáveis em estudo não serem manipuladas.

O estudo intitulado “ As implicações do Apoio Social no *Empowerment* das Pessoas Portadoras de Diabetes” foi realizado na Região Centro, abrangendo os distritos de Aveiro, Viseu, Guarda, Coimbra, Leiria e Castelo Branco nas Unidades de Saúde de Cuidados de Saúde Primários.

A variável dependente em estudo designa-se de *empowerment*.

As variáveis independentes foram:

- Variáveis sociodemográficas (sexo, idade, zona de residência, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, profissão, rendimento mensal, situação financeira, religião, atividades de tempos livres);

- Variáveis clínicas (o tipo de diabetes, tempo do diagnóstico (em anos), a utilização de guia do diabético, o tratamento atual, complicações da diabetes, hemoglobina glicosilada (HbA1c); parâmetros antropométricos: peso, altura, índice de massa corporal (IMC), perímetro abdominal);

- O apoio social, variável independente nobre.

Relativamente às questões de investigação, formularam-se as seguintes:

1- Que variáveis sociodemográficas influenciam o *empowerment* das Pessoas Portadoras de Diabetes?

2 – Em que medida as variáveis clínicas se relacionam com o *empowerment* das Pessoas Portadoras de Diabetes?

3 – Será que o apoio social prediz o *empowerment* das Pessoas Portadoras de Diabetes?

Para orientar a resposta às questões de investigação delineámos os seguintes objetivos:

- Analisar a relação das variáveis sociodemográficas com o *empowerment* das Pessoas Portadoras de Diabetes;

- Identificar as variáveis clínicas com relação estatística significativa com o *empowerment* das Pessoas Portadoras de Diabetes;

- Avaliar o apoio social das Pessoas Portadoras de Diabetes;
- Avaliar o *empowerment* das Pessoas Portadoras de Diabetes.
- Determinar se o apoio social prediz o *empowerment* das Pessoas Portadoras de Diabetes;

A hipótese é algo que explica ou prediz de forma clara os resultados esperados de um estudo, combinando o problema e o objetivo (Fortin, 1999 cit in Cunha et al., 2007).

De acordo com o tema em estudo, os objetivos traçados e a revisão teórica, formulámos as seguintes hipóteses:

H1 – As variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, zona de residência, habilitações literárias) relacionam-se de forma significativa com o *empowerment* das Pessoas Portadoras de Diabetes.

H2 – As variáveis clínicas (número de anos de diagnóstico da diabetes, o IMC, o perímetro abdominal e a hemoglobina glicosilada) guardam relação significativa com o *empowerment* das Pessoas Portadoras de Diabetes.

H3 – O apoio social prediz o *empowerment* das Pessoas Portadoras de Diabetes.

2.1.AMOSTRA/PARTICIPANTES

A amostra foi constituída de forma não probabilística e por conveniência, dado ser constituída por pessoas portadoras de diabetes que estiveram presentes nas Consultas de Diabetes em Unidades de Saúde da Região Centro.

Os critérios de inclusão dos participantes para constituição da amostra foram: ser portador de diabetes com idade superior a 18 anos; com o diagnóstico de diabetes há mais de 1 ano; mostrar disponibilidade para participar no estudo.

Como critérios de exclusão considerámos a presença de gravidez e portadores de deficiência mental em fase aguda ou demência.

2.2.INSTRUMENTOS

Para a concretização dos objetivos deste estudo recorreremos a um instrumento de colheita de dados constituído por:

- **Um Questionário sociodemográfico e clínico**, especificamente realizado para este estudo;
- **A Escala de *Empowerment* na Diabetes**, “The Diabetes Empowerment Scale (DES)”, Anderson, Funnel, Fitzgerald & Marrero – DiabetesResearch and Training Center

Universidade de Michigan, 2000; versão traduzida e adaptada para português por Coimbra e Cunha (2011). Trata-se de um questionário com 28 questões, avaliadas numa escala tipo Likert (discordo bastante (1), discordo de certa forma (2), tenho uma opinião neutra (3), concordo de certa forma(4), concordo bastante(5). Esta é constituída por três subescalas, (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos itens por cada dimensão da DES (Anderson, Funnell, Fitzgerald & Marrero 2000)

Dimensões	Itens
Gestão dos aspetos psicossociais da diabetes	18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 (9 itens)
Insatisfação/prontidão para mudança	1, 2, 3, 4, 15, 16, 17, 19, 28 (9 itens)
Estabelecer e alcançar metas da diabetes	5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 (10 itens)

A *Diabetes Empowerment Scale* demonstra boa confiabilidade, com um alfa de Cronbach de 0,96, (cf. Tabela 2). (Anderson, Funnell, Fitzgerald & Marrero 2000).

Neste estudo revela um alfa de Cronbach ligeiramente inferior ao dos autores da escala, no entanto, mantém boa consistência interna ($\alpha = 0,93$). Calculámos o índice de fiabilidade pelo método das metades e verificámos que o valor é igualmente bom para ambas as partes, no entanto, um pouco inferior relativamente ao valor global da escala (1ª parte = 0,87; 2ª parte = 0,89), (cf. Anexo 1).

Tabela 2 – Estatísticas das dimensões da Escala do Empowerment na Diabetes e estudo comparativo com o estudo de Anderson; Funnell; Fitzgerald & Marrero (2000)

	Estudo Atual			DES original		
	M	Dp	α de Cronbach	M	Dp	α de Cronbach
Gestão dos aspetos psicossociais da diabetes	3,80	0,80	0,88	3,91	0,70	0,93
Insatisfação/prontidão para a mudança	3,85	0,61	0,77	3,96	0,53	0,81
Estabelecer e alcançar metas da diabetes	3,75	0,72	0,87	3,96	0,62	0,91
Valor global da DES	3,80	0,64	0,93	s.d.	s.d.	0,96

Realizámos o estudo de cada dimensão do *empowerment* para determinar quais os itens onde as pessoas portadoras de diabetes melhor pontuam. Como tal, procedemos à determinação de médias aritméticas de cada uma das dimensões, isto é, efetuámos o somatório de cada dimensão e dividimo-lo pelo número de itens que a constituem.

A dimensão em que os participantes deste estudo melhor pontuam é a insatisfação e prontidão para mudança na diabetes (M=3,85; Dp=0,61). A capacidade para estabelecer metas da diabetes é a dimensão onde os participantes menos pontuam (M=3,75; Dp=0,72), (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Estatísticas relativas à variável dependente “Empowerment”

Estatísticas	n	Min	Max	M	Dp	K/erro	Sk/erro	CV(%)	Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors		
									KS	p	
Dimensões											
Gestão dos aspetos psicossociais da diabetes	150	1,11	5,00	3,80	0,80	0,45	-3,12	21,05	0,082	0,015*	
Insatisfação/prontidão para mudança	150	2,33	5,00	3,85	0,61	-1,10	-2,16	15,84	0,095	0,002**	
Estabelecer e alcançar metas da diabetes	150	1,70	5,00	3,75	0,72	-1,13	-1,52	19,20	0,088	0,006**	
Valor Global da DES	150	1,75	4,93	3,80	0,64	-0,26	-2,01	16,84	0,083	0,014*	

• **Escala de avaliação do Apoio Social**, já utilizada em investigações descritas na bibliografia nacional no âmbito da Psicologia da Saúde e da Enfermagem, Matos & Ferreira (1999). Esta escala tem sido aplicada quer em doentes com patologias orgânicas, como é o caso de asmáticos, diabéticos, entre outros, quer em pessoas saudáveis, revelando possuir uma boa validade, mostrando também que as suas dimensões são discriminativas em relação a diversas variáveis (Matos & Ferreira, 2000).

Esta escala avalia a disponibilidade do apoio informativo, apoio emocional e apoio instrumental, constituída por um questionário de autorresposta, o que permite avaliar o apoio social, de acordo com a perspetiva do próprio indivíduo. É composta por um conjunto de dezasseis questões, avaliadas numa escala tipo Likert (1 a 5 pontos), correspondendo o último valor a níveis mais elevados de apoio social, com exceção dos itens 2; 5; 12; 13; 14 e 16 que apresentam cotação inversa, em consequência da forma como estão formuladas,(cf. Tabela 4).

Os fatores/dimensões encontrados nesta escala traduzem:

- Fator 1 – Apoio informativo, o conselho e a informação que facilitam o esforço para a resolução de problemas;

- Fator 2 – Apoio emocional, os sentimentos de apoio e segurança que cada indivíduo recebe;

- Fator 3 – Apoio instrumental, apoio recebido que conduz à resolução de problemas concretos (Matos & Ferreira, 2000).

Tabela 4 – Distribuição dos itens por cada fator da Escala do Apoio Social (Matos & Ferreira, 2000)

Subescalas	Itens
Apoio Informativo	1; 6; 7; 8; 9, 10 (6 itens)
Apoio Emocional	2*; 3; 4; 5*, 11 (5 itens)
Apoio Instrumental	12*; 13*; 14*; 15, 16* (5 itens)

*Itens com cotação inversa

Estudámos cada uma das dimensões do “Apoio Social” para compreender onde as pessoas portadoras de diabetes percecionam maior apoio social.

Os utentes da nossa amostra revelam percecionam melhor o apoio informativo, com valor médio de 23,00 (Dp=5,06). O apoio instrumental é onde os utentes da nossa amostra obtiveram um valor mais reduzido, com um valor médio de 18,50 (Dp=4,62), (cf. Tabela 5).

No que se refere à dimensão “apoio emocional”, observamos resultados compreendidos entre 5 e 25, com um valor médio de 19,34 (Dp=3,34), (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Estatísticas relativas às dimensões do apoio social

Dimensões	Estatísticas								
	n	Min.	Máx.	M	Dp	K/erro	SK/erro	CV(%)	
Apoio Informativo	150	6	30	23,00	5,06	4,21	-5,11	22,00	
Apoio emocional	150	5	25	19,34	4,34	2,16	-4,62	22,44	
Apoio Instrumental	150	5	25	18,50	4,62	1,11	-3,94	24,97	
Valor global	150	16	80	60,84	12,26	6,03	-6,36	20,15	

2.3.PROCEDIMENTOS

Os participantes foram informados dos objetivos do estudo, tendo sido obtido o consentimento informado dos utentes que fizeram parte da amostra, salientando a garantia de anonimato e confidencialidade, (cf. Anexo 2). Posteriormente procedeu-se à aplicação do instrumento de colheita de dados, (cf. Anexo 2).

Perspetivou-se a existência de pessoas analfabetas de entre os participantes, pelo que o preenchimento do instrumento de colheita de dados desses utentes foi preenchido pelos investigadores.

Foi pedida a autorização para se realizar a colheita de dados nas Unidades de Saúde de Cuidados de Saúde Primários da Região Centro, tendo sido deferido favoravelmente, (cf. Anexo 3).

Foi pedido parecer da Comissão de Ética para a realização deste estudo, obtendo parecer favorável, (cf. Anexo 4).

Foi solicitada a autorização aos autores das escalas originais, via email (cf. Anexo 5 e Anexo 6).

A aplicação do instrumento de colheita de dados decorreu nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2012.

Os dados sobre o peso, a altura, o índice de massa corporal, a hemoglobina glicosilada, a pressão arterial e o perímetro abdominal foram recolhidos no guia do diabético de cada

doente, ou no sistema de informação SAPE Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).

2.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para procedermos à descrição e análise inferencial dos dados, recorreremos ao programa Statistical Package Social Science (SPSS), versão 21, usando a estatística descritiva e analítica. Relativamente à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central ou de localização (Média (M); Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de variação¹ (CV), medidas de simetria² e achatamento³, tendo por base as características das variáveis em estudo. No que concerne à estatística inferencial, recorreremos à estatística paramétrica⁴, (teste de Qui Quadrado e regressão linear simples e múltipla).

Optámos por testar as nossas hipóteses através de testes não paramétricos (U Mann Whitney (UMW), Kruskal-Wallis (KW) e correlação de Spearman), uma vez que não existe uma distribuição normal da variável dependente (teste de Kolmogorov-Smirnov $p < 0,05$, apresentando uma distribuição mesocúrtica, $(k/erro = - 0,26)$, com assimetria negativa, ou seja, ligeiramente enviesada à direita $(SK/erro = - 2,01)$, (cf. Tabela 3).

As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), o qual nos permite considerar com uma “certeza” de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de relação entre as variáveis. Em face dos critérios de decisão para os testes de hipóteses aceita-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeita-se se superior a esse valor. Na análise estatística tivemos por base os seguintes valores estatísticos:

- $p \geq 0,05$ - diferença estatística não significativa
- $p < 0,05^*$ - diferença estatística significativa
- $p < 0,01^{**}$ - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0,001^{***}$ - diferença estatística altamente significativa

¹ O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis, devendo os resultados serem interpretados do seguinte modo: 0%-15% dispersão baixa; 16%-30% dispersão moderada e >30% dispersão alta (Pestana & Gageiro, 2008)

² Quando $[Skewness/stdError] < 1,96$, a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo, sendo curva simétrica. Por sua vez, quando $[Skewness/stdError] > 1,96$ estamos perante uma curva assimétrica (Pestana & Gageiro, 2008).

³ Uma distribuição pode ser: Mesocúrtica quando $[kurtosis/stdError] < 1,96$; Platicúrtica quando $[kurtosis/stdError] < - 1,96$ ou Leptocúrtica quando $[kurtosis/stdError] > 1,96$, (Pestana & Gageiro, 2008)

⁴ A estatística paramétrica exige a existência de duas condições, em simultâneo: as variáveis serem de natureza quantitativa e possuírem distribuição normal e as variâncias populacionais serem homogêneas, quando se procede à comparação entre duas ou mais amostras (Maroco, 2007).

3. RESULTADOS

Neste item pretendemos dar a conhecer não apenas os dados obtidos, pelas pessoas portadoras de diabetes que participaram no nosso estudo, nas variáveis dependente e independentes, mas também analisámos de que forma estas variáveis se associam entre si, nunca esquecendo os objetivos que direcionam a investigação.

Optámos por subdividir a análise descritiva dos resultados nos seguintes pontos:

- Caracterização sociodemográfica das Pessoas Portadoras de Diabetes;
- Caracterização do perfil clínico das Pessoas Portadoras de Diabetes;
- Empowerment em Pessoas Portadoras de Diabetes;
- Apoio social percebido pelas Pessoas Portadoras de Diabetes;
- Implicações do apoio social no *empowerment* das Pessoas Portadoras de Diabetes.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES

A análise das características sociodemográficas evidencia que 50,0% da amostra é do sexo feminino e 50,0% do sexo masculino, residem, predominantemente, no meio rural (56,0%), encontrando-se casados ou a viver em união de facto (72,7%) e possuindo um baixo nível de escolaridade, isto é, a maioria possui o 1º ciclo do ensino básico (64,7%). Verifica-se que apenas 2,70% das mulheres possuem o ensino superior e é também neste grupo que se observa uma maior taxa de analfabetismo (17,3% vs 9,3%). Os valores entre homens e mulheres são idênticos nas variáveis “zona de residência” e “habilitações literárias”, não se diferenciando. No entanto, verifica-se que os valores entre homens e mulheres na variável “estado civil” se diferenciam estatisticamente (o valor residual ajustado é 2,0), (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Caracterização sociodemográfica das pessoas portadoras de diabetes

Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais ⁵	
	n (75)	% (50,0)	n (75)	% (50,0)	n (150)	% (100,0%)	Fem	Masc
Zona de Residência								
Rural	39	52,0	45	60,0	84	56,0	-1,0	1,0
Urbano	36	48,0	30	40,0	66	44,0	1,0	-1,0
Estado Civil								
Casado/união de facto	49	65,3	60	80,0	109	72,7	-2,0	2,0
Solteiro/viúvo/divorciado	26	34,7	15	20,0	41	27,3	2,0	-2,0
Habilitações literárias								
Sem escolaridade	13	17,3	7	9,3	20	13,3	1,4	-1,4
1ºCiclo do ensino básico	49	65,3	48	64,0	97	64,7	0,2	-0,2
2ºCiclo do ensino básico	10	13,3	16	21,3	26	17,3	-1,3	1,3
Do 3ºCiclo ao Secundário	1	1,3	4	5,3	5	3,3	<i>Não</i>	<i>aplicado⁶</i>
Ensino Superior	2	2,7	0	0,0	2	1,3	<i>Não</i>	<i>aplicado</i>

As estatísticas relativas à idade revelam que os utentes que participaram neste estudo apresentam uma variação entre os 28 e os 90 anos, com uma idade média de 66,85 anos (Dp = 9,72). As idades do sexo masculino oscilam entre os 47 e os 87 anos e no sexo feminino entre os 28 e os 90 anos; sendo as médias respetivamente de 67,28 anos e 66,41 anos. Os coeficientes de variação apresentam dispersão baixa nos homens e dispersão moderada nas mulheres.

O teste de U Mann Whitney revelou que as diferenças nas idades de homens e mulheres não são significativas (U = 2681,00; p = 0,621), (cf. Tabela 7).

Tabela 7 – Estatísticas relativas à idade das pessoas portadoras de diabetes

Sexo/Idade	n	Min	Max	M	Dp	K/erro	Sk/erro	CV(%)	U Mann Whitney
Feminino	75	28	90	66.41	10.79	2.65	-2.10	16,24	U=2681,0
Masculino	75	47	87	67.28	8.57	0.04	-0.68	12,73	Z=-0,495 P=0,621
Total	150	28	90	66.85	9.72	3.12	-2.44	14,54	

⁵ O teste Qui-Quadrado de Pearson pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequências esperadas inferiores a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Em tabelas de 2x2 alguns investigadores consideram ser ainda necessário não existir nenhuma célula com frequência esperada inferior a 5. Se os pressupostos do teste do Qui-Quadrado não forem garantidos o nível de significância pode ser enganador (Pestana & Gageiro, 2008, pp. 131-133).

⁶ O valor do residual ajustado necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como da coluna, quando tal não acontece não é possível aplicar o valor residual ajustado. Quando os resíduos se situam entre - 1,96 e 1,96 o comportamento dessa célula é semelhante ao esperado, à media, e não há nada de novo a revelar. Quando o valor do residual é acima de 1,96 ou inferior a -1,96 existe um comportamento significativo face ao esperado (Pestana & Gageiro, 2008). (Maroco, 2007)

Relativamente à fonte de rendimento, observa-se que para 74,7% da amostra a fonte de rendimento provem da Reforma/ Pensão; 21,3% do trabalho e 4,0% usufrui de subsídios. Observamos que não existe diferença significativa entre homens e mulheres, (cf. Tabela 8).

A maioria dos participantes neste estudo exerceu/exerce o seu trabalho por conta de outrem (71,3%), 14,7% trabalhou/trabalha por conta própria e 14,0% esteve/está inativo/não trabalha. No estudo comparativo entre os sexos, observamos em ambos os sexos uma maior percentagem cujo trabalho foi por conta de outrem (64,0% mulheres e 78,7% homens), existindo diferença significativa neste item ($res = 3,5$).

Verificamos uma maior percentagem de mulheres inativas/não trabalham (24,0% vs 4,0%) verificando-se diferenças significativas neste item (o valor residual ajustado é 3,5), e nos homens o grupo mais representado é dos que desenvolveram/desenvolvem um trabalho por conta própria (17,3% vs 12,0%), não existindo, no entanto, diferenças significativas (o valor residual ajustado é 0,9), (cf. Tabela 8).

A maioria da amostra considera que tem algumas dificuldades ao nível da sua situação financeira (48,7%), 36,0% manifestam que têm o suficiente, 8,0% consideram que se encontram numa situação muito problemática e apenas 7,3% referem viver numa situação financeira confortável. No estudo comparativo entre homens e mulheres observamos uma maior percentagem nos homens que referem ter o suficiente (45,3% vs 26,7%), verificando-se uma diferença significativa neste item ($res = 2,4$). Nas mulheres observamos que o grupo “tenho algumas dificuldades” é o mais representado (54,7%), não se evidenciando diferenças significativas neste item (valores residuais ajustados – 1,5), (cf. Tabela 8).

No que diz respeito à coabitação das pessoas portadoras de diabetes, observamos que a maioria vive acompanhada (82,0%) e 18,0% vive sozinho. No estudo comparativo entre sexos constatamos que tanto as mulheres como os homens vivem acompanhados, na sua maioria (81,3% vs 82,7%), não se diferenciando ($res = 0,2$), (cf. Tabela 8).

A maioria das pessoas portadoras de diabetes vivem numa moradia/casa (72,0%), 23,3% vivem num apartamento e 4,7% estão institucionalizadas num lar para idosos. Observamos que existe um maior número de mulheres institucionalizadas num lar para idosos face aos homens (8,0% vs 1,3%), revelando o valor residual ajustado que esta diferença não é significativa ($res = 1,9$), (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Caracterização profissional, coabitação e tipo de habitação das pessoas portadoras de diabetes

Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais ⁷	
	n (75)	% (50,0)	n (75)	% (50,0)	n (150)	% (100,0%)	Fem	Masc
Fonte de Rendimento								
Trabalho	19	25,3	13	17,3	32	21,3	1,2	-1,2
Reforma/Pensão	53	70,7	59	78,7	112	74,7	-1,1	1,1
Subsídios	3	4,0	3	4,0	6	4,0	<i>Não</i>	<i>aplicado</i>
Profissão								
Grandes indust. e, comerciantes	1	1,3	2	2,7	3	2,0	<i>Não</i>	<i>aplicado</i>
Médios industr. e comerciantes	3	4,0	7	9,3	10	6,7	-1,3	1,3
Pequenos indust. e op. qualificados	6	8,0	26	34,7	32	21,3	-4,0	4,0
Peq. Agricult. e oper. semi-qualif.	35	46,7	30	40,0	65	43,3	0,8	-0,8
Mão-de-obra indiferenciada	30	40,0	10	13,3	40	26,7	3,7	-3,7
Como exerceu/exerce a profissão								
Trabalhador por conta própria	9	12,0	13	17,3	22	14,7	-0,9	0,9
Trabalhador por conta de outrem	48	64,0	59	78,7	107	71,3	-2,0	2,0
Inativo/Não trabalha	18	24,0	3	4,0	21	14,0	3,5	-3,5
Como considera a situação financeira								
Muito problemática	8	10,7	4	5,3	12	8,0	1,2	-1,2
Tenho o suficiente	20	26,7	34	45,3	54	36,0	-2,4	2,4
Tenho muitas dificuldades	41	54,7	32	42,7	73	48,7	1,5	-1,5
Confortável	6	8,0	5	6,7	11	7,3	3	-3
Coabitação								
Sozinho	14	18,7	13	17,3	27	18,0	0,2	-0,2
Acompanhado	61	81,3	62	82,7	123	82,0	-0,2	0,2
Tipo de habitação								
Morada/Casa	50	66,7	58	77,3	108	72,0	-1,5	1,5
Apartamento	19	25,3	16	21,3	36	23,3	0,6	-0,6
Lar	6	8,0	1	1,3	7	4,7	1,9	-1,9

A religião católica é a mais praticada (92,0%), dominando em ambos os sexos (97,3% mulheres e 86,7% homens. No estudo comparativo entre homens e mulheres, verificamos que existe um maior número de homens que referem não possuir qualquer tipo de religião (5,3% vs 0,7%), revelando o valor residual ajustado que esta diferença é significativa (res = 2,4).

Constatamos que a agricultura é a atividade que a maioria dos inquiridos desenvolve nos tempos livres (42,0%), 36,7% pratica atividades de desporto, cultura e lazer e 21,3% ocupa os seus tempos livres dando apoio familiar e apoio social. Existindo uma maior percentagem de homens que desenvolve a agricultura como atividade de tempos livres (53,3% vs 30,7%), constatamos que os valores residuais ajustados revelam que esta diferença é significativa (res=2,8). Por sua vez, no sexo feminino, observamos que 44,0% e 25,3% desenvolvem, atividades de desporto, cultura e lazer e dão apoio a familiares e a nível social, respetivamente; valores superiores face as homens que também desenvolvem atividades de desporto, cultura e lazer (29,3%) e que dão apoio familiar/social (17,3%), não revelando os

⁷ O teste Qui-Quadrado de Pearson pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequências esperadas inferiores a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Em tabelas de 2x2 alguns investigadores consideram ser ainda necessário não existir nenhuma célula com frequência esperada inferior a 5. Se os pressupostos do teste do Qui-Quadrado não forem garantidos o nível de significância pode ser enganador, (Pestana & Gageiro, 2008, pp. 131-133).

valores residuais ajustados diferenças significativas (res = 1,9 e 1,2 respetivamente), (cf. Tabela 9).

Tabela 9 – Caracterização religiosa e atividades de tempos livres das pessoas portadoras de diabetes

Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	n (75)	% (50,0)	n (75)	% (50,0)	n (150)	% (100,0%)	Fem	Masc
Variáveis								
Religião								
Católica	73	97,3	65	86,7	138	92,0	2,4	-2,4
Protestante	1	1,3	2	2,7	3	2,0	<i>Não</i>	<i>aplicado</i>
Sem religião	1	0,7	8	5,3	9	6,0	-2,4	2,4
Atividades de tempos livres								
Desporto/Cultura/Lazer	33	44,0	22	29,3	55	36,7	1,9	-1,9
Agricultura	23	30,7	40	53,3	63	42,0	-2,8	2,8
Apoio Familiar/Apoio Social	19	25,3	13	17,3	32	21,3	1,2	-1,2

O rendimento mensal das pessoas portadoras de diabetes oscilou entre um mínimo zero euros e um máximo de 1400 euros, com um valor médio de 470,07 euros (Dp = 222,38), observamos que os homens auferem um rendimento mensal médio de 537,56 euros Dp = 248,51 e as mulheres possuem um rendimento mensal médio de 402,59 euros (Dp = 169,08). Os coeficientes de variação apresentam uma dispersão elevada em ambos os sexos. O teste de U Mann Whitney revelou que as diferenças no rendimento mensal de homens e mulheres são bastante significativas, (U = 1909,0; p = 0,001), logo entendemos que o rendimento mensal dos homens é superior ao das mulheres, (cf. Tabela 10).

O número de horas efetivas de trabalho dos inquiridos variou entre um mínimo de 8 horas e um máximo de 96 horas semanais, com um valor médio de 41,14 horas/semana (Dp = 9,17). Verificamos que os coeficientes de variação apresentam uma dispersão moderada em ambos os sexos ($15\% \leq CV \leq 30\%$). O teste de U Mann Whitney revelou que as diferenças nas horas de trabalho semanais de homens e mulheres não são significativas (U = 2336,50; p = 0,230), (cf. Tabela 10).

Tabela 10 – Estatísticas relativas ao rendimento mensal (em euros) e o número de horas de trabalho (em horas/semana)

Variáveis	Estatísticas								U Man Whitney
	n	Min.	Máx.	Média	Dp	K/erro	SK/erro	CV(%)	
Rendimento mensal									
Feminino	75	0	900	402,59	169,08	2,00	2,04	41,99	U=1909,0
Masculino	75	100	1400	537,56	248,51	1,972	3,33	46,22	Z=-3,397
Total	150	0	1400	470,07	222,38	4,840	5,36	47,30	P=0,001
Horas de trabalho semanais									
Feminino	70	8	96	40,10	10,03	25,95	6,64	25,03	U=2336,50
Masculino	75	30	96	42,2	8,23	47,68	16,12	19,53	Z=-1,201
Total	145	8	96	41,14	9,17	45,66	13,69	22,28	P=0,230

Síntese do perfil sociodemográfico das pessoas portadoras de diabetes

A amostra é constituída por 150 utentes, sendo igualmente representada face ao sexo (50,0%), 72,7% são casados ou encontram-se a viver em união de facto. Residem, predominantemente, no meio rural (56,0%) e possuem um baixo nível de escolaridade, cerca de 64,7% possuem apenas o 1º ciclo do ensino básico e cerca de 13,3% são analfabetos.

A idade oscilou entre os 28 e os 90 anos, com uma média de idades de 66,85% (Dp= 9,72).

A fonte de rendimento provém, maioritariamente, da reforma/pensão (74,7%) e a maioria exerceu/exerce a sua atividade profissional por conta de outrem (71,3%), relatando, a maioria dos participantes ter algumas dificuldades financeiras (48,7%) e apenas 7,3% considera viver financeiramente de modo confortável.

Quanto à coabitação, a maioria dos participantes vivem acompanhados (82,0%) e apenas 4,7% dos utentes se encontram institucionalizados num lar para idosos.

A religião católica é a mais praticada (92,0%) e a agricultura é a atividade de tempos livres mais desenvolvida (42,0%), seguindo-se as atividades de desporto, cultura e lazer (36,7%).

3.2. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO DAS PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES

Através do estudo das variáveis clínicas dos participantes constatou-se que, em média, foram diagnosticados como diabéticos há cerca de 11,56 anos (Dp = 10,62), observando-se elevada dispersão em ambos os sexos (CV > 30%), mas sem diferenças significativas (U = 2569,5; p = 0,360), (cf. Tabela 11).

Tabela 11 – Estatísticas relativas ao tempo de diagnóstico da diabetes (em anos)

Variáveis	Estatísticas								U Man
	n	Min.	Máx.	M	Dp	K/erro	SK/erro	CV(%)	Whitney
Tempo de diagnóstico (anos)									
Feminino	75	1	56	12,63	11,68	5,10	5,80	92,47	U=2569,5
Masculino	75	1	40	10,49	9,40	3,68	5,44	89,60	Z=-0,915
Total	150	1	56	11,56	10,62	7,26	8,20	91,86	P=0,360

A maioria dos inquiridos possui diabetes tipo 2 (88,0%) e tem antecedentes familiares de diabetes (52,7%), sendo o grupo dos ascendentes/descendentes o mais representado (69,6%), (cf. Tabela 12).

A maior parte dos participantes utiliza um registo identificativo de diabético (58,0%), existindo diferenças significativas quando comparamos os homens com as mulheres ($res = 2,2$), nos homens prevalece a não utilização de qualquer tipo de registo (50,7%) enquanto nas mulheres domina a utilização de um registo de diabético (66,7%). Dos inquiridos que usam algo que os identifica como diabéticos, a maioria menciona ser o guia do diabético (71,3%), não existindo diferenciação entre sexos, ($res = 0,3$), (cf. Tabela 12).

Constatamos que 72,7% da amostra utiliza o guia do diabético aquando da Consulta de Diabetes. Dos que não levam este instrumento para a referida consulta, quando questionados que justificações têm para esse facto, a maioria, aponta como razão o facto de não o possuir (82,9%) e 17,1% mencionam ser por esquecimento ou por não ter utilidade na consulta. Observamos que os homens que não possuem guia do diabético encontram-se em maior percentagem do que as mulheres (95,5% vs 68,4%), existindo diferença estatística neste item ($res = 2,3$), (cf. Tabela 12).

Tabela 12 – Caracterização clínica das pessoas portadoras de diabetes

Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Fem	Masc
Variáveis	(75)	(50,0)	(75)	(50,0)	(150)	(100,0%)		
Tipo de diabetes								
Tipo 1	6	8,0	9	12,0	15	10,0	-0,8	0,8
Tipo 2	67	89,3	65	86,7	132	88,0	0,5	-0,5
Outra	2	2,7	1	1,3	3	2,0	<i>Não</i>	<i>aplicado</i>
Tem familiares com diabetes								
Não	34	45,3	37	49,3	71	47,3	-0,5	0,5
Sim	41	54,7	38	50,7	79	52,7	0,5	-0,5
Quem são os familiares								
Ascendentes/descendentes	30	73,2	25	65,8	55	69,6	0,7	-0,7
Cônjuge/irmãos	11	26,8	13	34,2	24	30,4	-0,7	0,7
Utiliza registo identificativo de diabético								
Não	25	33,3	38	50,7	63	42,0	-2,2	2,2
Sim	50	66,7	37	49,3	87	58,0	2,2	-2,2
Qual o tipo de registo utilizado								
Guia do diabético	35	70,0	27	73,0	62	71,3	-0,3	0,3
Livro de registo de glicémias	9	18,0	5	13,5	14	16,1	0,6	-0,6
Cartão de diabético/pulseira	6	12,0	5	5,7	11	12,6	-0,2	0,2
Utiliza o guia do diabético								
Sim	56	74,7	53	70,7	109	72,7	0,5	-0,5
Não	19	25,3	22	29,3	41	27,3	-0,5	0,5
Porque não utiliza o Guia do diabético								
Não possui	13	68,4	21	95,5	34	82,9	-2,3	2,3
Esquecimento/sem utilidade	6	31,6	1	4,5	7	17,1	<i>Não</i>	<i>aplicado</i>

Constatamos que a totalidade da amostra efetua a vigilância da diabetes, sendo a maioria realizada nas instituições de cuidados de saúde primários (94,7%) e apenas 5,3% se realiza em instituições de cuidados diferenciados, não diferindo entre sexos ($res = 0,7$). A maioria

dos inquiridos aponta o médico de família como o profissional que promove a vigilância da diabetes (92,7%), (cf. Tabela 13).

Na continuidade da caracterização da vigilância das pessoas portadoras de diabetes, constatamos que 90,7% realizam a pesquisada glicémia capilar, 83,3% a pesquisa de glicémia capilar, comparativamente às mulheres (89,3% vs 77,3%), sendo as diferenças significativas ($p = 2,0$), (cf. Tabela 13).

De acordo com a análise realizada, denotamos que a maioria dos participantes considera ter a diabetes controlada (84,7%) e 15,3% consideram-na descontrolada. Daqueles que responderam negativamente, indicam a dificuldade em cumprir o regime alimentar adequado como a principal justificação deste facto (72,7%), (cf. Tabela 13)

No último ano, 90,0% dos participantes não esteve internado por causa da diabetes e apenas 11,3% recorreu ao serviço de urgência por essa razão, (cf. Tabela 13).

Os maiores bloqueios sentidos pelos utentes nas várias áreas de tratamento da diabetes relacionam-se com o exercício físico (44,0%), a alimentação (42,7%), sendo a área da medicação/insulina a que menos é referida, (2,0%). Indiciando como razão desses bloqueios, a dificuldade em cumprir um regime alimentar adequado (30,7%), a presença de problemas de saúde (26,7%), a ausência de motivação/companhia (25,3%), (cf. Tabela 13).

Relativamente às sugestões apresentadas para melhorar o atendimento, 59,8% da amostra não manifesta qualquer tipo de sugestão, 32,9% referem a implementação do horário da consulta mais preciso, e apenas 7,3% sugerem a implementação do “enfermeiro de família”. No estudo comparativo entre homens e mulheres, denotamos que não se diferenciam, (cf. Tabela 13).

Tabela 13 – Caracterização da vigilância da diabetes

Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	n (75)	% (50,0)	n (75)	% (50,0)	n (150)	% (100,0%)	Fem	Masc
Faz vigilância								
Sim	75	100,0	75	100,0	150	100,0		
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	<i>Não aplicado</i>	
Onde faz essa vigilância								
Cuidados de saúde primários	70	93,3	72	96,0	142	94,7	-0,7	0,7
Cuidados de saúde diferenciados	5	6,7	3	4,0	8	5,3	0,7	-0,7
Quem são os profissionais								
Médico de Família	68	90,7	71	94,7	139	92,7	-0,9	0,9
Outros profissionais	7	9,3	4	5,3	11	7,3	0,9	-0,9
Faz pesquisa de glicemia								
Sim	69	92,0	67	89,3	136	90,7	0,6	-0,6
Não	6	8,0	8	10,7	14	9,3	-0,6	0,6
Faz autovigilância sem ajuda								
Sim	58	77,3	67	89,3	125	83,3	-2,0	2,0
Não	11	22,7	8	10,7	25	16,7	2,0	-2,0
Diabetes controlada								
Sim	62	82,7	65	86,7	127	84,7	-0,7	0,7
Não	13	17,3	10	13,3	23	15,3	0,7	-0,7
Justificação de não estar controlada								
Incumprimento regime alimentar	10	76,9	6	66,7	16	72,7	0,5	-0,5
Ausência motivação/tempo	3	23,1	3	33,3	6	27,3	<i>Não aplicado</i>	
Internamento no último ano								
Sim	7	9,3	8	10,7	15	10,0	-0,3	0,3
Não	68	90,7	67	89,3	135	90,0	0,3	-0,3
Recurso à urgência no último ano								
Sim	10	13,3	7	9,3	17	11,3	0,8	-0,8
Não	65	86,7	68	90,7	133	88,7	-0,8	0,8
Áreas de tratamento com dificuldade								
Alimentação	30	40,0	34	45,3	64	42,7	-0,7	0,7
Exercício Físico	31	41,3	35	46,7	66	44,0	-0,7	0,7
Medicação/Insulina	2	2,7	1	1,3	3	2,0	<i>Não aplicado</i>	
Autovigilância	6	8,0	1	1,3	7	4,7	<i>Não aplicado</i>	
Cuidar dos pés	6	8,0	3	4,0	9	6,0	1,0	-1,0
Nenhuma	0	0,0	1	0,7	1	0,7	<i>Não aplicado</i>	
Razão da dificuldade								
Problemas de saúde	23	30,7	17	22,7	40	26,7	1,1	-1,1
Dificuldade cumprir regime alimentar	22	29,3	24	32,0	46	30,7	-0,4	0,4
Ausência motivação/companhia	17	22,7	21	28,0	38	25,3	-0,8	0,8
Horário inflexível	7	9,3	6	8,0	13	8,7	0,3	-0,3
Nenhuma	6	8,0	7	9,3	13	8,7	-0,3	0,3
Sugestões p/ melhorar o atendimento								
Marcação do horário de consultas	15	33,3	12	32,4	27	32,9	0,1	-0,1
Enfermeiro de família	2	4,4	4	10,8	6	7,3	<i>Não aplicado</i>	
Nenhuma sugestão	28	62,2	21	56,8	49	59,8	0,5	-0,5

Constatamos que a maioria dos participantes toma medicamentos antihipertensores (82,0%), assim como antidislipídicos (63,3%). Não existindo diferença significativa entre os sexos nestes itens (valor residual ajustado: 0,2 e 0,8, respetivamente), (cf. Tabela 14).

Os antidiabéticos orais são o tipo de tratamento da diabetes mais utilizado pelos participantes no estudo (82,7%), 16,7% tomam insulina e apenas 0,7% dos utentes controlam a diabetes com a alimentação/exercício físico. Neste item não se verificam diferenças significativas, (cf. Tabela 14)

A maioria dos inquiridos refere que o gasto mensal com medicamentos para a diabetes oscila entre os 40 e os 79 euros (62,6%), 23,8% afirmou que varia entre os 80 e os 119 euros, 8,8% aponta para gastos mensais inferiores a 40 euros e apenas 4,8% referem gastar mensalmente um valor igual ou superior a 120 euros, (cf. Tabela 14).

Tabela 14 – Caracterização das pessoas portadoras de diabetes face à medicação instituída e o gasto mensal com a diabetes (em euros)

Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	n (75)	% (50,0)	n (75)	% (50,0)	n (150)	% (100,0%)	Fem	Masc
Variáveis								
Toma antihipertensores								
Sim	62	82,7	61	81,3	123	82,0	0,2	-0,2
Não	13	17,3	14	18,7	27	18,0	-0,2	0,2
Toma antidiabéticos								
Sim	50	66,7	45	60,0	95	63,3	0,8	-0,8
Não	25	33,3	30	40,0	55	36,7	-0,8	0,8
Tipo de tratamento da diabetes								
Antidiabéticos orais	59	78,7	65	86,7	124	82,7	-1,3	1,3
Insulina	16	21,3	9	12,0	25	16,7	1,5	-1,5
Alimentação/Exercício Físico	0	0,0	1	1,3	1	0,7	<i>Não</i>	<i>aplicado</i>
Gasto mensal com medicamentos								
< 40 euros	9	12,3	4	5,4	13	8,8	1,5	-1,5
De 40 a 79 euros	48	65,8	44	59,5	92	62,6	0,8	-0,8
De 80 a 119 euros	15	20,5	20	27,0	35	23,8	-0,9	0,9
>=120 euros	1	1,4	6	8,1	7	4,8	-1,9	1,9

Quanto às complicações apresentadas por causa da diabetes, 40,7% da amostra nega a presença de qualquer tipo de complicação devido à diabetes, 30,7% mencionam a hipertensão arterial e 17,3% indicam a retinopatia diabética. No estudo comparativo entre homens e mulheres não se verificaram diferenças (valores residuais ajustados: 0,2; 0,0 e 0,0 respetivamente), (cf. Tabela 15).

Relativamente a outras doenças que os participantes apresentam para além da diabetes, o estudo revelou que 29,3% têm doenças do aparelho circulatório, 16,0% apresentam doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo. As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas afetam 15,3% dos utentes e as doenças do sistemas nervoso e neoplasias encontram-se presentes em 8,7% e 7,3%, respetivamente, não se encontrando diferenças significativas entre homens e mulheres, (cf. Tabela 15).

Tabela 15 – Caracterização das complicações devido à diabetes

Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Fem	Masc
Variáveis	(75)	(50,0)	(75)	(50,0)	(150)	(100,0%)		
Complicações								
Retinopatia diabética	13	17,3	13	17,3	26	17,3	0,0	0,0
Alteração gastrointestinal	1	1,3	0	0,0	1	0,7	<i>Não aplicado</i>	
Insuficiência Renal Crônica	0	0,0	1	1,3	1	0,7	<i>Não aplicado</i>	
Isquemia	1	1,3	2	2,7	3	2,0	<i>Não aplicado</i>	
Acidente Vascular Cerebral	1	1,3	3	4,0	4	2,7	<i>Não aplicado</i>	
Alteração cardíaca	3	4,0	1	1,3	4	2,7	<i>Não aplicado</i>	
Hipertensão Arterial	23	30,7	23	30,7	46	30,7	0,0	0,0
Doença arterial periférica	2	2,7	2	2,7	4	2,7	0,0	0,0
Sem alterações	31	41,3	30	40,0	61	40,7	0,2	-0,2
Outras doenças								
Doenças infecciosas e parasitárias	1	1,3	0	0,0	1	0,7	<i>Não aplicado</i>	
Neoplasias (tumores)	5	6,7	6	8,0	11	7,3	-0,3	0,3
D. endócrinas, nutric. e metabólicas	14	18,7	9	12,0	23	15,3	1,1	-1,1
Transtornos mentais e comportament.	2	2,7	3	4,0	5	3,3	<i>Não aplicado</i>	
Doenças do sistema nervoso	6	8,0	7	9,3	13	8,7	-0,3	0,3
D. do aparelho circulatório	18	24,0	26	34,7	44	29,3	-1,4	1,4
D. do aparelho respiratório	0	0,0	2	2,7	2	1,3	<i>Não aplicado</i>	
D. sistema osteomusc. e tec. conjunt.	15	20,0	9	12,0	24	16,0	1,3	-1,3
Nenhuma	14	18,7	13	17,3	27	18,0	0,2	-0,2

A maioria dos participantes considera a sua saúde atual “razoável” (52,0%), 33,3% consideram-na “boa”, 9,3% diz que possui uma saúde “fraca”, 4,7% avalia a sua saúde como “muito boa” e apenas 0,7% a consideram “ótima”. Comparativamente, observamos, nas mulheres, uma maior percentagem que considera a sua saúde “fraca” (14,7% vs 4,0%), revelando o valor residual ajustado que esta diferença tem significado estatístico (res = 2,2), (cf. Tabela 16).

Comparando o seu estado de saúde atual com o relativo ao ano anterior, os inquiridos indicam que se mantém igual (76,7%), não diferindo entre sexos, (res = 1,7), (cf. Tabela 16)

Tabela 16 – Caracterização das pessoas portadoras de diabetes face à avaliação da sua saúde

Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Fem	Masc
Variáveis	(75)	(50,0)	(75)	(50,0)	(150)	(100,0%)		
A sua saúde atual								
Ótima	0	0,0	1	1,3	1	0,7	<i>Não aplicado</i>	
Muito boa	2	2,7	5	6,7	7	4,7	<i>Não aplicado</i>	
Boa	21	28,0	29	38,7	50	33,3	-1,4	1,4
Razoável	41	54,7	37	49,3	78	52,0	0,7	-0,7
Fraca	11	14,7	3	4,0	14	9,3	2,2	-2,2
A sua saúde relativamente ao ano anterior								
Com algumas melhoras	4	5,3	3	4,0	7	4,7	<i>Não aplicado</i>	
Igual	53	70,7	62	82,7	115	76,7	-1,7	1,7
Um pouco pior	18	24,0	10	13,3	28	18,7	1,7	-1,7

Analisámos o estado nutricional e metabólico dos participantes, comparando os valores de IMC, PA, Hemoglobina glicosilada e perímetro abdominal apresentados pelos doentes atualmente e os apresentados há um ano atrás.

O estado nutricional é de risco para a maioria dos diabéticos, pois apenas 10,7% apresentam peso normal e 89,3% peso excessivo. Concretizando, 38,0% dos participantes apresentam excesso de peso e 51,3% apresentam obesidade, dos quais 1,3% revelam obesidade mórbida (grau III), (cf. Tabela 17).

Após analisar e comparar os dados apresentados atualmente com os dados há um ano atrás, no IMC denotamos um aumento ao nível do número dos utentes que apresenta obesidade grau I (atualmente: 36,0%; há um ano atrás: 34,0%, no entanto, houve um decréscimo na percentagem de utentes com excesso de peso (atualmente: 38,0%; há um ano atrás:39,5%), assim como a percentagem de utentes com obesidade grau II e obesidade mórbida diminuiu dos 14,3% para os 14,0% e dos 2,7% para os 1,3%, respetivamente, (cf. Tabela 17).

Em face do perímetro abdominal verificamos que 89,3% dos homens apresentam risco metabólico e cardiovascular, dos quais, 60,0% evidenciam risco muito aumentado (perímetro abdominal \geq 102 cm). No sexo feminino observamos que 98,7% apresentam risco metabólico e vascular, salientado risco muito aumentado em 86,7% das mulheres (perímetro abdominal \geq 88 cm), (cf. Tabela 17).

Salientamos que no último ano aumentou o número de mulheres com um perímetro abdominal superior a 88 cm, isto é: passou de 83,8% para 86,7%. Nos homens verificamos que os valores atuais e de há um ano atrás não sofreram grandes alterações, (cf. Tabela 17).

Relativamente aos valores de hemoglobina glicosilada obtidos, verificamos que 64,4% da amostra apresenta mau autocontrolo, encontrando-se em risco metabólico, na medida em que apresentam valores superiores ou iguais a 6,5%. Comparativamente há um ano atrás, a percentagem de utentes com mau autocontrolo aumentou, passando de 57,7% para 64,4%, (cf. Tabela 17).

Destacamos que relativamente aos valores de pressão arterial sistólica apenas 18,0% dos participantes apresenta valores considerados normais, 18,7% apresentam já algum risco cardiovascular, dado que o valor da pressão arterial sistólica em diabéticos deverá ser inferior a 130 mmHg, (DGS, 2013). Cerca de 63,3% apresentam risco cardiovascular elevado. Quanto à pressão arterial diastólica, 58,0% apresentam valores normotensos, 10,7% apresentam algum risco cardiovascular, associando a diabetes, dado que nestes doentes a

pressão arterial diastólica deve ser inferior a 80 mmHg, (DGS, 2013). Cerca de 31,3% apresentam elevado risco cardiovascular, (cf. Tabela 17).

Verificamos que a maioria da amostra apresenta hipertensão sistólica, mantendo valores semelhantes de há um ano atrás (63,3% em ambos os momentos). Quanto à tensão arterial diastólica, a maioria dos participantes apresenta valores inferiores a 85 mm Hg, considerados normais (58,0%), tendo esta percentagem aumentado, comparativamente com valores de há um ano atrás (58,0% vs 42,7%). Contudo verificamos que o número de utentes com valores de tensão diastólica superiores a 90 mmHg, aumentou, ligeiramente, no último ano, passando de 30,7% para 31,3%, (cf. Tabela 17).

Tabela 17 – Estatísticas relativas ao estado nutricional e metabólico

Variáveis	Atual		Há um ano atrás	
	n	%	n	%
Índice de Massa Corporal				
Peso normal ($20 \leq \text{IMC} \leq 24,9$)	16	10,7	14	9,5
Excesso de peso ($25 \leq \text{IMC} \leq 29,9$)	57	38,0	58	39,5
Obesidade grau I ($30 \leq \text{IMC} \leq 34,9$)	54	36,0	50	34,0
Obesidade grau II ($35 \leq \text{IMC} \leq 39,9$)	21	14,0	21	14,3
Obesidade mórbida (III) ($\text{IMC} \geq 40$)	2	1,3	4	2,7
Perímetro abdominal Mulheres				
Inferior a 80 cm	1	1,3	0	0,0
Entre 80 e 87 cm	9	12,0	12	16,2
Superior ou igual a 88 cm	65	86,7	62	83,8
Perímetro abdominal Homens				
Inferior a 93cm	8	10,7	6	8,2
Entre 94 e 101 cm	22	29,3	22	30,1
Superior ou igual a 102 cm	45	60,0	45	61,6
Hemoglobina Glicosilada (HbA1c)				
Inferior a 6,5%	53	35,6	63	42,3
Superior ou igual a 6,5%	96	64,4	86	57,7
Pressão arterial sistólica				
Normal (<130 mmHg)	27	18,0	31	20,7
Normal limítrofe (130-139 mmHg)	28	18,7	24	16,0
Hipertensão (>140 mmHg)	95	63,3	95	63,3
Pressão arterial diastólica				
Normal (<85 mmHg)	87	58,0	64	42,7
Normal limítrofe (85-89 mmHg)	16	10,7	40	26,7
Hipertensão (>90 mmHg)	47	31,3	46	30,7

Síntese do perfil clínico das pessoas portadoras de diabetes

Em média, os participantes neste estudo, foram diagnosticados como diabéticos há cerca de 11,56 anos (Dp = 10,62). A diabetes tipo 2 é predominante (88,0%) e cerca de 52,7% têm antecedentes familiares de diabetes.

Maioritariamente, os inquiridos usam um registo como diabéticos (58,0%), dos quais 71,3% mencionam tratar-se do “Guia do Diabético”, o qual é utilizado aquando da Consulta de Diabetes.

A totalidade dos utentes realiza a vigilância da sua doença, indicando o médico de família como o profissional de saúde que promove essa vigilância (92,7%).

A maioria dos participantes efetua a pesquisa de glicémia capilar (90,7%) e desses, 83,3% fazem-no sem ajuda de terceiros. Também têm a perceção de ter a diabetes controlada. Nos últimos 12 meses, apenas 10,0% dos participantes esteve internado devido à diabetes e referem a prática de exercício físico como a maior dificuldade sentida (44,0%).

Mencionam tomar anti-hipertensivos e antidiabéticos orais são o tipo de tratamento mais usual, entre os participantes, para a diabetes (82,7%).

Cerca de 40,7% da amostra nega a presença de qualquer tipo de complicação devido à diabetes e 30,7% indicam a hipertensão arterial como a complicação mais frequente. Avaliam a sua saúde atual como “razoável”, 52,0% dos utentes e consideram que, comparativamente ao ano transato, o seu estado de saúde não se alterou (76,7%).

Dos participantes, 38,0% apresentam excesso de peso e 51,3% apresentam obesidade, dos quais 1,3% revelam obesidade mórbida (grau III).

O risco metabólico e cardiovascular está presente em 89,3% dos homens, dos quais, 60,0% evidenciam risco muito aumentado (perímetro abdominal ≥ 102 cm) e cerca de 98,7% das mulheres também apresentam risco metabólico e vascular, salientado risco muito aumentado em 86,7%.

Da amostra, 64,4% apresenta mau controlo glicémico e, por conseguinte, encontram-se em risco metabólico, na medida que apresentam valores superiores ou iguais a 6,5%.

O risco cardiovascular encontra-se presente em 82,0% dos participantes devido à presença de hipertensão arterial sistólica.

3.3. *EMPOWERMENT* EM PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES

O valor global do *empowerment* resultou do somatório dos vários itens, dividindo pelo número de parcelas, conforme já explicado no capítulo da metodologia. De acordo com a tendência de respostas, quanto maior este valor, melhor nível de *empowerment*. Posteriormente, foram criados grupos extremos, tendo por base a fórmula [valor médio $\pm 0,25$ x intervalo interquartil], preconizado por Pestana e Gageiro (2008), tendo-se obtido os seguintes grupos: fraco, razoável e elevado *empowerment*.

Observando a classificação do *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes, verificamos que 36,7% dos participantes apresentam elevado *empowerment*; 30,0% revelam razoável *empowerment* e 33,3% evidenciam fraco *empowerment*, (cf.Tabela 18).

Ao analisarmos esta variável quanto ao sexo,verificamos que os homens possuem *empowerment* superior ao das mulheres (38,7% vs 34,5%), (cf.Tabela 18).

Tabela 18 – Classificação do *empowerment*

Empowerment	Sexo	Feminino (n=75)		Masculino (n=75)		Total (n=150)	
		n	%	n	%	n	%
Fraco (< 3,57)		25	33,3	25	33,3	50	33,3
Razoável (3,5 – 4,03)		24	32,0	21	28,0	45	30,0
Elevado (> 4,03)		26	34,7	29	38,7	55	36,7

3.4. APOIO SOCIAL PERCEBIDO PELAS PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES

Para estratificar a variável apoio social utilizámos os grupos extremos, referenciados por Pestana e Gageiro (2008). Categorizámos em três classes o apoio social: baixo apoio social, razoável apoio social e bom apoio social, tendo por base a seguinte fórmula [média \pm 0,25 x intervalo interquartil] (Pestana & Gageiro, 2008).

Observamos que 44,0% das pessoas portadoras de diabetes evidenciam bom apoio social; 25,3% apresentam razoável apoio social e 30,7% apresentam baixo apoio social. Se analisarmos a variável apoio social relativamente ao sexo, denotamos que em ambos os sexos apresentam a mesma percentagem de bom apoio social, sendo que os homens evidenciam apoio social mais baixo do que as mulheres (37,3% vs 24,0%), (cf. Tabela19).

Tabela 19 – Classificação do Apoio social

Apoio Social	Sexo	Feminino (n=75)		Masculino (n=75)		Total (n=150)	
		n	%	n	%	n	%
Baixo (<57,59)		18	24,0	28	37,3	46	30,7
Razoável (57,59 – 64,09)		24	32,0	14	18,7	38	25,3
Bom (> 64,09)		33	44,0	33	44,0	66	44,0

3.5. TESTE DAS HIPÓTESES

Com o objetivo de saber quais as variáveis que modificam o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes, procedemos, à análise destas relações, no intuito de dar resposta aos objetivos e às hipóteses formuladas na nossa investigação

Hipótese 1 - As variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, zona de residência, habilitações literárias) relacionam-se de forma significativa com o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes.

Verificámos através dos resultados do teste U de Mann Whitney, que os homens, face às dimensões do *empowerment*, apresentam valores médios superiores em todas as dimensões (gestão dos aspetos psicossociais da diabetes, insatisfação e prontidão na mudança e capacidade para estabelecer e alcançar metas da diabetes) e consequentemente, melhores resultados ao nível do valor global de *empowerment* (80,28 vs 70,72), contudo, as diferenças estatísticas não são significativas, ($p = 0,178$), (cf. Tabela 20).

Tabela 20 – Dimensões do *empowerment* em função do sexo das pessoas portadoras de diabetes

Dimensões	Sexo	Feminino (n=75)	Masculino (n=)	Teste U Mann Whitney	
		Ordenação Média	Ordenação Média	U	p
Gestão aspetos psicossociais da diabetes		68,93	82,07	2320,0	0,064
Insatisfação e prontidão para a mudança		75,03	75,97	2777,0	0,894
Estabelecer e alcançar metas da diabetes		71,65	79,35	2523,5	0,277
Valor global da DES		70,72	80,28	2454,0	0,178

As implicações da idade no *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes foram estudadas através do teste de Kruskal-Wallis, revelando que as pessoas mais novas (faixa etária com idade ≤ 50 anos) apresentam um valor médio superior, em todas as dimensões do *empowerment*, relativamente às pessoas com idades superiores a 70 anos e, consequentemente, um valor global também superior (94,89 vs 71,39). No entanto, as diferenças não são estatisticamente significativas, ($p > 0,05$). Os utentes com idade superior a 70 anos possuem uma capacidade mais elevada para gerir os aspetos psicossociais da diabetes do que os utentes que compreendem a faixa etária dos 51 aos 70 anos (75,08 vs 74,37), por sua vez estes revelam maior insatisfação/prontidão para mudança na diabetes e melhor capacidade para estabelecer e alcançar metas (76,76 vs 70,88 e 77,54 vs 67,88

respetivamente). No entanto o teste de Kruskal-Wallis revelou que as diferenças entre as várias dimensões não são estatisticamente significativas, ($p > 0,05$), (cf. Tabela 21).

Tabela 21 – Teste de Kruskal-Wallis entre o *empowerment* e a idade das pessoas portadoras de diabetes

Dimensões	Idade	≤50 anos (n=9)	51-70 anos (n=89)	> 70 anos (n=52)	Teste de Kruskal-Wallis	
		Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
Gestão aspetos psicossociais da diabetes		89,11	74,37	75,08	0,951	0,622
Insatisfação e prontidão para a mudança na diabetes		89,67	76,76	70,88	1,626	0,444
Estabelecer e alcançar metas da diabetes		99,28	77,54	67,88	4,504	0,105
Valor global da DES		94,89	75,94	71,39	2,268	0,322

Observamos uma associação inversa entre a idade e todas as dimensões do *empowerment*, e, conseqüentemente na nota global do *empowerment*, logo à medida que a idade aumenta o *empowerment* diminui, não se verificando significado estatístico. ($t = -1,223$; $p = 0,223$), (cf. Tabela 22).

Tabela 22 – Análise de regressão linear simples entre a idade e o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes

Idade	r	r ² (%)	p	t	p
Gestão aspetos psicossociais da diabetes	0,360	0,01	0,666	-0,432	0,666
Insatisfação e prontidão para a mudança	0,116	1,3	0,157	-1,421	0,157
Estabelecer e alcançar metas da diabetes	0,123	1,5	0,133	-1,511	0,133
Valor global da DES	0,100	1,0	0,223	-1,223	0,223

Os participantes cuja zona de residência é urbana apresentam valores médios superiores em todas as dimensões do *empowerment*, e, conseqüentemente, no seu valor global, no entanto observamos que essas diferenças estatísticas não são significativas, ($U = 2571,0$; $p = 0,446$), (cf. Tabela 23).

Tabela 23 – Relação entre o *empowerment* e a zona de residência das pessoas portadoras de diabetes

Dimensões	Zona de residência	Rural (n=84)	Urbano (n=66)	Teste U Mann Whitney	
		Ordenação Média	Ordenação Média	U	p
Gestão aspetos psicossociais da diabetes		74,06	77,33	2651,0	0,646
Insatisfação e prontidão na mudança		71,94	80,03	2473,0	0,257
Estabelecer e alcançar metas da diabetes		73,43	78,13	2598,5	0,511
Valor global da DES		73,11	78,55	2571,0	0,446

Utilizámos o teste de U Mann Whitney para estudar se o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes variava em função do estado civil, verificando-se que os utentes

casados ou em união de facto possuem valores médios mais elevados de *empowerment* (77,28 vs 70,76), do que os utentes solteiros, viúvos ou divorciados, no entanto estas diferenças não têm significado estatístico, ($p > 0,05$), (cf. Tabela 24).

Tabela 24 – Relação entre o *empowerment* e o estado civil das pessoas portadoras de diabetes

Dimensões	Estado civil	Casado/união de facto (n=109)	Solteiro/viúvo/divorciado (n=41)	Teste U Mann Whitney	
		Ordenação Média	Ordenação Média	U	p
Gestão aspetos psicossociais da diabetes		76,76	72,16	2097,5	0,563
Insatisfação e prontidão na mudança		78,55	67,39	1902,0	0,160
Estabelecer e alcançar metas da diabetes		76,20	73,65	2158,5	0,748
Valor global da DES		77,28	70,76	2040,0	0,412

No que respeita à variabilidade do *empowerment* em função das habilitações literárias dos participantes no estudo, inferimos que os utentes que possuem maior nível de habilitações literárias (do 3º ciclo, secundário e ensino superior) são os que manifestam maior capacidade de gerir os aspetos psicossociais da diabetes, melhor avaliam a insatisfação/prontidão para a mudança na diabetes, e possuem maior capacidade para estabelecer e alcançar metas, sendo as diferenças bastante significativas ($H = 13,613$; $p = 0,003$; $H = 11,795$; $p = 0,008$ e $H = 13,077$; $p = 0,004$).

O valor global de *empowerment* é superior nos utentes que têm habilitações literárias iguais ou superiores ao 3º ciclo de ensino, com diferenças estatísticas bastante significativas ($H = 17,028$; $p = 0,001$), (cf. Tabela 25).

Tabela 25 – Teste de Kruskal-Wallis entre o *empowerment* e as habilitações literárias das pessoas portadoras de diabetes

Habilitações literárias	Sem escolaridade (n=20)	1º Ciclo do ensino básico(n=97)	2º Ciclo do ensino básico(n=26)	Do 3º Ciclo, Secundário e Ensino Superior (n=7)	Teste de Kruskal-Wallis	
Dimensões	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
Gestão aspetos psicossociais da diabetes	52,30	77,60	73,35	120,71	13,613	0,003**
Insatisfação e prontidão para a mudança na diabetes	51,33	77,53	76,33	113,43	11,795	0,008**
Estabelecer e alcançar metas da diabetes	55,23	76,68	73,77	123,57	13,077	0,004**
Valor global da DES	47,78	77,71	75,62	123,71	17,028	0,001**

Os participantes que melhor pontuação média apresentam, a nível global do *empowerment*, são aqueles cujo rendimento provem da reforma/pensão (79,00), seguindo-se os utentes cujo rendimento é devido ao trabalho (67,33) e, só posteriormente, surgem aqueles

cujo rendimento é proveniente de subsídios (53,83). Observamos que os utentes cuja fonte de rendimento são os subsídios apresentam uma pontuação média superior, na dimensão “estabelecer e alcançar metas da diabetes” do que aqueles cuja fonte de rendimento é o trabalho (69,83 vs 68,81). No entanto, o teste de Kruskal-Wallis, revela que estas diferenças não têm significado estatístico, ($p > 0,05$), (cf. Tabela 26).

Tabela 26 – Teste de Kruskal-Wallis entre o *empowerment* e a fonte de rendimento das pessoas portadoras de diabetes

Dimensões	Fonte de rendimento	Trabalho (n=32)	Reforma/Pensão (n=112)	Subsídios (n=6)	Teste de Kruskal-Wallis	
		Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
Gestão aspetos psicossociais da diabetes		65,67	79,77	48,25	5,093	0,078
Insatisfação e prontidão para a mudança na diabetes		70,56	77,94	56,25	1,953	0,377
Estabelecer e alcançar metas da diabetes		68,81	77,71	69,83	1,155	0,561
Valor global da DES		67,33	79,00	53,83	3,352	0,187

A profissão dos participantes relacionou-se de forma significativa com o *empowerment*. Verificamos que os utentes cuja profissão se enquadra no grupo dos “grandes industriais e comerciantes; gestores de topo de grandes empresas/administração pública; profissionais liberais” apresentam uma pontuação média de *empowerment* global superior a todos os que se englobam nos restantes grupos profissionais, revelando o teste de Kruskal-Wallis que essas diferenças são significativas ($H = 11,542$; $p = 0,021$). Observamos que os utentes cuja profissão se enquadra no grupo “mão-de-obra indiferenciada”, revela uma pontuação média global de *empowerment* inferior aos participantes cuja profissão se enquadra nos restantes grupos profissionais. Nas dimensões “gestão dos aspetos psicossociais da diabetes” e “insatisfação/prontidão para a mudança”, denotamos diferenças significativas entre os vários grupos profissionais ($H = 11,413$; $p = 0,022$ e $H = 11,275$; $p=0,024$), contudo, na dimensão “estabelecer e alcançar metas da diabetes” essas diferenças não são significativas ($H = 8,256$; $p = 0,0839$, (cf. Tabela 27).

Tabela 27 – Teste de Kruskal-Wallis entre o *empowerment* e a profissão das pessoas portadoras de diabetes

Dimensões	Profissão	Grandes industriais (n=3)	Médios industriais (n=10)	Pequenos industriais (n=32)	Pequenos agricultores (n=65)	Mão de obra indiferenciada (n=40)	Teste de Kruskal-Wallis	
		Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
Gestão aspetos psicossociais da diabetes		133,00	74,90	88,77	73,78	63,53	11,413	0,022*
Insatisfação e prontidão para a mudança na diabetes		134,67	92,60	76,78	77,85	61,94	11,275	0,024*
Estabelecer e alcançar metas da diabetes		135,00	80,90	83,22	72,69	68,08	8,256	0,083
Valor global da DES		140,67	81,50	84,67	74,54	63,34	11,542	0,021*

Através do teste de Kruskal-wallis, quisemos estudar de que forma, o modo como os participantes deste estudo exerceram/exercem a sua profissão influencia o *empowerment* dos mesmos. Observamos que os utentes que exerceram/exercem a sua profissão por conta própria revelam maior pontuação média de *empowerment* global do que os que exerceram/exercem a sua profissão como trabalhadores por conta de outrem, revelando o teste de Kruskal-Wallis que essas diferenças são bastante significativas ($H = 11,879$; $p = 0,003$). Verificamos que na dimensão “gestão dos aspetos psicossociais da diabetes” existem diferenças significativas entre as várias formas como os utentes exerceram/exercem a profissão ($H = 9,099$; $p = 0,011$) e essas diferenças são bastante significativas na dimensão “estabelecer e alcançar metas da diabetes” ($H = 12,168$; $p = 0,002$). No entanto, apesar de existirem diferenças na dimensão “insatisfação/prontidão para a mudança” entre os utentes que representam os vários grupos do modo como exerceram ou exercem a sua profissão, estas não têm significado estatístico ($H = 5,945$; $p = 0,051$), (cf. Tabela 28).

Tabela 28 – Teste de Kruskal-Wallis entre o *empowerment* e o modo como exercem a profissão as pessoas portadoras de diabetes

Dimensões	Modo como exercem	Trabalhador por conta própria (n=22)	Trabalhador por conta de outrem (n=107)	Inativo/ Não trabalha (n=21)	Teste de Kruskal-Wallis	
		Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
Gestão aspetos psicossociais da diabetes		87,95	77,85	50,50	9,099	0,011*
Insatisfação e prontidão para a mudança na diabetes		84,64	77,65	54,98	5,945	0,051
Estabelecer e alcançar metas da diabetes		83,95	79,73	45,10	12,168	0,002**
Valor global da DES		86,61	79,02	45,93	11,879	0,003**

Quanto à forma como os utentes consideram a sua situação financeira, inferimos que aqueles que estão representados pelo grupo que se consideram a viver com o

suficiente/confortável financeiramente, apresentam melhor pontuação média de valor global de *empowerment*. Observamos, na Tabela 29, que os utentes que representam o grupo que considera a sua situação financeira muito problemática/tenho algumas dificuldades, são os que pontuam com valores médios mais baixos em todas as dimensões do *empowerment*, revelando, o teste U de Mann Whitney revelou que não existe significado estatístico em nenhuma dimensão (“gestão dos aspetos psicossociais da diabetes”, U = 2752,500; p = 0,970; “insatisfação/prontidão para a mudança”, U = 2744,500, p = 0,945 e “estabelecer e alcançar metas da diabetes”, U = 2737,000; p = 0,923).

Tabela 29 – Dimensões do *empowerment* em função do modo como consideram a situação financeira as pessoas portadoras de diabetes

Dimensões	Situação Financeira	Muito Problemática/Tenho algumas dificuldades (n=85)	Tenho o suficiente/Confortável (n=65)	Teste U Mann Whitney	
		Ordenação Média	Ordenação Média	U	p
Gestão aspetos psicossociais da diabetes		75,38	75,65	2752,500	0,970
Insatisfação e prontidão para a mudança		75,29	75,78	2744,500	0,945
Estabelecer e alcançar metas da diabetes		75,20	75,89	2737,000	0,923
Valor global da DES		74,90	76,28	2711,500	0,847

Hipótese 2 - As variáveis clínicas (número de anos de diagnóstico da diabetes, o IMC, o perímetro abdominal e a hemoglobina glicosilada) guardam relação significativa com o *empowerment* das Pessoas Portadoras de Diabetes.

Estudámos o efeito da duração do tempo do diagnóstico como diabético no *empowerment*, o qual evidenciou uma associação positiva com todas as dimensões, isto é, quando aumenta o número de anos que é diabético, aumenta também o *empowerment*. No entanto, a regressão linear revela que nenhuma destas associações apresenta significado estatístico ($p > 0,05$), (cf. Tabela 30).

Tabela 30 – Análise de regressão linear simples entre o tempo de diagnóstico e o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes

Dimensões	Duração de tempo do diagnóstico	r	r ² (%)	p	t	p
Gestão aspetos psicossociais da diabetes		0,32	0,1	0,695	0,393	0,695
Insatisfação e prontidão para a mudança na diabetes		0,60	0,4	0,469	-0,726	0,469
Estabelecer e alcançar metas da diabetes		0,23	0,1	0,782	0,277	0,782
Valor global da DES		0,004	0,0	0,964	0,045	0,964

Os utentes com obesidade mórbida foram quem melhor pontuação média apresentou em todas as dimensões do *empowerment*, os utentes com excesso de peso foram os que pior pontuam na dimensão “insatisfação/prontidão para mudança” e os utentes com peso normal foram os que pior pontuação média tiveram na dimensão “estabelecer e alcançar metas da diabetes”, (cf. Tabela 31).

O estudo da relação entre o IMC e as várias dimensões do *empowerment*, revelou que as pessoas com IMC mais elevado pontuaram também com *empowerment* mais elevado, contudo, este estudo evidenciou que as diferenças não são significativas no valor global de *empowerment*, ($H = 8,205$; $p = 0,084$), observando-se apenas significado estatístico na dimensão “insatisfação/prontidão para a mudança” ($H = 10,110$; $p = 0,039$), (cf. Tabela 31).

Tabela 31 – Teste de Kruskal-Wallis entre o IMC e o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes

Dimensões	IMC	Peso normal (n=16)	Excesso de peso (n=57)	Obesidade grau I (n=54)	Obesidade grau II (n=21)	Obesidade grau III (mórbida) (n=2)	Teste de Kruskal- Wallis	
		Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
Gestão aspetos psicossociais da diabetes		71,59	71,39	81,27	70,55	120,00	3,973	0,410
Insatisfação e prontidão para a mudança na diabetes		68,03	66,89	87,52	68,83	126,25	10,110	0,039*
Estabelecer e alcançar metas da diabetes		64,78	68,39	83,77	76,24	132,75	7,957	0,093
Valor global da DES		66,34	68,37	85,30	71,55	129,00	8,205	0,084

O estudo da relação entre o IMC e o *empowerment* revelou que as variáveis não se relacionam de forma significativa ($r = 0,127$, $p = 0,120$), cf. Tabela 32.

Tabela 32 – Análise de regressão linear simples entre o IMC e o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes

Dimensões	Duração de tempo do diagnóstico	r	r ² (%)	p	t	p
Gestão aspetos psicossociais da diabetes		0,056	0,3	0,499	0,677	0,499
Insatisfação e prontidão para a mudança na diabetes		0,140	2,0	0,088	1,719	0,088
Estabelecer e alcançar metas da diabetes		0,153	2,3	0,062	1,880	0,062
Valor global da DES		0,127	1,6	0,120	1,563	0,120

A relação entre o perímetro abdominal e o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes, revelou que as variáveis não guardam relação significativa ($t = 0,917$; $p = 0,360$), (cf. Tabela 33).

Tabela 33 – Análise de regressão linear simples entre o perímetro abdominal e o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes

Idade	r	r ² (%)	p	t	p
Gestão aspetos psicossociais da diabetes	0,045	0,2	0,587	0,544	0,587
Insatisfação e prontidão para a mudança	0,087	0,8	0,292	1,058	0,292
Estabelecer e alcançar metas da diabetes	0,075	0,6	0,361	0,916	0,361
Valor global da DES	0,075	0,6	0,360	0,917	0,360

Observamos associação inversa não significativa da hemoglobina glicosilada com o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes, em todas as suas dimensões, e, conseqüentemente, no valor global do *empowerment* ($t = -1,059$; $p = 0,291$), (cf. Tabela 34).

Tabela 34– Análise de regressão linear simples entre a hemoglobina glicosilada e o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes

Idade	r	r ² (%)	p	t	p
Gestão aspetos psicossociais da diabetes	0,105	1,1	0,202	-1,282	0,202
Insatisfação e prontidão para a mudança	0,130	1,7	0,113	-1,595	0,113
Estabelecer e alcançar metas da diabetes	0,010	0,0	0,904	-0,121	0,904
Valor global da DES	0,087	0,8	0,291	-1,059	0,291

Hipótese 3 - O apoio social tem efeito prediz o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes

Para estudar a predição do *empowerment* pelo apoio social (nota global e fatores), optámos por uma Correlação de Spearman, de onde salientamos a existência de correlações positivas, o que nos permite inferir que os utentes com maior apoio social, possuem melhor *empowerment*. Pormenorizando, observamos que quanto maior for o apoio social percebido pelo utente, melhor ele consegue gerir os aspetos psicossociais da diabetes, melhor consegue avaliar a insatisfação/prontidão para a mudança e melhor consegue estabelecer e alcançar metas da diabetes, (cf. Tabela 35).

O Apoio Informativo relaciona-se positivamente com todas as dimensões do *empowerment*, (cf. Tabela 35).

Verificando-se uma associação positiva, de elevada significância, entre o apoio emocional e todas as dimensões do *empowerment*, ou seja, quanto maior o apoio emocional percebido pelos utentes, melhor será o *empowerment*, (gestão dos aspetos psicossociais: r

= 0,410; insatisfação/prontidão para a mudança: $r = 0,345$; estabelecer e alcançar metas: $r = 0,345$; $p = 0,000$), (cf. Tabela 35).

Observamos ainda que o apoio instrumental altera o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes, encontrando-se uma interação com todas as dimensões do *empowerment*, contudo não modifica significativamente a dimensão “insatisfação/prontidão para mudança” ($r = 0,102$; $p = 0,216$), (cf. Tabela 35).

Tabela 35– Correlação entre o apoio social e o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes

Fatores do Apoio Social	Correlação de Spearman	Gestão aspetos psicossociais da diabetes	Insatisfação e prontidão para a mudança na diabetes	Estabelecer e alcançar metas da diabetes	Valor global da DES
Apoio Informativo	Rô	0,406***	0,323***	0,343***	0,403***
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Apoio Emocional	Rô	0,410***	0,345***	0,345***	0,410***
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Apoio Instrumental	Rô	0,253**	0,102	0,236**	0,228**
	p	0,002	0,216	0,004	0,005
Apoio Social Valor Global	Rô	0,427***	0,298***	0,357***	0,411***
	p	0,000	0,000	0,000	0,000

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Constatamos que o apoio social (nota global) explica em 17,1% do *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes. O apoio informativo é responsável por 15,8% da variância do *empowerment*, o apoio emocional modifica-o em 17,1% e o apoio instrumental altera o *empowerment* em 6,9%, (cf. Tabela 36).

Tabela 36 – Análise de regressão linear simples entre o apoio social e o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes (valor global)

Duração de tempo do diagnóstico	r	r ² (%)	p	t	p
Apoio Informativo	0,397	15,8	0,000	5,265	0,000
Apoio Emocional	0,413	17,1	0,000	5,524	0,000
Apoio Instrumental	0,264	6,9	0,001	3,323	0,001
Valor global do Apoio Social	0,413	17,1	0,000	5,524	0,000

Realizamos uma análise de regressão múltipla para sabermos em quanto as variáveis independentes (apoio social e o gasto mensal com medicamentos) explicam o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes, obtendo um coeficiente de determinação⁸ de 0,231 ($R^2 =$

⁸ O valor do r^2 está compreendido entre zero e um ($0 \leq R^2 \leq 1$), e determina a proporção da variabilidade total que é explicada pela regressão (a validade da regressão é tanto maior quanto mais próximo da unidade estiver o coeficiente de determinação), (MAROCO, 2007).

0,231), isto permite-nos constatar que estes dois preditores são responsáveis em 22,0% pela variabilidade do valor global do *empowerment*, (cf. Tabela 37).

O teste F é estatisticamente significativo para um nível de significância de 95%, o que leva à rejeição da nulidade entre as variáveis, ($F = 21,617$; $p = 0,000$). Dado os coeficientes de cada uma das variáveis serem diferentes de zero, permitem afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo no *empowerment*, (cf. Tabela 37).

Pelos coeficientes padronizados beta, denota-se que o apoio social é o que apresenta maior valor preditivo, contudo, quer o apoio social quer o gasto mensal com medicamentos estabelecem uma relação direta com a variável dependente. (cf. Tabela 37).

Estas variáveis são significativas, o que nos permite inferir que quanto maior for o apoio social e maior for o gasto mensal com medicamentos, maior é o valor global de *empowerment*, ($\beta = 0,429$; $p = 0,000$ e $\beta = 0,249$; $p = 0,001$), (cf. Tabela 37).

O modelo final ajustado para regressão é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Empowerment das pessoas portadoras de diabetes} = 2,049 + (0,023 \text{ apoio social}) + (0,006 \text{ gasto mensal com medicamentos})$$

Tabela 37 - Análise de regressão linear múltipla entre o apoio social global, o gasto mensal com medicamentos e o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes

Pesos de regressão					
Variáveis Independentes		Coeficiente Beta	Coeficiente padronizado	t	p
Constante		2,049		7,571	0,000
Apoio Social		0,023	0,429	5,851	0,000
Gasto mensal com medicamentos		0,006	0,249	3,395	0,001
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	14,126	2	7,063	21,617	0,000
Residual	47,049	144	0,327		
Total	61,175	146			

Síntese dos resultados inferenciais

Os homens possuem valor médio global de *empowerment* mais elevado do que as mulheres (80,28 vs 70,72).

As pessoas mais novas apresentam um valor médio de *empowerment* superior ao apresentado pelas pessoas mais idosas (94,89 vs 71,39). À medida que a idade aumenta, o *empowerment* diminui ($t = -1,233$; $p = 0,223$).

Os residentes em meio urbano apresentam valores médios de *empowerment* mais elevados do que os residentes em meio rural (78,55 vs 73,11), no entanto, sem significado estatístico ($U = 2571,0$; $p = 0,446$).

Os casados ou a viver em união de facto revelaram melhor pontuação de *empowerment* do que aqueles que vivem sozinhos (77,28 vs 70,76).

As pessoas com habilitações literárias mais elevadas apresentam maior valor de *empowerment* relativamente aquelas que apresentam habilitações literárias mais baixas (123,71 vs 47,78), com diferenças bastante significativas ($H = 17,028$; $p = 0,001$).

Os reformados possuem um valor de *empowerment* superior comparativamente aos que estão no ativo ou cujo rendimento é proveniente de subsídios (79,00 vs 67,33 e 53,83 respetivamente). Os trabalhadores por conta própria são os que pontuam com melhor *empowerment* com diferenças bastante significativas ($H = 11,879$; $p = 0,003$).

À medida que o tempo de diagnóstico de diabetes aumenta, verificou-se que o *empowerment* também aumenta, porém sem significado estatístico ($t = 0,045$, $p = 0,964$).

O controlo metabólico relaciona-se de forma inversa com o *empowerment*, à medida que o *empowerment* aumenta, os valores de HbA1c diminuem ($t = -1,059$, $p = 0,291$).

As pessoas que percecionam maior apoio social evidenciam maior *empowerment*. Aqueles que percecionam um bom apoio emocional, informativo e instrumental revelam um *empowerment* mais elevado ($r = 0,410$; $p = 0,000$; $r = 0,403$, $p = 0,000$ respetivamente e $r = 0,228$; $p = 0,005$).

O apoio social explica em 17,1% do *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes.

O apoio social e o gasto mensal com medicamentos explicam o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes em 22,0%.

4. DISCUSSÃO

Nesta fase, pretendemos discutir os resultados encontrados neste estudo e as suas implicações, analisar e compreender o seu significado, relacionando-os com conhecimento científico já existente.

4.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Pautámo-nos, ao longo deste relatório, pelo cumprimento de rigor científico exigido neste tipo de estudo. Tendo por base, as variáveis selecionadas e considerando o tipo de estudo, utilizámos uma metodologia de natureza quantitativa.

Para que este estudo possa contribuir para aumentar conhecimentos na área da diabetes, especialmente, no que concerne ao *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes é importante destacar algumas limitações metodológicas:

- O facto de a amostra ser constituída por um número reduzido de diabéticos, acarreta algumas desvantagens relacionadas com a sua fiabilidade e fidelidade; face a esta condicionante, a pesquisa fica limitada às nossas opções metodológicas, impedindo que sejam generalizados os resultados obtidos à população de pessoas portadoras de diabetes, exigindo confirmação noutros estudos do mesmo domínio, com amostras mais alargadas;

- Os participantes foram selecionados, de acordo com o método de amostragem por conveniência, revelando, logo à partida, algumas limitações. Os resultados não podem ser generalizados a nível nacional, uma vez ter sido realizado apenas com participantes oriundos de unidades de saúde da região centro.

- Deparámo-nos com uma escassez de literatura portuguesa acerca do tema estudado o que nos limitou comparar resultados.

- Neste estudo utilizaram-se escalas de autoavaliação que traduzem as perceções do próprio com objetividade de registo, eliminando, desta forma, a possibilidade de subjetividade, por parte do observador, no entanto, verificámos um baixo nível de escolaridade e, por sua vez, baixa literacia em saúde que provocou dificuldades no autopreenchimento dos instrumentos utilizados, o que implicou ajuda do investigador durante a colheita de dados e o anotar das respostas nos referidos instrumentos, quando verificámos alguma apreensão por parte dos inquiridos.

Atendendo às limitações do estudo, seria interessante replicá-lo em diabéticos tipo 1, uma vez que são, frequentemente, pessoas mais jovens e com outro tipo de necessidades, podendo, por tais factos, observar-se uma conceção diferente do processo de *empowerment*.

No entanto, apesar destas limitações consideramos que o trabalho desenvolvido permitiu atingir os objetivos delineados e respondeu às questões de investigação formuladas.

4.2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Seguidamente, irão ser discutidos os principais resultados obtidos neste estudo, os quais não deverão ser encarados como representativos da população portuguesa com Diabetes Mellitus, uma vez que o processo de seleção não aleatório dos participantes foi apenas realizado em unidades de saúde da região centro.

O objetivo deste trabalho foi estudar a relação entre o apoio social percebido *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes seguidas na Consulta de Diabetes em unidades de saúde da região centro. Ao longo do relatório foi nossa pretensão caracterizar os conceitos de *empowerment* e apoio social, investigar a aplicabilidade do *empowerment* nos doentes portadores de diabetes e identificar fatores associados ao *empowerment*.

De forma a concretizar os objetivos supracitados, no estudo participaram 150 doentes portadores de diabetes, com média de idades de 66,85 anos, a residir sobretudo em meio rural. Os participantes são maioritariamente casados ou vivem em união de facto, possuem formação escolar baixa, representando os que têm o 1º ciclo do ensino básico 64,7% do total e 13,3% não têm qualquer tipo de escolaridade. A fonte de rendimento no último ano, foi para a maioria dos inquiridos a reforma/pensão, cujo valor rondava, em média, os 470 euros. A maioria considerou viver com algumas dificuldades financeiras.

Do mesmo modo Silva (2013), no estudo sobre gestão do regime terapêutico na pessoa com diabetes, obteve uma amostra predominantemente casada, com baixa escolaridade e financeiramente pouco estável. Em conformidade com os resultados obtidos nesta investigação encontramos também os estudos desenvolvidos por Cunha et al. (2008), Amorim (2009) e Gomes-Villas Boas (2012).

Perfil clínico das pessoas portadoras de diabetes

Relativamente aos aspetos clínicos e estratégias de gestão da doença, os resultados mostram que o tempo de diagnóstico da diabetes é, em média, de 11,56 anos. Estes resultados corroboram os obtidos por Amorim (2009). No entanto, destacamos que a duração da doença

pode não corresponder aos anos do seu diagnóstico, na medida em que se trata de uma patologia com um longo percurso assintomático. Como tal, esta variável isoladamente, não estabelece uma relação direta com o aparecimento de complicações.

Salientamos que a maioria dos participantes possui o “guia da pessoa com diabetes” e habitualmente fazem-se acompanhar deste instrumento aquando da Consulta de Diabetes nas unidades de saúde. A DGS, no presente ano, emitiu uma norma onde dá ênfase à importância do uso adequado e atualizado do guia da pessoa com diabetes, o qual deverá ser generalizado a toda a população de diabéticos (DGS, 2013). Ainda existem utentes que não usam o referido documento, pelo facto de não o possuírem, consideramos que será uma mais-valia a sua utilização para responsabilização do utente pela gestão da sua doença, tonando-o assim mais autónomo e participativo nas suas decisões, fomentando o *empowerment*, estabelecendo metas e o plano de intervenção/gestão da sua diabetes.

É de destacar o facto da maioria dos participantes indicar o médico de família como o profissional promotor da vigilância da sua doença (92,7%). Em concordância com estes resultados, também Carmona (2012) refere que o médico de família foi o profissional mais frequentemente identificado como educador para controlo da doença, por aproximadamente, 95% dos doentes (Carmona, 2012).

Nos valores de IMC, podemos observar resultados preocupantes, pois 89,3% dos participantes apresentam excesso de peso ou obesidade, dos quais 1,3% apresentam obesidade mórbida (grau III). Observando-se resultados semelhantes no estudo de Silva (2013), de Gomes-Villas Boas (2012) e de Viana (2010). A OMS (2004) considerou a obesidade como epidemia global do século XXI devido à sua prevalência tão elevada a nível mundial e, se não se tomarem medidas drásticas para prevenir e tratar a obesidade, mais de 50,0% da população mundial será obesa em 2025 (DGS, 2005).

Quanto aos valores antropométricos encontrados, verificamos que houve um aumento do número de doentes com obesidade grau I, porém, verificámos uma diminuição do número de doentes com excesso de peso e com obesidade mórbida. Perante estes factos consideramos ser pertinente a implementação de programas de educação para a saúde onde se promovam hábitos saudáveis: prática de exercício físico e alimentação saudável, organizando encontros regulares para a prática dos conteúdos transmitidos.

Outra situação que nos preocupa também são os valores de perímetro abdominal apresentados pelos participantes, 98,7% das mulheres e 89,3% dos homens evidenciam valores acima do recomendado. O perímetro abdominal tem tendência a aumentar com a idade, cerca de um centímetro a cada cinco anos, independentemente do sexo, altura ou IMC

(Marques, Neves & Rosário, 2012). Destacamos aqui a importância da modificação de estilos de vida, especialmente promover uma alimentação correta associada à prática regular de exercício físico com a finalidade de reduzir o risco de doenças cardiovasculares.

Os valores de HbA1c apresentados pelos participantes deste estudo encontram-se, maioritariamente, acima de 6,5% (64,4%) e verificamos que esta percentagem aumentou comparativamente com os valores apresentados há um ano atrás (64,4% vs 57,7%). Existem evidências que demonstram a eficácia do controlo metabólico precoce da glicose na prevenção das complicações da diabetes; o valor do controlo metabólico alvo deverá ser uma HbA1c de 6,5%, o qual poderá ser ajustado individualmente (DGS, 2011a).

Relativamente aos valores de pressão arterial sistólica, observamos que a maioria apresenta valores superiores a 140 mmHg. A pressão arterial diastólica é inferior a 85 mmHg na maioria dos doentes, verificando-se um aumento na percentagem de doentes com pressão arterial diastólica normal, comparativamente há ano atrás (58,0% vs 42,7%). A elevada prevalência de hipertensão arterial e de dislipidémia nos diabéticos, sugere a necessidade de um controlo adequado dos fatores de risco cardiovascular, (Carmona, 2012).

As complicações da diabetes que foram mais mencionadas pelos participantes foram a hipertensão arterial e a retinopatia diabética, no entanto, a maioria refere não sofrer de nenhuma complicação da diabetes (40,7%). Estes resultados entram em contradição com os obtidos por Amorim (2009), onde se evidencia que apenas 13,2% não sofrem de qualquer complicação crónica ou doença associada à diabetes. Também Santos (2010), observou que a maioria dos doentes diabéticos apresenta complicações devido à diabetes, apontando a retinopatia como complicação entre as mais comuns, sendo esta considerada como a principal causa de cegueira em pessoas portadoras de diabetes e a mais frequente ao manifestar-se cerca de 20 vezes mais nos diabéticos do que na população em geral (Santos, 2010).

Verificamos uma elevada percentagem de utentes diabéticos, cujo tratamento incide no uso de antidiabéticos orais (82,7%), dados estes que estão em concordância com os estudos realizados por Amorim (2009) e Viana (2010), porém contrariam os resultados obtidos por Gomes-Villas Boas (2012), onde é referenciado que a maioria da amostra estudada (64,2 %) utilizava a terapia combinada de insulina e antidiabéticos orais.

Relação entre as variáveis sociodemográficas e o *empowerment*

Os homens possuem melhores valores médios de *empowerment*, em todas as suas dimensões, no entanto, as diferenças não são significativas.

No presente estudo, observámos que outros aspetos sociodemográficos parecem ter uma relação com o *empowerment*, nomeadamente: a situação na profissão; a profissão; o modo como exerceu/exerce a profissão; o nível de escolaridade, isto é, os reformados, os grandes industriais e comerciantes, gestores de topo de grandes empresas/administração pública, profissionais liberais, os trabalhadores por conta própria, os doentes com habilitações literárias de ensino superior revelam melhor *empowerment* global.

Também Tol, A. et al. (2012) no seu estudo “*Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors*”, concluiu que o sexo, a idade e o nível de escolaridade influenciam significativamente o *empowerment* dos doentes portadores de diabetes (**sexo** - coeficiente de correlação de Kendall = 0,20; $p = 0,007$; **nível de escolaridade** -tau-b de Kendal = 0,44; $p < 0,001$; **idade** – correlação de Spearman = -0,33; $p < 0,001$).

Os doentes que vivem sozinhos apresentam valor global de *empowerment* menor do que os que vivem acompanhados ($U = 1461,50$; $p = 0,330$). As atividades de tempos livres não influenciam de forma significativa o *empowerment* dos participantes do nosso estudo ($H=1,786$; $p=0,409$). No estudo desenvolvido por Holm, Anderson, Avlund e Jorgensen (2008), concluíram que a variável “estado civil” (casados) e a rede funcional associam-se positivamente com a adesão às recomendações para a atividade física e dieta (Ribeiro, 2010).

Relação entre as variáveis clínicas e o *empowerment*

A duração do tempo de diagnóstico está associada positivamente com o *empowerment*, isto é, à medida que aumenta o número de anos de diagnóstico, aumenta também o *empowerment* ($t = 0,045$; $p = 0,964$), sem significado estatístico, mostrando que as pessoas portadoras de diabetes podem ser habilitadas para gerir a sua doença crónica se forem formadas/informadas adequadamente (Liu, 2010). A autoeficácia e a autoestima têm uma forte relação com o *empowerment*, levando a pessoa a atingir um melhor controlo e uma autogestão mais eficaz da sua própria doença (Alhani, 2002 & Anderson, 2010 cit in Tol, A. et al., 2012).

Entre a hemoglobina glicosilada e o *empowerment* verificamos uma associação inversa, isto é, à medida que o *empowerment* aumenta, diminui a HbA1c, corroborando estes resultados encontramos o estudo de Tol, A. et al. (2012) que refere que aumentando a pontuação total da capacitação, a HbA1c dos doentes diminui, afirmando que qualquer melhoria na capacitação das pessoas portadoras de diabetes, pode promover melhor controlo da diabetes. (Tol, A. et al., 2012).

Relação entre o apoio social e o *empowerment*

Destacamos a existência de uma associação positiva entre o apoio social e o *empowerment*, podendo inferir que os utentes com maior apoio social, possuem melhor *empowerment*. O apoio social reforça as capacidades pessoais e sociais, através do *empowerment*, o qual é um processo e resultado da ação social, favorável ao controlo das suas próprias vidas pelos próprios doentes (Canesqui & Barsaglini, 2012).

A maioria dos estudos revela uma relação positiva e modesta entre suporte social e autogestão da doença crónica, verificado de forma especial na diabetes (Gallant, 2003), observando-se resultados semelhantes noutros estudos (Belgrave Lewis, 1994; Garay_sevilla et al., 1995; Tillotson & Smith, 1996; Wang & Fenske, 1996; Wallhagen, 1999; Willoughby et al, 2000; Cheng & Boey, 2000; Dios et al., 2003 cit in Amorim, 2009).

Também Correia (2007) cit in Ribeiro (2010), inferem que a disponibilidade de apoio social, facultado por familiares, amigos ou outros poderá ser uma mais-valia para o controlo da diabetes. A disponibilidade de apoio social num indivíduo com doença crónica tem efeitos positivos no controlo da doença. O apoio social tem implicações práticas, na medida em que uma pessoa que perceçione um bom apoio social terá maior facilidade em se adaptar física e psicologicamente a uma doença crónica, (Saborit, 2003 cit in Boas, 2009).

Verificamos uma associação positiva de elevada significância entre o apoio emocional e o *empowerment* ($r = 0,410$; $p = 0,000$). “Fatores psicossociais e comportamentais como crenças em saúde, grau de aceitação da doença, competências, autoeficácia, suporte social, influências contextuais, habilidades para o autocuidado, prontidão para mudanças, ajustamento psicossocial, estratégias para enfrentamento da situação, locus de controlo, bem-estar emocional, maturidade cognitiva, estado de saúde, complexidade dos regimes terapêuticos e estruturação dos serviços de saúde são determinantes dos comportamentos relacionados com a diabetes” (Grossi & Pascali, 2009, pp. 21). Também Cunha et al.. (2009), advoga que “a aprendizagem de um conjunto de estratégias do tipo instrumental no conforto com a diabetes, como a resolução de problemas específicos, (administração de insulina, pesquisa de glicémia, adesão ao plano alimentar...), aliada à procura de ajuda e da adequada informação sobre as implicações metabólicas dela decorrentes, tornam-se relevantes para a gestão da diabetes”, (Cunha, 2009, p. 444).

O suporte social contribui ainda para o controlo da vida, beneficiando o estado de saúde das pessoas e, por conseguinte, é um elemento facilitador do *empowerment* (Valla, 1999 cit in Amorim, 2009).

Relativamente à diabetes, o contexto social dos doentes portadores desta doença é reconhecido como um propulsor para a aquisição de capacidades que facilitam a gestão da doença de forma eficaz (Fragoso, 2009).

Na revisão da literatura realizada por Nunes (2005), está documentado que o apoio social induz benefícios físicos e psicológicos, facultando, às pessoas que usufruem dele, um melhor ajuste aos acontecimentos indutores de *stress*, uma melhor recuperação de uma doença diagnosticada recentemente e reduz o risco de mortalidade a determinadas doenças, como é o caso da diabetes, (Nunes, 2005).

5. CONCLUSÕES

Após termos desenvolvido o paralelismo dos dados obtidos no nosso estudo com as evidências científicas de outros autores, pretendemos deixar algumas reflexões que achamos de grande importância e que nos serão úteis durante o nosso exercício profissional aquando das Consultas de Enfermagem/Diabetes.

Tal como já referimos, anteriormente, o objetivo desta investigação foi avaliar o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes acompanhadas na Consulta de Diabetes nas unidades de saúde de Cuidados de Saúde Primários da região centro, pretendendo com isso, a implementação de novas estratégias de intervenção, promovendo a capacitação e autonomia dos referidos doentes, proporcionando-lhe apoio social, nas várias vertentes.

Os resultados encontrados, evidenciam que a diabetes tem repercussões importantes devido à sua prevalência e incidência, mas também pelo facto de se fazer acompanhar, na maioria das vezes, de complicações múltiplas que irão ter grande impacto quer na área social quer na área económica.

Dando resposta aos objetivos e questões de investigação anteriormente delineadas, podemos afirmar que:

- o perfil sociodemográfico da nossa amostra é caracterizado por utentes apresentar utentes de ambos os sexos, cuja idade oscila entre os 28 anos e os 90 anos, casados ou a viver em união de facto, com baixo nível de escolaridade, vivem , sobretudo, em meio rural, na maioria praticam a agricultura como ocupação dos seus tempos livres;

- o perfil clínico dos participantes revela que a maioria são diabéticos não insulino-tratados, o diagnóstico da doença ocorreu há cerca de 11 anos e possuem excesso de peso, maioritariamente com hipertensão sistólica, apresentam perímetro abdominal acima dos valores recomendados e com valores de HbA1c superiores a 6,5%.

- os resultados da presente investigação sugerem que as variáveis sociodemográficas, particularmente, a idade, o género, o nível de escolaridade, a profissão, o modo como exercem a profissão se encontram associadas a variabilidade significativa no *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes, com melhores resultados para os homens, nos mais jovens, nos indivíduos com nível de escolaridade mais elevado e a trabalhar por conta própria.

- também as variáveis clínicas como a maior duração da doença, a existência de complicações e o IMC mais elevado se revelaram determinantes do *empowerment* nas pessoas portadoras de diabetes.

- o apoio social demonstrou ser uma variável importante na ação preditora que desempenha no que respeita ao *empowerment*. Observa-se uma correlação positiva entre apoio social e melhor *empowerment*, em todas as dimensões, com mais ênfase para as dimensões do apoio informativo e apoio emocional.

Aceita-se por isso que as relações sociais que a pessoa mantém podem facilitar ou promover comportamentos promotores e/ou protetores de saúde e o apoio social pode ser um valioso recurso, capaz de promover uma melhor adaptação da pessoa às exigências impostas pela diabetes, constituindo, assim, uma ferramenta importante para o incremento do *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes.

Atualmente, a pessoa portadora de diabetes é considerada um parceiro na gestão da sua doença, tornando-se fundamental os profissionais de saúde adotarem estratégias promotoras de adesão baseadas no *empowerment* desses mesmos doentes.

Deveremos incentivar o doente portador de diabetes a capacitar-se para prevenir e controlar as complicações que poderão advir desta patologia. Para poderem controlar a diabetes com sucesso, os doentes deverão ser capazes de estabelecer metas e tomar decisões diárias que sejam eficazes e se enquadrem nas suas crenças e estilos de vida, não esquecendo os múltiplos componentes fisiológicos e psicológicos.

O *empowerment* não é uma técnica ou uma estratégia, mas uma visão que irá orientar a pessoa na vivência com a sua patologia, exigindo da própria um papel de parceiro proactivo, bem informado e colaborador do seu próprio cuidado. A educação para a autogestão é a base essencial para a abordagem ao *empowerment*.

Há, também, a considerar o facto de o *empowerment* ser visto como um comportamento humano e, como tal, estar sujeito às influências diretas do ambiente social em que vive a pessoa portadora de diabetes.

Este estudo mostra a importância dos profissionais de saúde atualizarem conhecimentos, por exemplo sobre apoio social e *empowerment*, de forma a fundamentar saberes, com o objetivo de tornar efetivas as tarefas que lhes competem na vigilância e bem-estar das pessoas portadoras de diabetes, como também expandir novos horizontes na promoção da saúde destes doentes, no sentido do seu *empowerment*.

Daqui podemos concluir que a nova filosofia de intervenção dos profissionais de saúde deverá sustentar-se em estratégias que promovam o *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes, facultando-lhes apoio informativo, instrumental e emocional que tanto interferem com a capacitação para a autonomia e autogestão da diabetes.

Com a realização deste estudo penso ter atingido os objetivos inicialmente definidos, aquando do início desta investigação. Estando certa de que estruturei, mentalmente, ações para divulgação, no seio da equipa multidisciplinar, dos resultados obtidos, com o intuito de delinear, em conjunto, estratégias de intervenção eficazes para capacitar as pessoas portadoras de diabetes, acompanhadas na Consulta de Diabetes da Unidade de Saúde de Cuidados Primários onde exerço as minhas funções profissionais, centralizando os cuidados na pessoa, englobando todos os recursos existentes, no seu contexto social e familiar.

Torna-se agora necessário, planejar mudanças na atitude e nos comportamentos dos profissionais de saúde, focando o seu empenho na prática de cuidados de saúde humanizados, com especial relevo para os determinantes sociais. Como tal, o Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária, tem um papel fulcral no desenvolvimento de um plano de intervenção, em parceria com a pessoa portadora de diabetes, incrementando e enfatizando a importância da mudança de comportamentos e a adesão de estilos de vida saudáveis, objetivando um processo de autogestão, proporcionando apoio de forma a habilitar estas pessoas de novas competências na área da prevenção, diminuindo as complicações decorrentes da diabetes.

Decerto, temos um longo caminho para percorrer, enveredando para a promoção do *empowerment* das pessoas portadoras de diabetes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (2001). *Publication manual of the American Psychological Association* (5ª ed.). Washington, DC: Auhor.
- American Diabetes Association (2006). *Clinical Practice Recommendations*. Acedido em 25, setembro, 2012, em <http://www.diabetes.org/home.jsp>
- Amorim, M. I. S. P. L. (2009). *Para lá dos números... Aspetos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com Diabetes Mellitus tipo 2*. Dissertação de doutoramento em saúde mental não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Anderson, R. M., Fitzgerald, J.M., Gruppen, L. D., Funnell, M. M. & Oh, M. S. (2000). *The Diabetes Empowerment Scale – Short Form (DES-SF)*. Acedido em 28, setembro, 2012, em <http://www.med.umich.edu/mdrtc/profs/survey.html#des>
- Andrade, G. R. B. & Vaistman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4): 925-934. Rio de Janeiro.
- Associação Nacional das Farmácias (ANF, 2012). Diabetes em Portugal. *Newsletter nº 93*. 24, fevereiro 2012.
- Atlas Mundial da Diabetes (2011). Federação Internacional de Diabetes (5ª edição). Acedido em 30, setembro, 2012, em <http://www.diabetes.org.br/component/content/article/44-noticias-em-destaque/2017-atlas-mundial-do-diabetes-2011>
- Boas, L. C. G. V. (2009). *Apoio Social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de S. Paulo. Acedido em 25, setembro, 2012, em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18082009-125600/pt-br.php>.
- Campos, L., Carneiro, A. V. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. A Qualidade no PNS 2011-2016*. Acedido em 20, setembro, 2012, em <http://pns.dgs.pt/pns-2011-2016/>.
- Canesqui, A. M. & Barsaglini, R. A. (2012). Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais. *Ciência e Saúde colectiva*. 17(5). Rio de Janeiro. Janeiro a maio 2012.
- Carmona, M. F. D. R. (2012). *Caracterização (fármaco) epidemiológica da diabetes tipo 2 em Portugal*. Tese de doutoramento não publicada, Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Carvalho, M. (2000). Dia Mundial da Diabetes. *Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Boletim nº 4*.

- Cunha et al. (2007). *Qualidade de vida dos Diabéticos com alteração nos pés*. Monografia de Licenciatura, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- Cunha et al. (2008). *Qualidade de vida dos Diabéticos com alteração nos pés*. Livro de actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, pp. 379-382.
- Cunha, M., Nunes, C. & Aparício, G. (2009). Obesidade, diabetes e funcionamento psicossocial. In: Rodrigues, V. et al., (coord.), (2009). *Investigação em Saúde. Contributos*. Vila Real: Escola Superior Enfermagem de Vila Real, pp. 442-455.
- DGS (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Acedido em 20,março,2013, em <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=60766101AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>.
- DGS (2011a). *Diagnóstico e classificação da Diabetes Mellitus*. Norma da DGS Nº 002/2011 de 14/01/2011.
- DGS (2011b). *Prevenção e avaliação da nefropatia diabética*. Orientação da DGS Nº 005/2001 de 31/01/2011.
- DGS (2011c). *Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Norma da DGS Nº 020/2011 de 28/09/2011.
- DGS (2012). *Programa Nacional para a Diabetes*. Orientações Programáticas. Acedido em 11, outubro, 2012 em www.dgs.pt
- DGS (2013). *Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus*. Informação da DGS Nº 001/2013 de 19/02/2013.
- Gallant (2003). The influence of social support on chronic illness selfmanagement a review and directions for research. *Health Education & Behaviour*. 30:2, pp. 170-195.
- Gomes-Villas Boas, L. C., Foss, M. C., Freitas, M. C. F. & Pace, A. E. (2012). Relação entre o apoio social, adesão aos tratamentos e controlo metabólico de pessoas com diabetes mellitus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 20(1). Jan/Fev. 2012. pp. 1-8.
- Grossi & Pascali (2009). *Cuidados de enfermagem Diabetes Mellitus*. Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo. Acedido em 30,setembro,2012, em http://www.diabetes.org.br/attachments/1118_1324_manual_enfermagem.pdf
- Fragoso, L. V. C. (2009). Vivências cotidianas de adolescentes com diabetes mellitus: um estudo compreensivo. Dissertação de mestrado em Enfermagem não publicado, Universidade Federal do Ceará. Acedido em 12 dezembro, 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a05v19n3.pdf>
- Holm, A. L., Anderson, A. F. & Jorgensen, M. E. (2008). Type diabetes social relations and health behavior. Acedido em 20, dezembro, 2012 em www.pubmed.com

- Kickbusch, I. (2012). *Patient empowerment- Who empowers Whom?* OMS. Acedido em 22,agosto,2012, em <http://pesquisa.proqualis.net/resources/000001988>.
- Liu, M. Y., Tai, Y. K., Hung, W.W., Hsieh, M.C.& Wang, R. H. (2010). Relationships between emotional distress, empowerment perception and self-care behavior and quality. *Life in patients with type 2 diabetes* 62 (1), pp.49-60.
- Marin, J. R. (1995). *Psicologia Social de la Salud*. Madrid: Editorial Sintesis, SA.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com a utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, Neves & Rosário (2012). Derivação e validação de um modelo preditivo do perímetro abdominal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 28, 26-32.
- Martins, R. M. L. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium*, 31, 128-34.
- Matos, A.P., Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento duma Escala de Apoio Social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica* 21 (3), 243-253.
- Mendoza, Quispe; Faro, Mancussi (2009). Suporte social do idoso cirúrgico: Revisão Bibliográfica. *Enfermería Global*,.15, febrero.
- Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Acedido em 25, setembro, 2012 em [http:// www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html)
- Nunes, M. M. J. C. (1999). *Qualidade de Vida e Diabetes: Influência das variáveis psicossociais*. Dissertação de mestrado não publicado em Sócio - Psicologia da Saúde, Instituto Superior de Altos Estudos Miguel Torga, Coimbra.
- Nunes, M. (2005). Apoio social na diabetes. *Millenium*, 31. Acedido em 9, outubro, 2012 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium31/10.pdf>
- Patrão, M. C. (2011). *Auto-eficácia em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratadas*. Dissertação de Mestrado de Saúde Pública, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acedido em 2, outubro, 2012 em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/20397>
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M. & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*, 267, edição portuguesa.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). (5ª ed. rev. e corrigida). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*, 692p. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pina, S. M. M. (2011). *Suporte Social e Adesão Terapêutica no doente com Síndrome Coronária Aguda*. Tese de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica não publicada, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.

- Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes 2011 (2012). *Diabetes: Factos e Números 2011*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Acedido em 30, setembro, 2012 em http://www.portugal.gov.pt/media/463407/diabetes_2011.pdf
- Ribeiro, M. V. (2010). *Suporte Social e Adesão ao Tratamento em Indivíduos com Diabetes tipo 2*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde não publicada, Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de ciências Humanas e Sociais. Porto. Acedido em 28, setembro, 2012 em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1450/2/DM_Marilia%20Veigas%20Ribeiro%2012979.pdf
- Santos, M. S. (2010). *Avaliação da Adesão Terapêutica de Pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2*. Dissertação de mestrado em Ciências da Saúde não publicada, Universidade Cruzeiro do Sul. São Paulo. Acedido em 10, janeiro, 2013 em http://sites.cruzeirosulvirtual.com.br/pos_graduacao/trabs_programas_pos/trabalhos/Mestrado_Ciencias_da_Saude/MESTRADO-Maria%20do%20Socorro%20dos%20Santos_43.PDF
- Seco, G. M. et al. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões*. Instituto Politécnico de Leiria. MX3. Leiria: Artes Gráficas, Lda.
- Silva, J. P. C. (2013). *Gestão do Regime Terapêutico na Pessoa com Diabetes*. Dissertação de mestrado de Educação para Saúde não publicado, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- Simão, H. (2009). *Estudo Descritivo do perfil de utilizador da Linha 24 com a análise de impacto ao nível da eficiência, equidade e empowerment em comparação com o modelo inglês NHS Direct*. Tese de mestrado de Gestão em Saúde não publicado, Escola de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Acedido em 28, setembro, 2012 em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/4342/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Helder%20Sim%C3%A3o.pdf>
- Symister, P. & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self – esteem as a mediator. *Health Psychology*, 22(2), pp. 123-129.
- Tol, A., Shojaeezadeh, D., Sharifired, G., Alhani, F. & Tehraini, M. (2012). *Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors*. Acedido em 20, abril, 2013 em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22352094

- Ulbrich, E. M. (2010). *Repercussões da intervenção educativa do enfermeiro no cuidado pessoal do doente crónico*. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem não publicado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Acedido em 28, abril, 2013 em <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oElisUlbrich.pdf>
- Viana, M. P. C. (2010). *Empowerment, qualidade de serviço e satisfação na Consulta de Diabetes*. Dissertação de mestrado em Gestão não publicado, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial. Acedido em 28, setembro, 2012 em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/5134/1/disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- World Health Organization (2011). *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011*. Acedido em 20, maio, 2013 em www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles_report.pdf

ANEXOS

Anexo 1

**CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA DE
EMPOWERMENT NA DIABETES
(Anderson, Funnel, Fitzgerald & Marrero,
2000)**

Tabela A – Consistência interna dos itens da Escala do Empowerment na Diabetes (Anderson, Funnel, Fitzgerald & Marrero, 2000 - estudo atual)

Itens	Média	Dp	R/item – total (sem item)	Alpha Cronbach (sem item)
1. sei com que parte(s) do(s) meu(s) cuidado(s) com a diabetes estou satisfeito	3,95	1,022	0,675	0,932
2. sei com que parte(s) do(s) meu(s) cuidado(s) com a diabetes não estou satisfeito.	3,67	1,173	0,423	0,935
3. sei que parte(s) do(s) meu(s) cuidado(s) com a diabetes estou disposto a alterar	3,83	0,986	0,589	0,933
4. sei que parte(s) do(s) meu(s) cuidado(s) com a diabetes não estou disposto a alterar.	3,51	1,180	-0,011	0,941
5. consigo escolher objetivos realistas relacionados com a diabetes	3,69	1,011	0,522	0,934
6. sei quais são os objetivos relacionados com a diabetes mais importantes para mim	4,12	0,859	0,420	0,935
7. sei o que em mim me ajuda ou impede de atingir os meus objetivos relacionados com a diabetes.	3,98	0,855	0,484	0,934
8. consigo arranjar boas ideias que me ajudem a atingir os meus objetivos	3,64	1,154	0,603	0,933
9. sou capaz de transformar o meu plano da diabetes num plano concretizável	3,61	1,209	0,705	0,931
10. consigo alcançar os meus objetivos relacionados com a diabetes assim que me predisponho a tal	3,65	1,221	0,736	0,931
11. sei quais as barreiras que tornam mais difícil atingir os meus objetivos relacionados com a diabetes	3,75	1,011	0,512	0,934
12. consigo lembrar-me de diferentes formas de ultrapassar barreiras relacionadas com os meus objetivos da diabetes.	3,61	1,009	0,625	0,933
13. consigo experimentar diferentes formas para ultrapassar barreiras relacionadas com o meu objetivo de combater a diabetes	3,71	1,059	0,689	0,932
14. consigo decidir qual é, para mim, a melhor forma de ultrapassar barreiras para atingir os meus objetivos relacionados com a diabetes.	3,81	1,006	0,711	0,932
15. consigo dizer como me sinto por ter diabetes	4,25	0,845	0,466	0,934
16. consigo dizer como me sinto relativamente ao cuidar da diabetes	4,27	,880	0,454	0,935
17. conheço as formas como a diabetes provoca stress na minha vida	3,95	1,041	0,402	0,935
18. conheço as formas positivas de lidar com o stress relacionado com a diabetes	3,46	1,115	0,685	0,932
19. conheço as formas negativas de lidar com o stress relacionado com a diabetes.	3,42	1,076	0,526	0,934
20. consigo lidar bem com o stress relacionado com a diabetes.	3,47	1,162	0,689	0,932
21. sei onde posso pedir apoio para cuidar da diabetes.	4,38	0,924	0,470	0,934
22. consigo pedir apoio para cuidar da diabetes sempre que necessito	4,05	1,217	0,417	0,935
23. consigo suportar-me a mim próprio ao lidar com a diabetes.	3,75	1,106	0,671	0,932
24. sei o que me ajuda a permanecer motivado para cuidar da diabetes	3,93	1,085	0,694	0,932
25. consigo motivar-me para cuidar da diabetes.	3,61	1,220	0,652	0,932
26. sei o suficiente sobre a diabetes para fazer as escolhas que são as melhores para mim	3,73	1,085	0,712	0,931
27. conheço-me suficientemente bem enquanto pessoa para fazer as escolhas relacionadas com a diabetes que são as melhores para mim	3,83	1,022	0,753	0,931
28. consigo descobrir se vale a pena mudar a forma como cuido da diabetes.	3,83	1,035	0,609	0,933
<i>Split-half</i>			1ª parte=0,877 2ª parte=0,899	
DES (Diabetes Empowerment Scale)			0,936	

Anexo 2

**CONSENTIMENTO INFORMADO E
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

Especialidade: Enfermagem Comunitária

Investigador Principal (orientador): Professoras Madalena Cunha e Suzana André

Investigadores colaboradores (alunos): Rosa Maria Chibante Pereira

Curso: 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Estudo: Implicações do Apoio Social no *Empowerment* em Pessoas Portadoras de Diabetes

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AO PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido(a).

Caro(a) Senhor(a),

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo sobre “Implicações do Apoio Social no *Empowerment* em Pessoas Portadoras de Diabetes da Região Centro” e cujos objectivos principais são: avaliar o Apoio social e o *Empowerment*. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-se sido garantido que não haverá prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado(a) autorizo a participação neste estudo:

Viseu, ___ / ___ / 2012.

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do orientador: Professora Doutora Madalena Cunha

Nome do co-orientador: Professora Suzana André

Nome dos investigadores: Rosa Maria Chibante Pereira

SECÇÃO A - QUESTIONÁRIO BIOGRÁFICO

Assinale com uma X (cruz) a resposta que for adequada ao seu caso (ou complete-a, se for caso disso), em relação às seguintes questões:

- 1) **Sexo:** Feminino Masculino 2) **Idade:** _____ Anos
- 3) **Residência:** Rural Urbano
- 4) **Estado Civil (legal):** Solteiro(a) Casado(a) União Facto Viúvo(a) Divorciado(a)
- 5) **Habilitações literárias:** Sem escolaridade 1ºciclo 2ºciclo Secundário Superior

6) **Qual foi a sua principal fonte de rendimento nos últimos 12 meses?**

- | | |
|--------------------|--|
| Trabalho | Subsídio por acidente de trabalho ou doença profissional |
| Reforma / Pensão | Rendimento social de inserção |
| Apoio social | Subsídio de desemprego |
| A cargo da família | Rendimento da propriedade ou da empresa |
| Outra(s): | _____ |

7) **Profissão actual ou última? (especificar)** _____

8) **Qual o modo como exerce/exerceu a profissão indicada?**

- | | |
|--|-------------------------------------|
| Trabalhador por conta própria ou isolado | Patrão/Empregador |
| Trabalhador por conta de outrem | Trabalhador familiar não remunerado |
| Outro(s): | _____ |

8.1) **Qual o número de horas que trabalha/trabalhou habitualmente por semana?** _____ horas

9) **Qual o valor do seu rendimento mensal líquido (já com descontos)?** _____ €

10) **Como é que se sente em relação à sua situação financeira?**

- Muito problemática Tenho o suficiente Tenho algumas dificuldades Confortável

11) **Com quem vive?**

- | | |
|---------------------------|--|
| Com o cônjuge/companheiro | Com a família restrita (marido, esposa e filhos) |
| Com amigos | Com a família alargada (pais, irmãos) |
| Sozinho(a) | Com familiares não diretos (tios, primos) |
| Com empregada(o) | Outro(s). Qual(ais)? _____ |

11.1) **Onde vive?** Moradia/Casa Apartamento Lar Outro. Qual? _____

11.2) **Quantas pessoas coabitam consigo?** _____ pessoas

12) **Qual a sua religião?** Católica Ortodoxa Protestante Judaica Muçulmana
Outra cristã Outra não cristã Sem religião

13) **Faz, ou já fez, parte de algum grupo de auto-ajuda?** Não Sim. Qual? _____

14) **Em que actividades ocupa o seu tempo livre?** _____

SECÇÃO B - QUESTIONÁRIO CLÍNICO

Assinale com uma X (cruz) a resposta que for adequada ao seu caso (ou complete-a, se for caso disso), em relação às seguintes questões:

- 15) Que tipo de diabetes tem? Tipo 1 Tipo 2 Outra Não Sei
- 16) Que idade tinha quando descobriu que era Diabético(a)? _____ anos
- 17) Utiliza algum tipo de registo/objecto que o(a) identifique como diabético(a)?
Não Sim. Qual? _____
- 18) Na sua família, alguém tem diabetes? Não Sim. Quem? _____
- 19) Faz a vigilância da sua Diabetes? Não Sim
- 19.1) Se sim, onde? Unidade de Saúde Familiar Consulta Aberta Hospital
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Medicina Trabalho Privado
Outro (s). Qual (ais)? _____
- 19.2) Em média, quanto tempo demora a chegar? _____ minutos
- 19.3) Que tipo de transporte usa nas deslocações? Nenhum Táxi Carro Próprio Mota
Bicicleta Carro Familiar Autocarro Boleia Outro. Qual? _____
- 20) Que profissionais controlam a sua Diabetes?
Médico de família Enfermeiro Psicólogo Podologista Endocrinologista
Oftalmologista Nefrologista Cardiologista Nutricionista
Outro(s) _____
- 21) Costuma levar o “Guia da Pessoa Com Diabetes” para as consultas?
Sim Não. Porquê? _____
- 22) Que sugestões daria para melhorar o atendimento? _____

- 23) No último ano, quantas consultas de Diabetes teve?
0 1 2 3 4 5 6 Mais que 6. Quantas? _____ consultas
- 24) Toma algum produto natural para controlar a Diabetes? Não Sim. O quê? _____
- 25) Toma medicamentos para a tensão arterial? Não Sim. Quantas vezes por dia? _____ x/dia
- 26) Toma medicamentos para o colesterol? Não Sim. Quantas vezes por dia? _____ x/dia
- 27) Que tipo de tratamento faz para a Diabetes?
Insulina. Quantas vezes por dia? _____ x/dia Com que idade iniciou? _____ anos
Comprimidos. Quantas vezes por dia? _____ x/dia Com que idade iniciou? _____ anos
Exercício Físico
Alimentação
Outro (indique qual) _____
- 28) Mensalmente, qual o valor médio que gasta em medicamentos? _____ €
-

29) Qual o seu peso? ____ Altura? ____ IMC? ____ P.Abd? ____ Hba1c? ____ PA? _____

30) Há um ano atrás, qual era o seu peso? ____ IMC? ____ P.Abd? ____ Hba1c? ____ PA? _____

31) Na sua opinião, tem a sua Diabetes controlada? Sim Não. Como justifica? _____

32) Para além da Diabetes, que outras doenças tem? _____

33) Já alguma vez esteve internado por causa da Diabetes? Não Sim.

33.1) Quantas vezes? _____

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

34) Já alguma vez teve que recorrer à Urgência por causa da Diabetes? Não Sim.

34.1) Quantas vezes? _____

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

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

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

35.1) Porque razão? _____

36) Faz a pesquisa da glicemia capilar? Não Sim

36.1) É capaz de fazer a auto-vigilância sem ajuda de outra pessoa?

Sim

Não. Porquê? _____

36.2) Quem lhe dá esse apoio? Familiares Vizinhos Centro de Dia Amigos

Outro(s). Quem? _____

37) Que complicações já apresenta por causa da Diabetes?

Retinopatia Diabética	Alteração gastrointestinal	Alteração sexual
Insuficiência Renal Crónica	Amputação minor	Isquémia
Acidente Vascular Cerebral	Amputação major	Alteração cardíaca
Hipertensão arterial	Doença arterial periférica	Neuropatia
		Sem alterações

38) No último ano, esteve de baixa médica por causa da Diabetes? Sim Não

38.1) Aproximadamente, quantos dias (total)? _____ dias

39) Em geral, diria que a sua saúde é: Ótima Muito boa Boa Razoável Fraca

40) Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado de saúde?

Muito Melhor Com algumas melhoras Igual Um pouco pior

ESCALA DE EMPOWERMENT NA DIABETES

Versão traduzida e adaptada para Português "The Diabetes Empowerment Scale", Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, Marrero DG - Diabetes Research and Training Center Universidade de Michigan, University of Michigan, 2000, por Coimbra e Cunha (2011)

	Discordo bastante	Discordo de certa forma	Tenho uma opinião neutra	Concordo de certa forma	Concordo bastante
Em geral,	0	1	2	3	4
1. sei com que parte(s) do(s) meu(s) cuidado(s) com a diabetes estou satisfeito.					
2. sei com que parte(s) do(s) meu(s) cuidado(s) com a diabetes não estou satisfeito.					
3. sei que parte(s) do(s) meu(s) cuidado(s) com a diabetes estou disposto a alterar.					
4. sei que parte(s) do(s) meu(s) cuidado(s) com a diabetes não estou disposto a alterar.					
5. consigo escolher objectivos realistas relacionados com a diabetes.					
6. ...sei quais são os objectivos relacionados com a diabetes mais importantes para mim.					
7. sei o que em mim me ajuda ou impede de atingir os meus objectivos relacionados com a diabetes.					
8. consigo arranjar boas ideias que me ajudam a atingir os meus objectivos.					
9. sou capaz de transformar o meu plano da diabetes num plano concretizável.					
10. consigo alcançar os meus objectivos relacionados com a diabetes assim que me predisponho a tal.					
11. sei quais as barreiras que tornam mais difícil atingir os meus objectivos relacionados com a diabetes.					
12. consigo lembrar-me de diferentes formas de ultrapassar barreiras relacionadas com os meus objectivos da diabetes.					
13. consigo experimentar diferentes formas para ultrapassar barreiras relacionadas com o meu objectivo de combater a diabetes.					
14. consigo decidir qual é, para mim, a melhor forma de ultrapassar barreiras para atingir os meus objectivos relacionados com a diabetes.					
15. consigo dizer como me sinto por ter diabetes.					
16. ...consigo dizer como me sinto relativamente ao cuidar da diabetes					
17. conheço as formas como a diabetes provoca stress na minha vida.					
18. conheço as formas positivas de lidar com o stress relacionado com a diabetes.					
19. conheço as formas negativas de lidar com o stress relacionado com a diabetes.					
20. consigo lidar bem com o stress relacionado com a diabetes.					
21. sei onde posso pedir apoio para cuidar da diabetes.					
22. consigo pedir apoio para cuidar da diabetes sempre que necessito.					
23. consigo suportar-me a mim próprio ao lidar com a diabetes.					
24. sei o que me ajuda a permanecer motivado para cuidar da diabetes.					
25. consigo motivar-me para cuidar da diabetes.					
26. sei o suficiente sobre a diabetes para fazer as escolhas que são as melhores para mim.					
27. conheço-me suficientemente bem enquanto pessoa para fazer as escolhas relacionadas com a diabetes que são as melhores para mim.					
28. consigo descobrir se vale a pena mudar a forma como cuido da diabetes.					

ESCALA DE APOIO SOCIAL

(Matos, A P & Ferrelra, A; 1999)

Leia cuidadosamente cada questão e coloque uma cruz (x) no quadrado que melhor se adapta ao seu caso. Lembre-se que não há respostas certas ou erradas, deve responder de acordo com o seu caso. Gostaríamos de colocar várias questões acerca do seu relacionamento com as pessoas com quem costuma conviver. Interessa-nos especialmente, saber qual o apoio social que habitualmente recebe, quer a nível emocional quer a nível de resolução de problemas de vida.

	Não Concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo multíssimo
1. Se tiver um problema grave, sei que alguém se levantaria ao meio da noite para falar comigo.					
2. Não tenho ninguém a quem possa demonstrar como eu sou realmente.					
3. Tenho alguém que me encoraja em situações emocionalmente delicadas.					
4. Quando é necessário falar de mim, contar os meus segredos, desejos, medos... sei de alguém que ouviria com prazer.					
5. Não tenho ninguém a quem possa demonstrar que estou aborrecido, nervoso ou deprimido.					
6. As minhas relações próximas transmitem-me sensações de segurança e bem-estar.					
7. Tenho alguém que me fornece informações úteis em caso de me sentir um pouco desorientado com algum problema.					
8. Costumo aconselhar-me com pessoas amigas para saber o que devo fazer quando tenho problemas.					
9. Costumo perguntar aos que me rodeiam o que devo fazer para resolver assuntos mais sérios.					
10. Tenho pessoas com quem posso contar, em caso de doença ou qualquer outra situação de emergência.					
11. Tenho pessoas com quem posso contar para tomar conta dos meus filhos (ou de outros familiares que dependem de mim) quando quero sair por algum tempo para me divertir.					
12. Quando preciso de ajuda financeira, não tenho ninguém a quem possa recorrer.					
13. Não tenho ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas (por exemplo, tomar conta do correio, etc)					
14. Quando me sinto com demasiada responsabilidade e exigências profissionais, não tenho ninguém que me "estenda a mão".					
15. Quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades diárias, sei a quem recorrer.					
16. Quando me sinto sobrecarregado com tarefas domésticas não tenho ninguém que me ajude.					

Obrigado pela colaboração.

Anexo 3

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À UNIDADE
LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA E
RESPECTIVA AUTORIZAÇÃO**

(ULS GUARDA – C.S. GOUVEIA)



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Sr.
Coordenador da UCSP do Centro de Saúde de
Gouveia
Dr. Gil Barreiros
Rua Dr. Mário Gomes Figueira S/N
6290-370 GOUVEIA

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA			
Ofício nº	811	Data:	28/09/2012
Processo:	70		

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o aluno do 1º Curso Mestrado de Saúde Comunitária, Rosa Maria Chibante Pereira (enfermeira na ULS Guarda - Centro de Saúde de Gouveia), a desenvolver um estudo sobre o tema "*Implicações do Apoio Social no Empowerment em pessoas portadoras de Diabetes*".

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação, durante o período de Outubro a Dezembro 2012, no Centro de Saúde de Gouveia.

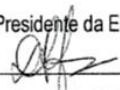
Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição que coordena. Mais informamos que as Professoras Madalena Cunha e Suzana André são responsáveis pela orientação da investigação, estando disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Vice-Presidente da ESSV,


Professor Doutor Daniel Silva

MC/AL



Exmo. Senhor
Professor Doutor Daniel Silva
M.I. Vice-Presidente da Escola Superior de
Saúde de Viseu.
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida
3500-428 VISEU

Gouveia, 2012-10-08

Assunto: Pedido de Autorização para efectuar colheita de dados.

0000075

Em relação ao solicitado pelo v^o ofício 812, processo 70, datado de 28.09.2012,
cumpre-nos informar que nada temos a opor.

Com os melhores cumprimentos.

O Coordenador da Unidade de Cuidados de Saúde
Personalizados do Centro de Saúde de Gouveia

Luís António V. Gil Barreiros
Assistente Graduado Sénior

Anexo 4

**PEDIDO DE PARECER DA COMISSÃO DE
ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DE VISEU
E RESPETIVO “PARECER”**

Presidente da Escola Superior de Saúde de
Viseu
Prof. Doutor Carlos Pereira

ASSUNTO: PEDIDO DE PARECER DE COMISSÃO DE ÉTICA PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna do 1º Curso Mestrado de Enfermagem Comunitária, Rosa Maria Chibante Pereira (enfermeira na ULS Guarda - Centro de Saúde de Gouveia), a desenvolver um estudo sobre o tema ***“Implicações do Apoio Social no empowerment em pessoas portadoras de Diabetes”***.

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.^a que se digne solicitar á Comissão de Ética parecer sobre a realização do Estudo.

Em anexo, enviamos um exemplar do Pré-projecto e Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição que coordena. Mais informamos que as Professoras Madalena Cunha e Suzana André são responsáveis pela orientação da investigação, estando disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

Viseu, 12 de outubro de 2012.

Pede Deferimento,

Rosa Maria Chibante Pereira



PARECER

Nº 18/2012

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "IMPLICAÇÕES DO APOIO SOCIAL NO EMPOWERMENT EM PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES"

Tendo a estudante Rosa Maria Chibante Pereira solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do 1º Curso de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, incluindo como participantes os utentes portadores de diabetes que estiveram presentes nas consultas de diabetes dos Centros de Saúde pertencentes à ARS Centro, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

Considerando que o estudo se reveste de importância para caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e actividades de auto-cuidado das pessoas portadores de diabetes e identificar a sua percepção sobre o apoio social e o *empowerment*, revertendo-se em benefícios por contribuir para gerar conhecimento para a melhoria da capacitação dos utentes com diabetes; pelo que consideramos importante que sejam enunciadas propostas e/ou sugestões com implicações para a prática e disponibilizados os dados às instituições;

Considerando que a participação no estudo consiste no preenchimento de um questionário pelos utentes portadores de diabetes e que as investigadoras procederam ao consentimento informado por escrito dos utentes e obtiveram a sua livre participação;

Considerando que no questionário não há identificação nominal e que a cada questionário será aposto um código por cada doente estudado; recomendamos, contudo, que a chave desta codificação deva apenas ser conhecida pelas investigadoras, bem como o arquivamento escrupuloso do suporte informático da base de dados;

Considerando que os dados colhidos não são considerados sensíveis;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e reúne interesse científico para ser realizado.

Viseu, 31 de Outubro de 2012

Encarsteiro Almeida

A presidente da CE da ESSV

*- Ao conhecimento da
referente, por formação
de parecer. 02/11/2012
d/fz
Briúci a/c Piza
Suzana. J.N.
5/11/2012*

Anexo 5

**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA
UTILIZAÇÃO DA ESCALA DO APOIO
SOCIAL (MATOS & FERREIRA, 2000)**

07/06/13

Gmail - Pedido de Autorização para utilização da Escala do Apoio Social

Gmail



Rosa Pereira <chibante.rosa@gmail.com>

Pedido de Autorização para utilização da Escala do Apoio Social

Rosa Pereira <chibante.rosa@gmail.com>
Para: apmatos@fpce.uc.pt

20 de novembro de 2012 21:48

Exma. Sra. Prof. Doutora Ana Paula Matos,

Boa noite!

Chamo-me Rosa Maria Chibante Pereira e estou a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde de Viseu. Venho, por este meio, solicitar a autorização para poder utilizar a Escala do Apoio Social da Vossa autoria, num estudo sobre "Implicações do Apoio Social no Empowerment em Pessoas Portadoras de Diabetes". Agradeço também alguma bibliografia acerca da referida escala, se possível. Segue em anexo o referido pedido.

Grata pela atenção dispensada,

Com os melhores cumprimentos.

Rosa Chibante

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR A ESCALA DO APOIO SOCIAL.docx
12K

Exma. Sra. Professora Doutora

Ana Paula Matos

ASSUNTO: Pedido de autorização para utilização de Escala do Apoio Social

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna do 1º Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária, Rosa Maria Chibante Pereira (enfermeira na ULS Guarda - Centro de Saúde de Gouveia), a desenvolver um estudo sobre o tema ***“Implicações do Apoio Social no Empowerment em Pessoas Portadoras de Diabetes”***, é nosso objetivo utilizar um instrumento validado para a população portuguesa.

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.ª a necessária autorização para aplicar a Versão Portuguesa da Escala do Apoio Social.

Mais informamos que pretendemos aplica-la às pessoas portadoras de Diabetes seguidas nas consultas de Diabetes em Unidades de Saúde da Região Centro.

Agradecendo a atenção que possa dispensar ao nosso pedido, solicitamos ainda que nos responda no mais breve tempo possível.

Com os melhores cumprimentos,

Viseu, 18 de Novembro de 2012

Aluna do Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária:

Rosa Maria Chibante Pereira

Anexo 6

**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA
UTILIZAÇÃO DA ESCALA DO EMPOWERMENT
DA DIABETES**

VERSÃO TRADUZIDA (COIMBRA & CUNHA, 2011)

E RESPETIVA AUTORIZAÇÃO

Gmail



Rosa Pereira <chibante.rosa@gmail.com>

Pedido de Autorização

Rosa Pereira <chibante.rosa@gmail.com>
Para: madac@iol.pt

20 de novembro de 2012 21:35

Exma. Sra. Professora Doutora
Madalena Cunha

**ASSUNTO: Pedido de autorização para utilização da
versão traduzida da Escala de Empowerment na Diabetes**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna do 1º Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária, Rosa Maria Chibante Pereira (enfermeira na ULS Guarda - Centro de Saúde de Gouveia), a desenvolver um estudo sobre o tema "**Implicações do Apoio Social no Empowerment em Pessoas Portadoras de Diabetes**", é nosso objetivo utilizar um instrumento validado para a população portuguesa.

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.^a a necessária autorização para aplicar a Versão Traduzida e Adaptada para Português da Escala de Empowerment na Diabetes ("The Diabetes Empowerment Scale").

Mais informamos que pretendemos aplica-la às pessoas portadoras de Diabetes seguidas nas consultas de Diabetes em Unidades de Saúde da Região Centro.

Agradecendo a atenção que possa dispensar ao nosso pedido, solicitamos ainda que nos responda no mais breve tempo possível.

Com os melhores cumprimentos,

Viseu, 18 de Novembro de 2012

Aluna do Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária:

Rosa Maria Chibante Pereira

07/06/13

Gmail - Pedido de Autorização

Gmail



Rosa Pereira <chibante.rosa@gmail.com>

Pedido de Autorização

Rosa Pereira <chibante.rosa@gmail.com>

20 de novembro de 2012 21:40

Para: joanaxcoimbra@gmail.com

Boa noite En^ª Joana

Venho por este meio enviar o pedido de autorização para utilização da Escala do Empowerment na Diabetes, traduzida e adaptada, versão portuguesa.

Com os melhores cumprimentos.

Rosa Chibante

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO ESCALA DO EMPOWERMENT En^ª Joana.docx
12K

Exma. Sra. Enfermeira

Joana Coimbra

ASSUNTO: Pedido de autorização para utilização da versão traduzida da Escala de Empowerment na Diabetes

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, está a Escola Superior de *Saúde de Viseu* e a aluna do 1º Curso Mestrado em *Enfermagem Comunitária*, Rosa Maria Chibante Pereira (enfermeira na ULS Guarda - Centro de Saúde de Gouveia), a desenvolver um estudo sobre o tema ***“Implicações do Apoio Social no Empowerment em Pessoas Portadoras de Diabetes”***, é nosso objetivo utilizar um instrumento validado para a população portuguesa.

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.ª a necessária autorização para aplicar a Versão Traduzida e Adaptada para Português da Escala de Empowerment na Diabetes (“The Diabetes Empowerment Scale”).

Mais informamos que pretendemos aplica-la às pessoas portadoras de Diabetes seguidas nas consultas de Diabetes em Unidades de Saúde da Região Centro.

Agradecendo a atenção que possa dispensar ao nosso pedido, solicitamos ainda que nos responda no mais breve tempo possível.

Com os melhores cumprimentos,

Viseu, 18 de Novembro de 2012

Aluna do Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária:

Rosa Maria Chibante Pereira

Cara Colega Rosa Chibante,

Agradecemos o seu interesse na Escala de Empowerment na Diabetes, versão portuguesa traduzida e adaptada da *The Diabetes Empowerment Scale*, de Anderson, Funnell, Fitzgerald & Marrero (2000), por Coimbra e Cunha, (2011).

Teremos todo o gosto em lhe disponibilizar a versão portuguesa deste instrumento para fins da sua investigação como um modo de alargar a recolha de dados a várias populações. As condições para a utilização do instrumento estão indicadas abaixo. Depois de receber esta carta devidamente assinada e acompanhada de um resumo breve do seu estudo, enviar-lhe-emos uma cópia do instrumento.

Garantiremos permissão para a utilização deste instrumento se:

1. Receber uma cópia do resumo da investigação que se propõe realizar (1 parágrafo);
2. Tiver um compromisso de receber os resultados do seu estudo;
3. Receber uma cópia dos dados de validade e fiabilidade obtidos na sua investigação;
4. Todas as referências ao instrumento realizadas neste trabalho ou na publicação de outros trabalhos com ele relacionados incluírem a citação da autoria da tradução/adaptação do instrumento, conforme indicado no cabeçalho do mesmo.

Concordo com as condições acima e incluí um resumo breve do estudo que me proponho realizar.

Assinatura Rosa Faia Chibante Pereira Data _____

Nome Rosa Faia Chibante Pereira

Endereço Qta de Tapada Nova, EN 17 - 6290-261 Gouveia

Telefone (Trabalho) 238 098 383 (Casa) 238 490 400

E-Mail: chibante.rosa@gmail.com

Com os melhores cumprimentos,

joanax
Mestre Joana Coimbra

e-mail: joanaxcoimbra@gmail.com

Madalena
Prof. Doutora Madalena Cunha
madac@iol.pt;
madalenacunhanunes@gmail.com