

Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico

Diabetic's satisfaction with the nursing care: the influence in adherence to the therapeutic regime

Maria Rui Sousa*

Maria José Peixoto**

Teresa Martins***

Resumo

A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde tem sido referida como um dos factores que poderão influenciar a adesão. Assim, este estudo pretende determinar o nível de satisfação dos utentes com diabetes mellitus tipo 2 com a consulta de enfermagem; identificar a sua adesão ao regime terapêutico e compreender de que modo esta se relaciona com a satisfação do utente. Desenvolvemos um estudo transversal e correlacional, com uma amostra sequencial de 212 utentes que frequentam a consulta de diabetes de dois Centros de Saúde e de um hospital da área do grande Porto. A amostra apresenta uma média de idades de 62,6 anos, é maioritariamente feminina (54,7%), com baixas habilitações literárias ($M=4,0$ anos), apresentando um tempo médio de doença de 10,8 anos. Os participantes demonstraram mais dificuldade em aderir ao exercício físico. Nos cuidados com a alimentação encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os sexos (Homens $M=71,2$ $DP=19,0$; Mulheres $M=77,8$ $DP=17,4$; $p<0,01$). Os diabéticos mais jovens aderem mais à prática de actividade física ($r = -0,19$; $p < 0,01$) e à dieta aconselhada ($r = -0,23$; $p < 0,01$). Encontraram-se valores médios indicativos de uma boa satisfação com a consulta de enfermagem verificando-se que esta variável prediz em 12% a adesão ao regime terapêutico. Estes resultados apontam para a influência que os profissionais de enfermagem têm na adesão do doente ao regime terapêutico.

Palavras chave: diabetes, satisfação do doente, relações profissional-doente.

* Enfermeira Especialista em Enfermagem na Comunidade, Mestre em Educação, área de especialização de Educação para a Saúde e Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

** Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Pública, Mestre em Saúde Pública e Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

*** Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Pública, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Psicologia da Saúde, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Abstract

The patients' satisfaction with health cares has been referred as one of the factors that might influence the adherence. Thus, the aim of this study is: to determine the level of satisfaction of the patients with diabetes mellitus type 2 with the nursing care; to identify their adherence to the therapeutic regime and to understand the way that this relates itself to the patients' satisfaction. We develop a cross-sectional study with 212 diabetics of two health centres and a hospital of Oporto area. The sample presents a mean of ages of 62,6 years, is mostly feminine (54.7%), with low literacy qualifications ($M=4,0$ years), presenting a mean of illness time of 10,8 years. The participants showed more difficulty in adhering to the physical exercise. According to the diet cares we find significantly differences statistics between the sexes (Men $M = 71,2$ $DP=19,0$; Women $M = 77,8$ $DP=17,4$; $p<0,01$). The youngest diabetics adhere more to the practical physical activity ($r = -0,19$; $p < 0,01$) and to advised diet ($r = -0,23$; $p < 0,01$). Indicative mean values of a good satisfaction were found with the nursing consultation. We verify that this variable predicts in 12% the adherence to the therapeutic regime. These results show the influence that the nursing professionals have in the adherence of the patient to the advised therapeutic regime.

Keywords: diabetes, patient satisfaction, professional-patient relations.

Recebido para publicação em: 29-10-2007

Aceite para publicação em: 26-09-2008

Introdução

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica em expansão com elevados custos humanos, sociais e económicos. Dados epidemiológicos recentes demonstram um aumento desta patologia em todos os países, falando-se mesmo em pandemia (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal - APDP, 2001). A Organização Mundial de Saúde prevê que em 2030 cerca de 366 milhões de pessoas em todo o mundo tenham diabetes, das quais 48 milhões serão cidadãos europeus (Wild *et al.*, 2004). Calcula-se que em Portugal existam 300 000 pessoas com este diagnóstico (Direcção Geral de Saúde, 2002) verificando-se uma taxa de incidência entre 1992-1999, de 270,3‰, e uma média anual de 26.810 novos casos por ano, 643 tipo 1 e 26.167 tipo 2 (Falcão, Nogueira & Pimenta, 2001), sendo actualmente a quarta causa de morte em Portugal (Silva & Pais-Ribeiro, 2000). A diabetes mellitus aumenta com a idade, atingindo valores mais elevados no grupo dos 65 aos 74 anos. Em Portugal, aproximadamente metade dos diabéticos conhecidos têm mais de 65 anos. Para além dos aspectos sociais e humanos que se traduzem no aumento de morbilidade e mortalidade, em termos de custos financeiros esta doença desvia cerca de 10% dos recursos globais da saúde (Direcção Geral da Saúde, 2002). Perante este cenário, os serviços de saúde têm desenvolvido esforços no sentido de controlar esta situação.

A diabetes é vulgarmente considerada como a doença do estilo da vida moderna estando frequentemente associada a maus hábitos alimentares, falta de exercício físico, obesidade e aumento do stress. O seu tratamento é considerado complexo pois exige que a pessoa siga um roteiro diário durante todo o seu percurso de vida onde estão contemplados um conjunto de cuidados a nível comportamental (Polonsky, 1993). Estes cuidados assentes na chamada tríade terapêutica (alimentação, exercício físico e medicação) implicam que o diabético seja o principal gestor da sua doença, isto é, que os adapte à sua realidade, pois não existe uma receita única que responda às várias situações a que ele é sujeito (McNabb, 1997).

Vários estudos têm-se debruçado sobre a adesão dos diabéticos ao regime terapêutico os quais, na globalidade, apontam para uma taxa elevada de não adesão devido à complexidade do regime bem como à necessidade de adopção de novos comportamentos

(Polonsky, 1993; Bishop, 1994; Golin, DiMatteo & Gelberg, 1996; Cameron, 1996; Bradley, 1997; Glasgow *et al.*, 1997; Chan & Molassiotis, 1999; Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002).

O conceito de adesão está associado à extensão no qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde (Brannon & Feist, 1997). Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros adesão é definida como *“volição com as características específicas: acção auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor; sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)”* (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005, p. 81). A World Health Organization (2003) refere quatro grandes grupos de variáveis relacionadas com a adesão: (1) características da doença e do tratamento; (2) factores intra-pessoais; (3) factores interpessoais; (4) factores ambientais. Embora encontremos estes factores agrupados de forma ligeiramente diferente de acordo com vários autores todos eles abordam a complexidade do tratamento, a duração da doença, as características da personalidade, a auto-estima, a auto-eficácia, o sexo, a idade, a qualidade da relação entre o profissional de saúde e o utente, o suporte familiar, o acesso aos cuidados de saúde, entre outros, como variáveis que interferem na adesão. Para além desta multiplicidade de factores existe evidência que estes não actuam de forma isolada mas agrupam-se de diversas formas o que vai despoletar diferentes níveis de adesão.

De facto, embora alguns autores apontem para uma baixa adesão dos diabéticos ao seu regime terapêutico (Kurtz, 1990, cit. por Polonsky, 1993), não se observa igualdade a nível de todos os parâmetros desse regime. Habitualmente regimes terapêuticos mais intrusivos que impliquem mudanças têm tendência a ser menos aceites. Alguns estudos com diabéticos apontam para bons níveis de adesão ao regime medicamentoso,

em detrimento de outros componentes do regime (Sousa, 2003; Bastos, 2004; Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006). Este facto poderá estar relacionado com a maior facilidade que o diabético tem em incluir a medicação nos seus hábitos diários, pois as mudanças nos hábitos alimentares e nos hábitos de actividade física habitualmente são mais difíceis de integrar e modificar.

Pressupondo que as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde representam o melhor para o problema do indivíduo, a não adesão a essas recomendações reflecte-se numa perda de oportunidade de saúde assim como um desperdício potencial de recursos para o sistema de saúde (Ley, 1997; Horne, 2000). Os profissionais de saúde têm um papel fundamental junto dos utentes com doenças crónicas, pois apesar da pessoa ser responsável pela sua saúde e consequentemente pela necessidade de seguir o tratamento implícito à sua condição, o regime que deve seguir pode apresentar-se-lhe complexo. Este regime na maior parte das vezes, senão todas, vai exigir mudanças no seu auto cuidado diário.

O papel do profissional de saúde na adesão tem merecido por parte dos investigadores alguma atenção pois os achados sugerem que a satisfação dos utentes com os serviços de saúde, mais especificamente com os profissionais, pode estar relacionada com a adopção de comportamentos mais saudáveis por parte dos utentes (Amaral, 1997; Fitzpatrick, 1997; Trindade & Teixeira, 2000; Yardley et al., 2001).

Contrariando a ideia que a não adesão é da exclusiva responsabilidade dos utentes, alguns autores chamam a atenção para a importância de determinadas características dos técnicos de saúde que podem ser facilitadoras de comportamentos de procura de saúde da pessoa (Amaral, 1997; Trindade & Teixeira, 2000; Bennett, 2002). A interacção que se estabelece entre ambos, profissional/utente, pode afectar significativamente os comportamentos de auto cuidado. Uma interacção centrada no indivíduo que tenta promover uma relação positiva, demonstrando interesse e consideração, parece aumentar a adesão.

O Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão, defende que a adesão é previsível, combinando o factor *satisfação do doente em relação à consulta*, com os factores *compreensão* da informação dada na consulta e *memorização* dessa informação (Ley, 1988, cit. por Ogden, 1999).

De facto, embora a satisfação do doente já tenha sido referenciada em estudos efectuados por Haynes e colaboradores (1979) e por Ley (1988), que indicaram que os níveis de satisfação dos doentes estavam relacionados com vários componentes da consulta, nomeadamente com os aspectos afectivos (apoio emocional, compreensão), aspectos comportamentais (prescrições e explicações adequadas) e aspectos ligados à competência do próprio técnico (Haynes, 1979 & Ley, 1988, cit. por Ogden, 1999), somente estudos mais recentes se têm debruçado sobre a influência directa do papel dos profissionais de saúde nos comportamentos de adesão.

McIntyre e Silva (1999) ao estudar a satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde na Região Norte verificaram uma relação clara entre a satisfação dos utentes e a sua adesão ao regime terapêutico estabelecido. Para estas autoras a satisfação pode ser entendida como uma série de reacções da pessoa à experiência dos cuidados de saúde. A distância entre o que a pessoa espera dos cuidados e a sua percepção do que realmente recebe representa a satisfação do utente, a qual é influenciado por um leque variado de factores nomeadamente características da pessoa, experiências e expectativas. Fuertes e colaboradores (2006), numa amostra de 118 pessoas portadoras de várias doenças crónicas também encontraram uma associação entre satisfação e adesão.

Neste contexto, a realização de novos trabalhos poderá contribuir para um melhor entendimento da relação entre satisfação com os cuidados de saúde e a adesão a comportamentos saudáveis, sempre numa perspectiva de capacitar o utente de estratégias que o possam ajudar na efectivação do regime terapêutico mais adequado à sua situação.

Com este estudo pretende-se identificar o nível de satisfação dos utentes com diabetes mellitus tipo 2 com a consulta de enfermagem, identificar a sua adesão ao regime terapêutico e compreender de que modo esta se relaciona com a satisfação do utente.

Método

Desenvolveu-se um estudo correlacional (pois para além da descrição dos fenómenos, pretende estabelecer relações entre variáveis), de carácter transversal (com uma única avaliação), situando-se no paradigma quantitativo.

Participantes

A amostra não probabilística e sequencial (todos os participantes que reuniam os critérios de inclusão na amostra foram seleccionados consecutivamente até atingir o numero pretendido) foi constituída por 212 diabéticos que frequentavam a consulta de enfermagem em dois centros de saúde e num hospital, da área do Grande Porto. Como critérios de inclusão os participantes deveriam ser diabéticos tipo 2 há mais de 12 meses, com idade igual ou superior a 30 anos e terem recorrido a mais que uma consulta de enfermagem no último ano. Excluíram-se aqueles que não sabiam compreender e falar a língua portuguesa. Dos inquiridos 54,7% eram do sexo feminino e 45,3% do masculino, apresentavam uma média de idades de 62,6 anos (Homens \bar{M} =62,8 anos DP =12,4; Mulheres \bar{M} =62,4 anos DP =12,4), uma escolaridade média de 4,0 anos (Homens \bar{M} =4,6 anos DP =3,6; Mulheres \bar{M} =3,4 anos DP =3,0; t =-2,63; p =0,009), 72,9% eram casados, (Mulheres-36,7%; Homens-36,2%), 27,1% eram não casados (Mulheres-17,6%; Homens-9,5%) e, em termos laborais, 52,4% já se encontravam reformados. O diagnóstico da doença surgiu em média a partir da quinta década de vida (Homens \bar{M} =52,8 anos DP =11,4; Mulheres \bar{M} =51,6 anos DP =11,6), com o tempo médio de doença de 10,8 anos (Homens \bar{M} =10,3 anos DP =7,4; Mulheres \bar{M} =11,1 anos DP =9,7) e 50,2% referiram ter familiares diabéticos. Os homens fumavam mais cigarros/dia (\bar{M} =11,6; DP =8,0) do que as mulheres (\bar{M} =7,2; DP =3,4). Relativamente às dificuldades referidas pelos participantes verificamos que, quer para as mulheres quer para os homens, o exercício físico surge como primeiro factor onde são sentidos mais problemas (31,6% e 27,4%), seguido pela alimentação (17,0% e 13,7%). O regime medicamentoso surge como a terceira dificuldade referida (1,9% e 2,8%). Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto às dificuldades manifestadas.

Materiais

Os instrumentos usados neste estudo consistiram no Questionário Sócio – Demográfico e Clínico (Sousa & McIntyre, 2004), Questionário das Actividades de Auto-cuidado com a Diabetes (Toobert, Hampson

& Glasgow, 2000; versão portuguesa adaptada por Bastos, Severo & Lopes, 2007) e o Questionário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem (Ribeiro, 2005).

O Questionário Sócio–Demográfico e Clínico permite caracterizar a amostra em termos demográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação laboral) e clínicos (idade do diagnóstico, dificuldades específicas sentidas com o tratamento, problemas de saúde existentes, familiares com diabetes mellitus).

O Questionário das Actividades de Auto cuidado com a Diabetes é uma escala de auto-relato com 24 itens. Avalia a frequência das actividades do regime terapêutico, nomeadamente: *dieta geral* (três itens) e *dieta específica* (oito itens), *exercício físico* (dois itens), *teste de açúcar no sangue* (dois itens), *cuidados com os pés* (cinco itens), *medicamentos* (três itens) e *hábitos tabágicos* (três itens). A escala é parametrizada em dias por semana, variando o *score* de cada item entre 0 e 7. O *score* por dimensão resulta da média do número de dias dos itens que constituem a dimensão (Bastos, Severo & Lopes, 2007).

O Questionário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem é constituído por 26 itens variando o *score* de cada um entre 1 e 3. Avalia as seguintes dimensões: *qualidade na assistência* (nove itens) que expressa o modo como os enfermeiros se relacionam com os utentes quando estes ocorrem ao centro de saúde, *individualização da informação* (seis itens) que reflecte o modo como os indivíduos perceberam a comunicação que o enfermeiro estabeleceu com eles, *envolvimento do utente* (três itens) que reflecte a ideia geral de que o utente se encontra satisfeito pelo facto de sentir que o enfermeiro desenvolve todo um trabalho centrado na pessoa, *informação de recursos* (três itens) que expressa a importância da transmissão da informação sobre os recursos disponíveis, *formalização da informação* (dois itens) que reflecte a ideia que na actividade do enfermeiro existe um papel ligado a aspectos mais formais da sua actividade (fornecer informação escrita, esclarecer direitos e deveres do utente) e *promoção do elo de ligação* (três itens) que expressa a preocupação de envolvimento da família ou pessoas mais próximas no processo de cuidados (Ribeiro, 2005). A autora sugere que os *scores* de cada dimensão sejam transformados numa escala de 0 a 100%, procedimento este usado em situações semelhantes, pois facilita o grau de compreensão dos resultados.

Questões éticas

Foram respeitadas neste estudo a generalidade das regras de conduta expressas na Declaração de Helsínquia e a legislação nacional em vigor, sendo garantida a necessária confidencialidade das informações recolhidas. Todos os participantes deram o seu consentimento informado. Toda a informação que identificasse os participantes foi tratada separadamente e introduzida numa base de dados para o efeito, à qual só tinha acesso os investigadores responsáveis.

O projecto de investigação foi submetido a apreciação e aprovação da(s) Direcção(ões) do(s) Centro(s) de Saúde e Hospital e a utilização dos instrumentos de recolha de dados foi precedida pela autorização prévia dos autores.

Resultados

Relativamente aos resultados obtidos nos diferentes componentes da adesão avaliada pelo questionário dos Cuidados Pessoais com a Diabetes (Tabela 1), os dados mostram que é no exercício físico que os diabéticos apresentam pontuações menores, sugerindo maior dificuldade neste tipo de autocuidado. As mulheres ($M=77,8$ $DP=17,4$) mostraram melhor adesão à dieta específica para diabéticos do que os homens ($M=71,2$ $DP=19,0$), sendo estas diferenças significativas sob o ponto de vista estatístico ($t=2,64$; $p=0,009$). Apesar de as mulheres mostrarem maior adesão à dieta em geral, ao exercício físico e cuidados com os pés, estas diferenças não foram significativas. Em contrapartida os homens parecem aderir mais à terapêutica farmacológica e à monitorização glicémica. Contudo, também aqui as diferenças não são estatisticamente determinantes.

TABELA 1 – Teste t para diferenças de médias entre mulheres e homens de acordo com as componentes de adesão

Componentes da Adesão	M (DP)		t	p
	Feminino	Masculino		
Dieta Geral	77,75 (24,69)	74,72 (26,66)	0,85	0,40
Dieta Específica	77,77 (17,37)	71,15 (19,00)	2,64	0,009
Exercício Físico	17,67 (22,22)	14,89 (27,10)	0,82	0,41
Glicemia Capilar	53,80 (38,22)	57,53 (40,90)	-0,61	0,54
Cuidados com os pés	67,34 (24,19)	66,82 (23,04)	0,16	0,88
Medicação	98,88 (9,48)	99,09 (5,46)	0,70	0,85

Relacionando a idade com as várias dimensões do autocuidado verificamos que os diabéticos mais idosos aderem menos à dieta específica ($r=-0,23$; $p<0,01$) e à prática de actividade física ($r=-0,19$; $p<0,01$).

A estatística descritiva relativa à avaliação da satisfação com a consulta e atendimento de enfermagem encontra-se na tabela 2. Não se registaram diferenças estatísticas nas várias dimensões da satisfação perante a consulta de enfermagem entre homens e mulheres. Podemos afirmar que a grande maioria dos participantes manifestam uma percepção positiva sobre o atendimento na consulta de enfermagem. A qualidade na assistência é a dimensão que reúne uma avaliação mais positiva. Também parece notório que a grande maioria dos participantes considera que na consulta os enfermeiros têm a preocupação de transmitir informação adaptada a cada pessoa ou seja, informação individualizada.

Constata-se que os participantes consideram que os enfermeiros promovem vínculos de ligação com os utentes no atendimento aos diabéticos. De todas as dimensões analisadas as que mostram uma menor classificação, no entanto ainda bastante satisfatória, prende-se com a preocupação dos enfermeiros na informação aos utentes sobre os recursos da comunidade disponíveis para a optimização da sua saúde e a criação de mecanismos formais para melhor veiculação da informação terapêutica (formalização da informação).

Na tabela 3 encontram-se os valores das correlações das escalas do Autocuidado com a Diabetes com a Satisfação com a Consulta de Enfermagem. Verificamos algumas associações que, embora fracas, nos merecem atenção. A maior qualidade na assistência correlaciona-se a maior adesão ao teste da glicemia; a informação individualizada correlaciona-

Tabela 2 – Médias e desvio padrão nas diferentes dimensões da Satisfação com a Consulta de Enfermagem de acordo com o sexo

Dimensões da Satisfação	M (DP)	
	Feminino	Masculino
Qualidade na Assistência	91,88 (12,21)	93,48 (13,46)
Individualização da Informação	91,28 (12,84)	92,71 (13,82)
Envolvimento do Utente	89,66 (16,10)	91,23 (18,11)
Informação dos Recursos	79,60 (22,36)	79,53 (22,41)
Formalização da Informação	75,72 (23,50)	74,48 (23,88)
Promoção de Elo de Ligação	80,97 (21,56)	80,14 (22,86)

se a maior adesão ao exercício, à dieta geral e aos cuidados com os pés; o envolvimento do utente no seu regime terapêutico correlaciona-se com maiores cuidados aos pés e maior adesão à dieta em geral; a informação dos recursos correlaciona-se com a dieta

em geral; a formalização da informação correlaciona-se com a alimentação (dieta geral e específica) e com o exercício físico e a promoção do elo de ligação correlaciona-se com maior adesão à alimentação e aos cuidados aos pés (Tabela 3).

Tabela 3 – Matriz de correlação de Pearson entre Autocuidado com a Diabetes e Satisfação com a Consulta de Enfermagem

Autocuidado / Satisfação	Dieta específica	Exercício físico	Glicemia	Cuidados aos pés	Medicação	Dieta geral
Qualidade na assistência	,074	,088	,191*	,105	,067	,118
Individualização da informação	,133	,191**	,099	,144*	,067	,181**
Envolvimento do utente	,058	,052	,027	,174*	,069	,162*
Informação dos recursos	,123	,126	,009	,109	-,026	,249**
Formalização da informação	,166*	,175*	-,120	,119	-,018	,210**
Promoção elo ligação	,208**	,037	-,066	,218**	,025	,172*

** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Recorreu-se à regressão hierárquica para analisar se as várias dimensões da escala da satisfação predizem a adesão aos diferentes componentes do regime terapêutico. Não encontramos resultados com significância estatística relativamente a cada componente mas verificamos que a satisfação em geral com a consulta de enfermagem prediz em 12% ($p < 0.001$) a adesão ao regime terapêutico, isto é, maior satisfação em geral com os profissionais de enfermagem, maior adesão aos cuidados em geral.

Discussão

Verificamos que os participantes do presente estudo referem uma boa adesão às diferentes dimensões do regime terapêutico, com excepção à prática de

actividade física, resultados que vão de encontro aos de outros estudos (Marín-Reyes & Rodrigues-Morán, 2001; Sousa, 2003; Bastos, 2004). O factor educacional, associado a estilos de vida mais sedentários e potenciado pela elevada faixa etária da amostra, podem contribuir para esta baixa adesão. As mulheres demonstram maiores cuidados na alimentação, o que poderá estar relacionado com a importância que elas dão à sua imagem corporal. Estes resultados não são sobreponíveis a outros estudos que não encontraram esta relação entre o sexo e os auto cuidados (Sousa, 2003; Sousa, 2005; Silva *et al.*, 2006).

Relativamente ao efeito da idade nos cuidados com a diabetes, encontramos uma correlação negativa com a dieta específica e com o exercício físico. Estes resultados contrariam argumentações que apontam para que pessoas mais velhas tenham mais sentimentos

de vulnerabilidade e adoptem comportamentos de saúde e maior adesão ao tratamento (Brannon & Feist, 1997; Leventhal & Crouch, 1997; Sarafino, 2002). Especificamente na actividade física é compreensível que os mais idosos sintam mais dificuldade na sua prática. No nosso grupo, os diabéticos mais idosos aderem menos à dieta prescrita, facto este que poderá ser explicado por algumas especificidades nas características das suas refeições nomeadamente no abuso do pão e outros farináceos às refeições e no uso de bebidas alcoólicas, que poderão ser hábitos mais difíceis de mudar. Estes resultados devem ser interpretados atendendo às características específicas da amostra em questão pois vários autores referem que por si só a influência das variáveis demográficas na adesão não tem demonstrado consistência, comportando-se de forma diferente em vários estudos (Warren & Hixenbaugh, 1998; Horne, 2000; McDonald *et al.*, 2002; Dunbar-Jacob *et al.*, 2003).

Quando questionados acerca das suas maiores dificuldades em lidar com a sua doença uma grande parte dos participantes reconheceu dificuldades na gestão da actividade física, resultados coincidentes com a baixa adesão ao exercício, demonstrada no questionário do auto cuidado. É importante que os enfermeiros, mais do que profissionais prescritivos, privilegiem uma relação de empatia onde o diabético possa referir as suas principais dificuldades, para que seja possível ajustar as exigências do regime às condições dos seus doentes.

Os resultados do estudo são indicativos de uma boa satisfação em todas as dimensões estudadas dos cuidados de enfermagem quer para os participantes do sexo feminino quer masculino. Esta percepção bastante positiva dos cuidados prestados pelos enfermeiros são semelhantes aos encontrados noutros estudos (McIntyre e Silva, 1999; Ribeiro, 2005), nomeadamente no estudo realizado por Ribeiro (2005) que encontrou resultados semelhantes utilizando o mesmo instrumento (níveis médios de satisfação acima dos 50%). Os nossos resultados podem ter sido influenciados pelo facto de terem sido profissionais de enfermagem a lançarem os questionários pois, embora estivesse previsto inicialmente o seu auto preenchimento (sem interferência dos profissionais) o mesmo não aconteceu devido a problemas essencialmente de iliteracia, sendo esta uma limitação efectiva deste trabalho. Assim, propomos que em futuros trabalhos

sobre a satisfação com os cuidados de saúde, os elementos que apliquem os instrumentos de colheita de dados não sejam os profissionais envolvidos na prestação de cuidados aos clientes.

Constatamos ainda que a satisfação do utente se relaciona com maior adesão ao regime terapêutico. Alguns aspectos como o comportamento que o enfermeiro adopta ao transmitir a informação à pessoa, facultar informação escrita e o cuidado de envolver pessoas significativas no processo de cuidados bem como o utente perceber que o profissional lhe demonstra disponibilidade, vai influenciar positivamente nos auto cuidados com a alimentação, cuidados aos pés e exercício físico.

Embora a satisfação com a consulta de enfermagem se tenha apresentado como uma variável preditora no comportamento de adesão, o baixo valor da sua variância explicada remete-nos para o facto que, perante os vários determinantes da adesão, é pouco provável que qualquer um deles actue de forma autónoma, interagindo uns com os outros e facilitando ou dificultando a adesão aos diferentes componentes do regime (Silva *et al.*, 2006).

Com a realização deste estudo esperamos sensibilizar os enfermeiros para a importância de criar uma relação construtiva com o cliente para que este se sinta satisfeito com os serviços que lhe são prestados visto que, parte do sucesso da adesão ao regime terapêutico pode estar dependente dessa relação. Falamos numa fracção do êxito pois, embora sabendo que o papel do profissional de enfermagem é preponderante quer para a satisfação quer para a adesão, existem também outros factores que influenciam os comportamentos de autocuidado. A consulta de enfermagem poderá representar um momento privilegiado para o desenvolvimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente para que, em parceria, possam traçar um plano de cuidados adaptado à pessoa, facilitando o processo de adesão terapêutica e, conseqüentemente ganhos em saúde. As consultas de enfermagem são também momentos propícios na identificação de áreas de dificuldade nos comportamentos de adesão, tão essenciais para que possam ser ultrapassadas. Com os resultados deste trabalho parece-nos ainda indispensável que os enfermeiros entendam a importância de investir na explicação dos direitos e deveres dos utentes no contexto dos cuidados e proporcionar informação escrita para potencializar participação.

Os profissionais de saúde devem ter um comportamento ajustado quer ao doente quer à doença, de forma a conseguirem uma comunicação efectiva com o utente e família, identificando assim as necessidades reais da pessoa, as que facilmente se reconhecem e as que estão mais interiorizadas sem contudo não descurem o estado emocional do cliente “a sua experiência e representações da doença e do seu tratamento” (DGS, 2000).

Bibliografia

- AMARAL, A. (1997) - Aspectos psicológicos do doente com diabetes mellitus. In RIBEIRO, J. L., ed. lit. - *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa : Instituto Superior de Psicologia Aplicada. p. 105-118.
- ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL (2001) - *Viver com a diabetes*. Lisboa : Climepsi Editores.
- BASTOS, F. (2004) - *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: participação das esposas no plano educacional*. Porto : [s. n.]. Dissertação de mestrado.
- BASTOS, F. ; SEVERO, M. ; LOPES, C. (2007) - Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Médica Portuguesa*. Série 2, vol. 20, nº 1, p. 11-20.
- BENNETT, P. (2002) - *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa : Climepsi Editores.
- BISHOP, G. D. (1994) - *Health psychology: integrating mind and body*. Boston : Allyn and Bacon.
- BRADLEY, C. (1997) - Diabetes mellitus. In BAUM, A. [et al.], ed. lit. - *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge : Cambridge University Press. p. 332-336.
- BRANNON, L. ; FEIST, J. (1997) - Adhering to medical advice. In BRANNON, L. ; FEIST, J. - *Health psychology: an introduction to behaviour and health*. 3ª ed. New York : Brooks/Cole Publishing. Cap. 8.
- CAMERON, C. (1996) - Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 24, nº 2, p. 244-250.
- CHAN, Y. ; MOLASSIOTIS, A. (1999) - The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 30, nº 2, p. 431-438.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2005) - *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) : versão 1.0*. Geneva : International Council of Nurses.
- DUNBER-JACOB, J. ; BOHACHICK, P. ; SEREIKA, S. (2003) - Medication adherence in persons with cardiovascular disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 18, nº 3, p. 209-218.
- FALCÃO, I. ; NOGUEIRA, P. ; PIMENTA, Z. (2001) - Incidência anual da diabetes mellitus em Portugal: resultado da rede médicos-sentinela, de 1992 a 1999. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Vol. 17, nº 6, p. 447-457.
- FITZPATRICK, R. (1997) - Patient satisfaction. In BAUM, A. [et al.], ed. lit. - *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge : Cambridge University Press. p. 281-285.
- FUERTE, J. [et al.] (2006) - The physician-patient working alliance. *Patient Education and Counseling*. Vol. 66, nº 1, p. 29-36.
- GLASGOW, R. E. [et al.] (1997) - Personal-model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management. *Diabetes Care*. Vol. 20, nº 4, p. 556-561.
- GOLIN, C. E. ; DIMATTEO, M. R. ; GELBERG, L. (1996) - The role of patient participation in the doctor visit: implications for adherence to diabetes care. *Diabetes Care*. Vol. 9, nº 10, p. 1153-1154.
- GONDER-FREDERICK, L. A. ; COX, D. J. ; RITTERBAND, L. M. (2002) - Diabetes and behavioral medicine : the second decade. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 70, nº 3, p. 611-625.
- HORNE, R. (2000) - Compliance, adherence and concordance. In GARD, P., ed. lit. - *Behavioural approach to pharmacy practice*. London : Blackwell. Cap. 11.
- LEVENTHAL, E. ; CROUCH, M. (1997) - Are there differences in perceptions of illness across the Lifespan? In PTRIE, K. J. ; WEINMAN, J. A., ed. lit. - *Perceptions of health and illness: current research & applications*. Singapore : Harwood Academic Publishers. p. 77-102.
- LEY, P. (1997) - Compliance among patients. In BAUM, A. [et al.], ed. lit. - *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge : Cambridge University Press. p. 281-285.
- MARÍN-REYES, F. ; RODRIGUES-MORÁN, M. (2001) - Family support and drug therapy compliance in essential hypertension. *Salud Pública de México* [Em linha]. Vol. 43, nº 4, p. 336-339. [Consult. 27 Jun. 2004]. Disponível em WWW: <URL: http://www.insp.mx/salud/43/eng/4434_3.pdf>.
- MCDONALD, H. ; GARG, A. ; HAYNES, R. (2002) - Interventions to enhance patients adherence to medication prescriptions: scientific review. *JAMA*. Vol. 288, nº 22, p. 2868-2879.
- MCINTYRE, T. ; SILVA, N. (1999) - *Estudo aprofundado da satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde na Região Norte*. Porto : Administração Regional de Saúde Norte.
- MCNABB, W. (1997) - Adherence in diabetes: can we define it and can we measure it? *Diabetes Care*. Vol. 20, nº 2, p. 215-218.
- OGDEN, J. (1999) - *Psicologia da saúde*. Lisboa : Climepsi Editores.
- POLONSKY, W. H. (1993) - Psychosocial issues in diabetes mellitus. In ROBERT, J. G. ; BLANCHARD, E. B., ed. lit. - *Psychological disorders*. Washington : American Psychological Associations. p. 357-375.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2000) - **Circular normativa nº 14/DGCG de 12/12/2000**. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2002) - **Ganhos de saúde em Portugal: ponto da situação: relatório do director geral e alto-comissário da saúde**. Lisboa : Ministério da Saúde.
- RIBEIRO, A. (2005) - O percurso da construção e validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. Nº 16, p. 53-60.
- SARAFINO, E. (2002) - **Health psychology. Biopsychosocial interactions**. 4ª ed. New York : Jonh Wiley.
- SILVA, I. ; PAIS-RIBEIRO, J. (2000) - Programa de intervenção psicológica num grupo de indivíduos com problemas de pé diabético. In RIBEIRO, J. L. ; LEAL, I. ; DIAS, M. R., ed. lit. - **Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas**. Lisboa : Instituto Superior de Psicologia Aplicada. p. 311-322.
- SILVA, I. ; PAIS-RIBEIRO, J. ; CARDOSO, H. (2006) - Adesão ao tratamento da diabetes mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. *Referência*. Nº 2, p. 33-41.
- SOUSA, I. (2005) - **A adesão às recomendações terapêuticas nos doentes hipertensos**. Porto : [s. n.]. Dissertação de mestrado.
- SOUSA, M. (2003) - **Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2**. Braga : [s. n.]. Dissertação de mestrado.
- SOUSA, M. ; MCINTYRE, T. (2004) - As representações de doença e a adesão terapêutica na pessoa com diabetes mellitus tipo 2. In **Actas do 5.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Lisboa : Instituto de Psicologia Aplicada. p. 347-353.
- TOOBERT, D. ; HAMPSON, S. ; GLASGOW, R. (2000) - The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*. Vol. 23, nº 7, p. 943-50.
- TRINDADE, I. ; TEIXEIRA, J. (2000) - **Psicologia nos cuidados de saúde primários**. Lisboa : Climepsi Editores.
- WARREN, L. ; HIXENBAUGH, P. (1998) - Adherence and diabetes. In MYERS, L. ; MIDENCE, K., ed. lit. - **Adherence to treatment in medical conditions**. Amsterdam : Harwood Academic Publishers. p. 423-453.
- WILD, S. [et al.] (2004) - **Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030**. *Diabetes Care*. Vol. 27, nº 5, p. 1047-1053.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003) - **Adherence to long-term therapies : evidence for action** [Em linha]. [Consult. 11 Out. 2003]. Disponível em WWW:<URL :<http://www.who.int/chronic-conditions/en/adherencerep.pdf>> .
- YARDLEY, L. [et al.] (2001) - Developing a dynamic model of treatment perceptions. *Journal of Health Psychology*. Vol. 6, nº 3, p. 269-281.

