UNIVERSIDADE DE CABO VERDE

FACULDADE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA

1º CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

OBSTÁCULOS AO AUTOCUIDADO ENTRE DIABÉTICOS: ESTUDO DE IDOSOS UTENTES DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO INTERIOR SANTIAGO

Estudante: **Herlander de Jesus B. T. Rodrigues**

Praia, Setembro de 2019

UNIVERSIDADE DE CABO VERDE

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA

1º CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

OBSTÁCULOS AO AUTOCUIDADO ENTRE DIABÉTICOS: ESTUDO DE IDOSOS UTENTES DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO INTERIOR SANTIAGO

Dissertação de Mestrado apresentado á Universidade de Cabo Verde, Faculdade de Ciência e Tecnologia como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: **Prof. Doutor António Pithon Cyrino**

Praia, Setembro de 2019

“O maior pecado contra a mente humana é acreditar em coisas sem evidências. A ciência é somente o suprassumo do bom senso, isto é, rigidamente precisa em sua observação e inimiga da lógica falaciosa.”
Thomas H. Huxley

Dedicatória

Ao meu Pai (in memoriam)

Agradecimentos

Em primeiro lugar à Deus pela saúde, força e sacrifício para a concretização deste trabalho.

Ao meu orientador pela forma como conduziu a orientação deste trabalho, pela sua disponibilidade, paciência apoio e atenção e pelos grandes momentos de aprendizagem.

Aos Idosos que participaram no estudo pela sua disponibilidade e colaboração, pois sem eles não seria possível realizar este estudo.

Aos enfermeiros dos Centros de Saúde da Região Norte de Santiago em especial o Enfermeiro António pela colaboração e incentivo dos utentes para participação no estudo.

Os linguistas Manuel, Vanda, Albertina, e Antonieta pela excelente contribuição na análise do questionário e pela forma muito profissional como conduziram todo processo de adaptação transcultural.

A minha família pelo apoio, durante todo este percurso e pelas palavras que me animaram nos momentos de tristeza e aflição.

Aos Delegados de Saúde de Assomada, Santa cruz em especial ao Diretor da Região Sanitária o meu eterno agradecimento.

A todos meus colegas do Curso pela convivência e apoio durante o curso em especial ao Mário, João, Eneida, António, Anselmina, Belmira

A todos que contribuíram de uma forma significativa para a concretização deste trabalho os meus mais sinceros agradecimentos.

Lista de Abreviaturas e Siglas

APA **–** American Psychological Association

ADA- American Diabetes Association

ADO – Antidiabéticos Orais

DM - Diabetes Mellitus

DM1 – Diabetes Mellitus tipo 1

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

UNICV – Universidade de Cabo Verde

Resumo

A Diabetes Mellitus é considerada uma das doenças com maior prevalência em todo o mundo, independente do nível de desenvolvimento económico e social, constituindo um sério problema de saúde pública. Dentro do plano de assistência prestada pelos profissionais de saúde é necessário apoio aos portadores, educação permanente e estímulo ao autocuidado, enquanto medida central para a prevenção de complicações agudas e redução dos riscos de complicações a longo prazo. **Objetivo:** O presente estudo objetivou reconhecer os obstáculos ao autocuidado experimentados na vivência com a diabetes mellitus tipo 2, através da adaptação transcultural de um questionário já aplicado num contexto diferente do nosso e procurará ampliar o olhar sobre este problema, buscando aproximar-se da perspetiva do idoso portador de DM tipo 2. **Método:** A adaptação transcultural foi realizada obedecendo as etapas de tradução, análise pelo comité de especialistas, retro tradução e pré-teste, buscando-se a equivalência cultural e equivalência funcional. A equivalência cultural refere-se ao valor idêntico que está ligada a constructos de uma cultura para outra e a equivalência funcional designa o facto de que indivíduos que pertencem a duas culturas diferentes respondem da mesma forma a um dado constructo. A análise das respostas dos sujeitos aos itens do questionário não evidenciou dificuldades de entendimento na maioria dos itens do questionário, indicando adaptação dos conteúdos do mesmo para a língua portuguesa falada em Cabo-Verde. Conclui-se que a versão adaptada do questionário de reconhecimento dos obstáculos ao autocuidado na diabetes Tipo 2 é um instrumento adequado para identificar os obstáculos que os idosos diabéticos Cabo-verdianos enfrentam no seu dia-a-dia.

Palavra-chave: diabetes mellitus *tipo 2*, obstáculos ao autocuidado, adaptação transcultural de questionário.

Abstract

The diabetes Mellitus is considered one of the most prevalent diseases worldwide, regardless of the level of economic and social development and is a serious public health problem. Within the plan of care provided by health professionals it is necessary support to patients, ongoing education, and encouraging self-care as a central measure for the prevention of acute complications and reduction of the risk of long-term complications. **Objective**: The objective of this study is to recognize the obstacles to self-care experienced in living with type 2 diabetes mellitus through the cross-cultural adaptation of a questionnaire already applied in a different context and will seek to broaden the views on this issue, trying to come close to the perspective of the elderly with DM type 2. **Method**: Cross-cultural adaptation was done by following the steps of translation, analysis by a committee of experts, retro translation, and pre-testing, seeking cultural and functional equivalence. The cultural equivalence refers to the identical value that is linked to concepts from one culture to another and functional equivalence indicates the fact that individuals who belong to two different cultures respond equally to a given concept. The analysis of the subjects' responses to the questionnaire items demonstrated no difficulties in understanding most of the questionnaire items, indicating adaptation of the content to the Portuguese language spoken in Cape Verde. It is concluded that the adapted version of the questionnaire of recognition of obstacles to self-care in type 2 diabetes is an adequate tool to identify the obstacles that Cape Verdean elderly suffering from diabetes face on a daily basis.

Keyword: diabetes mellitus type 2, obstacles to self-care, cross-cultural adaptation of the questionnaire.

Índice de Quadros e Tabelas

Quadro 1: Distribuição dos casos de Diabetes em Africa, países mais afetados e prevalência tendo em conta a Idade e sexo, 2017……20

Quadro 2: Proposta da alteração dos termos do QROAD……33

Tabela 1: Distribuição de acordo as características sociodemográficas dos sujeitos atendidos nos centros de saúde de Santiago Cabo-verde, 2013……..35

Tabela 2: Distribuição em relação a situação clínica e procura pelos serviços de saúde dos sujeitos atendidos nos centros de saúde de Santiago Cabo-verde, 2013. 356

Tabela 3: Obstáculos ao autocuidado na fase do adoecer em idosos portadores da DM tipo 2, Cabo Verde, 2013…….36

Tabela 4: Obstáculos ao autocuidado no controle da DM tipo 2, Cabo Verde, 2013……37

Tabela 5 continuação: Obstáculos ao autocuidado no controle da DM tipo 2, Cabo Verde, 2013 …….....368

Índice Geral

Capítulo I – Revisão Da Literatura 16
1.1 Idoso com Diabete Mellitus tipo 2 16
1.2 Autocuidado e Obstáculos ao autocuidado na Diabetes Mellitus 22
Capítulo III – Metodologia.....27
Capítulo IV – Resultados 32
4.1 Adaptação transcultural do QROAD.....32
4.2 Estudo dos obstáculos ao autocuidado de portadores de DM tipo 2 34
Obstáculos ao Autocuidado 36
Capítulo V – Discussão.....39
5.1 Adaptação transcultural do QROAD.....39
5.2 Estudo dos obstáculos ao autocuidado de portadores de DM tipo 2 43
Capítulo VI – Considerações Finais.....53
Capítulo VII – Referências Bibliográficas.....55
Apêndices e Anexos ……..63
Apêndice A – Questionário versão Final Português ……. 64
Apêndice B – Pedido De Autorização……....69
Apêndice C – Termo De Consentimento Informado……..70
Apêndice D – Versão 3 do QROAD traduzido em crioulo……71
Anexo 1 – Autorização do comité de ética e pesquisa em saúde……...76
Anexo 2 – Questionário Versão original – Anexar PDF versão reduzida…….78

Introdução

A Diabetes Mellitus (DM) constitui um problema de saúde pública a nível mundial e faz parte das doenças crónicas que têm vindo a aumentar na população em geral bem como entre a população idosa. Estima-se que 285 milhões de pessoas sejam portadoras de DM no mundo, devendo chegar em 2030 a 438 milhões (Internacional Diabetes Federation, 2010). A organização mundial da saúde relatou que as pessoas que vivem com diabetes aumentou globalmente de 108 milhões em 1980 para 422 milhões em 2014, sendo o sobrepeso e a obesidade se apresentado como um dos principais fatores de risco. Esse aumento também foi observado em África, de 4 milhões em 1980 para 25 milhões de casos em 2014 (WHO,2016).

Estudos mostraram que as taxas de prevalência da DM nas zonas urbanas da maioria dos países africanos são de fato semelhantes ou até mais altas quando comparadas com alguns países desenvolvidos (Beran, Yudkin, 2006). Esse fenómeno pode ser explicado pela rápida evolução das tendências demográficas, aumento da taxa de urbanização, dietas pouco saudáveis e adoção gradual de estilos de vida ocidentais em muitos ambientes africanos (Mbanya, Motala, Sobngwi, 2010). Na Nigéria, o país mais populoso de África, a prevalência da DM é alta e continua a aumentar, sendo apontado como o país com maior ônus de África para o sistema nacional de saúde (Ogbera, Ekpebegh, 2014).

Associada no passado recente como patologia dos países desenvolvidos foi "negligenciada" no nosso continente e constitui atualmente um grande fardo social e económico para a sustentabilidade de muitos governos. Em Cabo-verde apesar de sua prevalência ser subestimada, dados fornecidos pelo grupo de estudo do Programa Nacional das Doenças Não Transmissíveis do Ministério da Saúde apontam uma expansão nos últimos 30 anos, chegando atualmente em 12,7% (Relatório Estatístico, 2010). Segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS 2008-2011) em Cabo verde a DM foi a principal causa de amputação não traumática de membros inferiores, a terceira causa de cegueira adquirida, uma das principais causas de insuficiência renal crónica, um dos maiores fatores de risco para as doenças cardiovasculares e motivo importante de internamentos por descompensação aguda. (Relatório Estatístico, 2010).

O controlo da Diabetes representa um desafio para os profissionais de saúde em todo mundo e Cabo-Verde não é exceção. Os serviços públicos de saúde na ilha de Santiago

(Região Norte) oferecem um acesso razoável para consultas médicas e de enfermagem e exames de controlo para os diabéticos, se comparado a países da região (costa ocidental da África), embora não haja um sistema de busca ativa de pacientes. Isto faz com que seja frequente a busca tardia pelos serviços de saúde, o que aumenta o risco das complicações. Outro fator limitante para o controle da diabetes diz respeito ao acesso a medicação oral e a insulina, pois se requer uma coparticipação dos utentes[1]. Cabe ainda apontar a inexistência de uma base de dados dos portadores de DM utentes dos serviços de saúde no país, bem como de uma padronização de práticas de atenção a diabetes a ser adotada pelos diferentes profissionais.

Uma das dimensões mais relevantes do cuidado envolvido nas doenças crónicas em geral e da DM em particular é o autocuidado e o autocontrole. Nesta investigação o autocuidado será assumido como um "conjunto de atividades que envolvem práticas corporais, dietéticas, terapêuticas entre outras realizadas pelo próprio [portador de uma enfermidade] para promover [...], prevenir e controlar doenças e restaurar a [sua] saúde" (Cyrino, 2009, p.24). "O autocontrolo, por sua vez, pode ser definido como a monitorização das condições de saúde - doença executadas, segundo parâmetros objetivos (Glicemia capilar, glicosúria) ou subjetivos (perceção corporal), pelo próprio sujeito" (Cyrino, 2009, p.24).

Dado que a diabete se caracteriza por uma série de complicações e impossibilidade de cura, neste sentido o autocuidado assume-se como resposta humana no domínio dos processos intencionais, dimensão muito relevante no contexto global da saúde e bem-estar dos cidadãos, com especial atenção nos grupos vulneráveis neste caso os idosos. Os idosos fruto de características especiais relacionadas à esta fase de vida enfrentam alguns obstáculos para o autocuidado e autocontrole, e quando acometidos da diabetes levantam-se campos problemáticos para o autocuidado e autocontrole como o adoecer, que provoca uma rutura em relação à vida, o medo das complicações da diabete, o ónus imposto pelo cuidado-de-si requerido, e o sofrimento mental provocado pelo adoecer com diabetes (Cyrino, 2009). Os idosos estão mais propensos as comorbidades com impacto no controlo da glicémia, gestão da DM e com consequências na saúde, pelo que o tratamento

1 Os pacientes adquirem os medicamentos em farmácias particulares pagando 25 a 30% do valor final do produto a depender do regime de aposentações da segurança social (INPS, 2010).

e os cuidados de saúde que os idosos com diabetes necessitam são diferentes das pessoas mais jovens (Jack, Leonard, 2004).

A gestão do autocuidado na diabetes em idosos apresenta complexidades adicionais, relacionadas com problemas específicos da idade como baixos níveis de independência, mobilidade reduzida, suporte social desestruturado, e reduzida capacidade para o autocuidado. Estes fatores são muitas vezes limitadores do acesso aos cuidados e o impacto na saúde e na qualidade de vida do idoso é muitas vezes subestimado pelos profissionais (Sousa, Zauszniewski, 2005; Wood, 2009). Os idosos com diabetes integram-se no grupo dos doentes com quadros crónicos e carecem de aptidões de autocuidado para gerir problemas em casa, associadas a um cuidado e tratamento pró-ativos, integrados, planeados, que prevejam as suas necessidades, de modo a que quaisquer alterações ou deterioração no seu estado possam ser rapidamente enfrentados antes de evoluírem para uma situação aguda (Jack, Leonard, 2004; Internacional Council of Nurses, 2010)

Em contexto de cuidados primários de saúde programas organizados de cuidados bem como gestão adequada da doença crónica podem promover significativamente melhores resultados em pessoas com DM (Chen, Archibald, Aliotta, 2000). Neste sentido a existência de instrumentos padronizados permitem a comparação das dificuldades dos doentes no seu autocuidado, bem como a transformação destas informações em dados mais concretos podendo melhorar a estratégias de intervenção no cuidado e delineamento de políticas públicas mais eficazes para os cuidados primários.

A adaptação de instrumentos elaborados em uma outra cultura e/ou idioma pela literatura mais antiga baseava-se na simples tradução do original ou, excecionalmente, na comparação literal desta com uma retrotradução. Recentemente pesquisadores de diferentes áreas temáticas vêm sugerindo que a avaliação semântica constitua apenas um dos passos necessários ao processo de adaptação transcultural (Berkanovich,1980). Recomenda-se que o processo seja uma combinação entre uma componente de tradução literal de palavras e frases de um idioma para o outro, e um processo meticuloso de sintonização que contemple o contexto cultural e estilo de vida da população-alvo. No entanto, o processo de adaptação transcultural de qualquer instrumento requer passos metodológicos precisos para que os construtos não sofram alteração durante a adaptação, isto é, tentar manter a correspondência entre a versão inicial e a versão adaptada.

Existem vários instrumentos publicados bem como artigos contendo orientações e apreciações com abordagens teóricas e metodológicas para escolhas e adaptação transcultural de questionários. Em nosso estudo optou-se pelo QROAD (Questionário de Reconhecimento de Obstáculos ao Autocuidado na Diabetes) de Schraiber & Cyrino, 2006, que de forma específica permite identificar os obstáculos ao autocuidado na diabetes e de uma forma geral, nos trará uma visão ampliada quanto às estratégias de reconhecimento dos obstáculos ao autocuidado na DM tipo 2, com propostas de execução e operacionalização. Dada a existência do QROAD que pode responder a esta questão mediante um instrumento que permite explorar os obstáculos ao autocuidado, porém escrito em português brasileiro, este estudo propõe-se adaptar este questionário para o uso em Cabo-Verde, mediante sua versão para o português de Cabo-verde e os principais termos para o crioulo.

O presente estudo se justifica pela inexistência de estudos que caracterizem o perfil dos idosos que frequentam os serviços de saúde na região Norte da Ilha de Santiago, e da necessidade de existir um instrumento que de forma simples e rápida reconheça um conjunto de obstáculos ao autocuidado entre idosos diabéticos, que devido a sua condição de vida exige um conjunto de intervenções interligadas para melhoria da sua condição de saúde. Marcará também um primeiro passo na abordagem deste tipo de doentes dando voz a sua vivência e experiência diária com a doença despertando nos profissionais e cuidadores informais o modelo de atendimento não centrado apenas na informação, dando realce ao verdadeiro sentido do cuidar em saúde e ao modelo de autogestão da doença. Outro aspeto importante relaciona-se pelo facto de que o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crónicas tem motivado um aditamento significativo de idosos com redução de autonomia, o que requer o cuidado de outros no seu quotidiano, bem como um maior uso de serviços de saúde.

A Política Nacional de Saúde de Cabo-Verde tem como meta até 2020 a participação da sociedade em resposta ao envelhecimento da população e aos problemas específicos que os atingem, bem como a programação duma atenção geriátrica que harmonize cuidados curativos específicos, cuidados reabilitativos, preventivos e sociais para uma atenção integral a esse grupo.

Dado a importância e relevância do reconhecimento das dificuldades ou obstáculos que os pacientes enfrentam no seu quotidiano, para o presente estudo levantou-se a seguinte questão de investigação: Quais são os obstáculos ao autocuidado que experimentam os idosos diabéticos atendidos nos centros de saúde da Região Norte de Santiago?

Para responder à questão de investigação o presente estudo tem como objetivo, reconhecer os obstáculos ao autocuidado experimentados na vivência com a DM tipo 2, através da adaptação transcultural do QROAD e procurará ampliar o olhar sobre este problema, buscando aproximar-se da perspetiva do idoso portador de diabetes DM tipo2.

Este trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos, precedido de uma introdução onde de forma breve se aborda a problemática em estudo bem como os objetivos e a justificativa. O primeiro capítulo corresponde a revisão de literatura para melhor compreensão da problemática em estudo, trazendo a tónica os principais estudos que abordam a nossa problemática. No segundo capítulo é apresentada a metodologia utilizada no decorrer da presente investigação, de forma a obter resposta a questão de investigação inicialmente colocada e aos objetivos formulados. O terceiro capítulo corresponde a apresentação e análise dos dados. No quarto capítulo faz-se a discussão dos resultados tendo em conta os principais estudos encontrados na revisão da literatura e no quinto e último capítulo as considerações finais onde são apresentadas as principais conclusões do estudo. Este trabalho termina com as referências bibliográficas onde se apresentam as principais bibliografias usadas para a elaboração do mesmo.

Capítulo I – Revisão Da Literatura

No presente capítulo iremos fazer uma breve e sintetizada revisão da literatura com a finalidade de contextualizar a problemática em estudo, bem como analisar a investigação já realizada no que concerne a viabilidade, exequibilidade e probabilidade dos seus resultados.

Na literatura nacional e internacional pela nossa revisão nota-se poucos estudos abordando a problemática dos idosos com Diabetes, levantando campos problemáticos em relação ao novo paradigma de cuidado ligado a gerontologia e geriatria. Tendo em conta que o nosso trabalho incidiu sobre o idoso com diabete, de uma forma mais específica DM tipo 2 procuraremos retratar a problemática do autocuidado nessa população mostrando os principais aspetos em relação ao idoso com DM tipo 2 o autocuidado bem como os obstáculos na vivencia da doença.

1.1 Idoso com Diabete Mellitus tipo 2

O envelhecimento da população é apontado como um dos problemas cruciais do século XXI (Cabral, Ferreira, Moura, Alcântara, Marques, 2013). As alterações demográficas e o aumento da esperança média de vida da população impõem diversos desafios aos indivíduos e à sociedade, traduzindo-se, a nível individual, no aumento da longevidade, e a nível coletivo mudanças e défices das relações sociais e familiares, bem como pelas implicações económicas (Pocinho, 2014).

Atualmente existem cerca de 600 milhões de pessoas idosas no mundo, prevendo-se que em 25 anos o número de idosos duplique, cifrando-se, no ano de 2025, em 1 bilião e 200 milhões e no ano de 2050 em cerca de 2 biliões (Fernández- Ballesteros, 2008). O envelhecimento da população é uma realidade incontornável nas sociedades ocidentais, representando uma das mudanças mais significativas na história recente da humanidade (Dias, Rodrigues, 2012). Na segunda metade do século XX, as sociedades europeias começaram a confrontar-se com o dito “duplo envelhecimento “ ou seja, o agravamento do fosso entre jovens e idosos, devido ao aumento da percentagem do número idosos e à diminuição da percentagem do número de jovens, e o envelhecimento demográfico

depressa veio a adquirir uma dimensão mundial, com densidades diferentes consoante as regiões e os países (Barbosa, 2017).

A semelhança do que está a acontecer no mundo, Cabo-verde está a registar nas últimas décadas transformações demográficas significativas, caracterizadas pelo aumento da longevidade da população idosa com predominância das mulheres e pela redução da natalidade e da população jovem (Programa Nacional de Saúde do Idoso,2017). Segundo INE (Instituto Nacional de Estatística) 2010 também se nota um aumento da população com mais de 65 anos de idade com 37815 pessoas representando cerca de 7,7% do total da população residente. Ainda de acordo a mesma fonte o destaque em termos de distribuição da população idosa vai para a ilha de Santiago que sozinha possui perto da metade do total de idosos residentes em Cabo Verde com 47,3%. No continente Africano esta transição tem sido ultrapassada à custa de grandes constrangimentos fruto da fraca organização ainda das estruturas de saúde que coloca em evidência as grandes debilidades dos sistemas de saúde. Neste sentido as estratégias passam por programas de atenção a doença crónica onde o autocuidado se faz pertinente.

O envelhecimento constitui-se como um estado "natural" que se manifesta na fase final da vida do ser humano. Não é apenas um fenómeno biológico, mas também se relaciona com o percurso social e pessoal da vida (Silva, Miranda, 2015). É caracterizado pela incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições variáveis do seu ambiente, isto é, o envelhecimento não é simplesmente o passar do tempo, nem deve ser visto como uma doença, mas sim como um processo natural de eventos biológicos que ocorrem ao longo dos anos (Sequeira, 2010). Estudar o envelhecimento tem sido apontado por alguns académicos ligados a prática clínica como um grande desafio para as sociedades atuais, bem como representa um dos indicadores de saúde das comunidades e de países da Europa (Apóstolo, 2013). E quando acometido de diabetes o idoso enfrenta uma série de obstáculos ao autocuidado que exigem dos profissionais de saúde ações sistematizadas e estruturadas.

Para Guedes 2011, envelhecer não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade

avançada. Em Cabo-verde apesar de não haver ainda uma legislação consagrada especificamente ao idoso, o direito dessa camada da população encontra-se salvaguardado em vários instrumentos jurídicos e de orientação estratégica de governação, designadamente: o programa do governo, o documento de estratégia, crescimento e redução da pobreza e estratégia para o Desenvolvimento da proteção social. A Constituição da República de 2010 consagra no seu artigo 76º, "O direito à especial proteção da família, da sociedade e dos poderes públicos", um conjunto de direito visando assegurar a proteção dos idosos (INE 2010).

As estimativas dos problemas de saúde dos idosos nos países em desenvolvimento são necessárias de tempos em tempos para prever as tendências da carga da doença e planejar os cuidados de saúde para os idosos. Os países em desenvolvimento têm um histórico deficiente de distribuição equitativa dos cuidados de saúde e em algumas situações grupos são marginalizados por viverem na periferia ou aldeias rurais com pouca penetração nos serviços de saúde (Thakur, Banerjee, Nikumb, 2013).

O Censo 2010 mostrou que a maioria das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, é inativa (80% em 2010 contra 61,9% do censo 2000). Situação que se mostra interessante quando analisamos a situação do interior de Santiago região alvo do nosso estudo em que a região de Santa Catarina e Santa Cruz apresentam de acordo o censo 2010, dos concelhos do país com a maior taxa de idosos ativos com 21,4% e 26,3 % em relação a média nacional. Vários autores apontam a atividade na população idosa como uma das condições para o envelhecimento funcional e que para nossa realidade e problemática de estudo pode ser importante para o desenvolvimento de práticas de realização de autocuidado.

As doenças crónicas têm forte associação com o declínio da capacidade funcional do idoso. O envelhecimento ativo e saudável é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (World Health Organization, 2015). O processo de envelhecimento tem consequências funcionais para os idosos, sendo um dos exemplos o processo degenerativo do pâncreas resultando em DM. A autogestão da diabetes em pessoas idosas deve fazer parte da dinâmica familiar e todo meio envolvente como um

dos principais sistema de suporte na vivência da doença, dado que as limitações físicas e económicas são um grande obstáculo para o autogerenciamento da DM em idosos, portanto, eles exigem apoio da família para otimizar sua independência (Kristianingrum, Wiarsih, Nursasi, 2017)

Em Cabo Verde as pessoas idosas ainda são uma categoria social vulnerável apresentando-se em situação muitas vezes de precariedade económica por usufruírem de reformas e pensões muito baixas, vivem em habitações degradadas e apresentam também grandes despesas com a saúde. As reformas e as pensões são fenómenos indissociáveis, pois são acontecimentos que marcam a vida dos idosos.

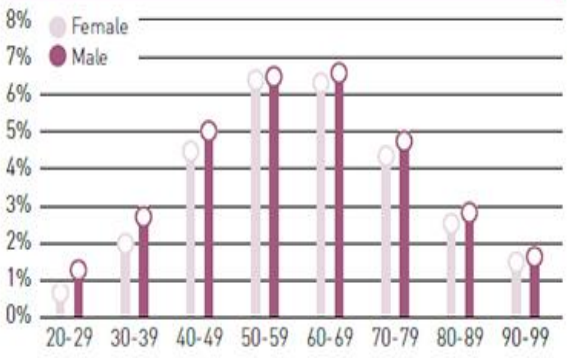
A DM é um termo geral para perturbações heterógenas do metabolismo, para as quais o principal achado é a hiperglicemia crónica caracterizada por uma secreção de insulina deficiente, insuficiente, ou ação de ambos (Kerner, Bruckel, 2014). Existem várias classificações na literatura sobre os tipos de DM, mas a que reúne maior consenso diz respeito a Associação Americana de Diabetes (ADA) que baseada em aspetos fisiopatológicos classifica a DM em 4 grandes classes: diabetes tipo 1, tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos de diabetes (ADA,2015).

O número de pessoas afetadas pela DM em África em 2017 era de 516 milhões e estima-se um aumento em torno de 1,1 bilhões em 2045 conforme quadro abaixo. A razão para esta dramática projeção é parcialmente atribuível ao envelhecimento da população e ao aumento da urbanização, levando à disseminação da obesidade, estilo de vida pouco saudável e hábitos ocidentalizados (IDF Africa,2017). De acordo com o relatório da OMS, a Índia lidera o ranking com mais de 32 milhões de diabéticos e este número deverá aumentar para 79,4 milhões até o ano de 2030. No nosso continente e em particular em Cabo-verde os dados de prevalência na maioria dos países são subestimados, no entanto, estima-se que a sua prevalência entre idosos tem aumentado em relação ao do tipo 2 devido essencialmente ao aumento da esperança de vida e na melhoria dos meios de diagnósticos.

Quadro 1: Distribuição dos casos de Diabetes em Africa, países mais afetados e prevalência tendo em conta a Idade e sexo, 2017

Diabetes in Africa	2017	2045
Adult population (18-99 years)	516 million	1.1 billion
Diabetes (18-99 years)		
Regional prevalence	3.1%	3.7%
Age-adjusted comparative prevalence	4.2%	4.1%
Number of people with diabetes	15.9 million	41.6 million
Number of deaths due to diabetes (20-99 years)	312,000	-
Health expenditure due to diabetes (18-99 years)		
Total health expenditure, USD	3.4 billion	6.1 billion
Impaired glucose tolerance (18-99 years)		
Regional prevalence	8.3%	9.5%
Age-adjusted comparative prevalence	10.4%	10.5%
Number of people with impaired glucose tolerance	42.9 million	108.6 million
Type 1 diabetes (0-19 years)		
Number of children with type 1 diabetes	50,600	-
Number of newly diagnosed children each year	18,300	-

Top 5 countries for number of people with diabetes (18-99 years), 2017	
1.Ethiopia	2,652,129
2.South Africa	1,865,021
3.Democratic Republic of the Congo*	1,738,329
4.Nigeria*	1,731,811
5.United Republic of Tanzania	942,721



*Based on extrapolation from similar countries

Fonte: IDF Diabetes Atlas 8th Edition 2017

O tratamento para controle da DM pode envolver um conjunto de fármacos chamados antidiabéticos orais onde se destacam os Insulina Secretagogos e os Insulina Sensibilizadores e os injetáveis como a insulina bem como é necessário atividades ligadas ao próprio doente que envolve hábitos alimentares, adesão aos exercícios entre outros (Marques, Fornés, Stringhini, 2011). O uso destes fármacos apesar da sua comprovada eficiência levanta uma série de obstáculos para os idosos devido aos efeitos secundários que os mesmos desencadeiam o que pode limitar em algumas situações o autocuidado se tivermos em conta as particularidades que a idade avançada traz neste tipo de doentes.

A DM contribui para uma enorme quantidade de gastos globais com saúde no mundo. Há uma escassez de informação sobre a carga económica da diabetes em África, devido à ausência de dados sobre a contribuição relativa das complicações da doença e com um número muito limitado de estudos na área. As previsões mostram que a África tem o maior aumento previsto tanto na carga da diabetes quanto nas complicações associadas (Mapa-Tassou, Katte, Mbanya, 2019).

O crescente aumento da DM e complicações associadas representam um impacto financeiro catastrófico em todo o mundo especialmente em África, onde a maioria das despesas são pagas pelos pacientes e familiares. O método mais comum usado para a estimativa do ônus econômico de um problema de saúde pública, como a diabetes, é a abordagem do custo da doença, e tradicionalmente são divididos em três categorias: custos diretos, indiretos e intangível. O IDF estimou o total de despesas de saúde devido a diabetes em todo o mundo em 2017 em cerca de 3,3 bilhões de dólares. Em 2005 para a Região Africana da OMS o custo direto estimado da diabetes por paciente por ano foi de 3.633 dólares (Kirigia, Sambo, Barry, 2009). A maioria dos estudos existentes em África tem estimados os custos diretos (Mapa-Tassou, Katte, Mbanya, 2019).

O impacto financeiro associada a DM tem sido alvo de várias análises devido aos custos com o tratamento. Por exemplo segundo a ADA para os EUA a carga total em 2012 foi estimada em 245 bilhões de dólares de entre custos diretos e indiretos. Nesta análise, os custos indiretos representaram 28% do total dos custos com a diabetes (ADA,2012). No entanto estes custos não se limitam apenas aos países desenvolvidos, resultados de 86 estudos de análise de custos da doença publicados entre 2001 e 2014 encontrou evidências para uma carga econômica substancial em países de renda baixa com custos diretos anuais variando entre 242 e 412 milhões de dólares (Seuring, Archangelidi, Suhrcke,2015).

Uma revisão sistemática recente demonstrou que a diabetes impõe um ônus econômico considerável sobre os indivíduos e que de entre os componentes de custo incluídos nos cálculos, o custo com medicamentos é o maior, exigindo políticas com foco na redução do ônus da diabetes nos indivíduos e na promoção de prescrições de genéricos. E como se espera que a prevalência da diabetes em África suba, a carga económica nas pessoas que vivem com a doença e para os sistemas de saúde também continuará a aumentar (Mutyambizi, Pavlova, Chola, Hongoro, Groot, 2018).

Um dos maiores desafios para os prestadores de cuidados, hoje, é atender as necessidades e demandas dos indivíduos com doença crónica como a diabetes. A necessidade de um acompanhamento regular dos pacientes diabéticos pelos profissionais de saúde é de grande importância na prevenção de complicações a longo prazo. Estudos relataram que o controle metabólico rigoroso pode atrasar ou impedir a progressão das complicações associadas com diabetes (Shrivastava, 2013). O mesmo estudo refere ainda que para os doentes que tinham controladores de glicemia em casa bem como

controladores de hemoglobina glicada apresentaram melhores índices de glicemia capilar e melhorias no seu autocuidado.

1.2 Autocuidado e Obstáculos ao autocuidado na Diabetes Mellitus

A evolução científica e as transformações sociais e políticas, ocorridas nas últimas décadas, têm-se traduzido em mudanças significativas na vida privada e na vida pública das populações atuais e em resultado disso o aumento da esperança média de vida e a maior prevalência de doenças crónicas traduziu-se no aumento exponencial de pessoas com limitações físicas, emocionais e cognitivas que, inevitavelmente as conduzem à dependência (Petronilho, Miguel, Magalhães, 2010).

Sendo a DM um transtorno crónico complexo, o tratamento requer atenção regular à dieta, atividade física, monitorização do nível de açúcar no sangue, medicamentos e cuidados com os pés (Cramer, 2004). Infelizmente, pessoas com diabetes são algumas vezes rotulados como “não-conformes” ou “não-aderentes” quando não seguem o regime de autocuidado prescrito. Como profissionais de saúde recomenda-se investigar "porquê" desse comportamento, que pode ser devido a fatores como medo, compromissos de tempo, falta de apoio, restrições financeiras, depressão, frustração ou déficit de conhecimento e arranjar tempo para uma avaliação completa das barreiras ao autocuidado (Freeland, 2014) Uma recente declaração de posição, tanto a ADA como a Associação Europeia para o Estudo da Diabetes concordou que adotando-se uma abordagem centrada no paciente respeitando as preferências individuais de cada paciente as margens de sucesso na gestão da doença são bem melhores pois preservam os valores individuais da pessoa (Inzucchi, Bergenstal, Ferrannini, Matthews, 2012).

Em Cabo-verde existem segundo dados do Ministério da Saúde uma parte da população de idosos com dificuldades no controlo glicémico e diagnóstico, a maior parte deles associado a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, situação financeira apoio familiar entre outras. O autocuidado se tornará a fonte principal de atendimento. Pessoas vivendo com diversas doenças crónicas passam mais tempo na autogestão da doença do que com seus prestadores diretos de cuidados, e a carga crescente de doenças crónicas e custos associados tem gerados modelos de atendimento que geram uma mudança de cuidados especializados caros para um autocuidado de alto valor, facilitado pela

tecnologia da informação, apoio social e experiência clínica (Eugene, Meyer, Bohmer, 2014). Estudiosos na área de enfermagem descrevem o autocuidado como um conceito psicológico derivado da autoeficácia que se centra na confiança de uma pessoa, na sua capacidade de realizar comportamentos relevantes em uma situação específica (Qian e Yuan, 2012).

Para Raeann e Cynthia, 2018 o autocuidado entre idosos com doença crónica é uma capacidade individual, disposição e atividade que os idosos manifestam em viver com múltiplas condições crónicas. Esses recursos (capacidade, disposição, ação) influenciam uns aos outros e são hierárquicos e contínuos. Pesquisas, práticas e políticas que promovam o autocuidado entre pessoas mais velhas podem se concentrar nessas características para melhorar os resultados de saúde e promover novos modelos de cuidados consistentes com o desenvolvimento pessoal e as necessidades de cuidados crónicos na terceira idade.

Um estudo realizado em Belo Horizonte Brasil cujo objetivo foi analisar os conhecimentos e atitudes da prática de autocuidados em indivíduos com DM, mostrou a importância da educação e da comunicação em saúde pautadas nas relações dialógicas e na valorização do saber popular, ao reorientarem as práticas educativas para o autocuidado, de forma a estabelecer estratégias de prevenção e controle da doença (Torres, Souza, Lima e Bodstein, 2011). Cabo-Verde está a dar os primeiros passos em termos de educação e comunicação em saúde, apesar de se ter pela frente um caminho árduo já se nota a nível dos cuidados primários maior proximidade dos profissionais de saúde em relação aos utentes, com programas de educação em saúde nos serviços e nas comunidades com apoio e incentivos do programa de controlo das doenças cardiovasculares, porém os comportamentos de risco e o envelhecimento da população colocam no topo a importância da educação e da comunicação em saúde, exigindo uma resposta como o desenvolvimento da capacidade de autocuidado.

Tanqueiro, 2013 em uma revisão sistemática da literatura que tinha como objetivo identificar influencias na gestão do autocuidado no idoso diabético verificou como fatores interferentes na aquisição de competências do autocuidado e sua gestão o contexto pessoal sobressaindo-se como fator impeditivo a idade, o género, diminuição da capacidade funcional e acuidade visual, conhecimento e compreensão da doença, e situação social. Evidenciaram-se como fatores limitadores o status socioeconómico e

nível de escolaridade, suporte ao cuidado salientando-se parcerias e programas de supervisão na promoção e continuidade do autocuidado.

São estes aspetos que nos referimos como particularidades do idoso diabético e para o idoso Cabo-verdiano esses aspetos se tornam mais evidentes, porque se por um lado a idade é fator limitante em termos de funcionalidade e situação social precária, a própria condição de doença fruto das complicações condiciona uma gestão efetiva do autocuidado. Outro fator limitante é também o conhecimento e compreensão da doença que trás para ribalta a abordagem dos profissionais de saúde muito limitada a transmissão de informação descorando a experiência diária vivenciada por estes idosos emergindo assim, a importância do enfermeiro no suporte pró-ativo que fornece incentivo e promove responsabilidade, implicando comunicação efetiva com os idosos diabéticos e cuidadores informais e parceria na priorização de práticas personalizadas e desenvolvimento de habilidades, como pré requisitos para a capacitação na gestão do autocuidado (Tanqueiro, 2013)

Um estudo realizado com idosos acompanhados em unidades básicas de saúde de Fortaleza em 2009 em domicílio dos idosos através da aplicação de uma escala de identificação de competências para o autocuidado verificou-se que apenas 6% dos idosos atingiu a pontuação máxima em termos de competência para o autocuidado na diabetes, facto que mostrou a importância na promoção da saúde nessa franja da população que possui limitações física, mentais ou motivacionais para o autocuidado na diabetes (Marques, Silva, Coutinho , Lopes,2012).

Ribeiro, Regadas, Pinto, 2014 em estudo realizado no norte de Portugal sobre a pessoa dependente no autocuidado verificaram que em relação aos diferentes domínios de autocuidado que uma parte substantiva dos dependentes precisava no mínimo de ajuda de uma pessoa para a concretização das atividades de autocuidado, confirmando uma dependência significativa e preocupante, o que mostra a necessidade de cuidados de saúde e particularmente, do apoio dos profissionais de enfermagem. Em Portugal, os trabalhos que apresentam a avaliação do grau de dependência no autocuidado surgem no âmbito de processos de investigação, sendo que, na maioria, o grau de dependência é usado apenas como variável de caracterização dos participantes dos estudos.

O conhecimento da situação da dependência assume particular relevância para os enfermeiros, isto porque a necessidade de cuidados de saúde não está relacionada com o

diagnóstico da doença já efetuado, nem com a necessidade da terapêutica já prescrita, mas sim com os processos de transição vivenciados pelos indivíduos (Pereira, 2014). A literatura internacional foca bastante o aspeto ligado ao acompanhamento das pessoas com algum grau de dependência para o autocuidado e os enfermeiros fazem parte de uma equipa multidisciplinar que desempenha um papel importante no incentivo destas premissas e sendo Cabo-Verde um país com parcos recursos para saúde esse investimento deve ser cultivado e encorajado.

Partindo do pressuposto que o autocuidado é central na vida de qualquer pessoa, e que as transições estão intimamente associadas à mudança na capacidade de autocuidado, gerada pelos processos de desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação, a dependência no autocuidado, de instalação gradual ou súbita, merece particular atenção dos enfermeiros (Ribeiro, Regadas, Pinto, 2014). Historicamente, a Enfermagem é uma disciplina que tem como um de seus objetivos a educação das pessoas para o autocuidado (Orem, 1995). Neste sentido torna-se fundamental nesta etapa perceber até que ponto a pessoa idosa deve ser considerada dependente, dado que já foram ensaiados vários modelos teóricos na perspetiva de se encontrar o modelo ideal para a prática de cuidados em virtude de se tratar de uma população específica em termos de exigência de cuidados de enfermagem bem com a própria sensibilização para o autocuidado.

A Organização Mundial da Saúde recomenda a educação para o autocuidado com vista a prevenir e tratar as enfermidades crónicas. A educação para o autocuidado às pessoas com problemas crónicos de saúde deve promover o suporte para o desenvolvimento das habilidades de autocuidado, a fim de coresponsabilizá-las por sua saúde e ajudá-las a aprender a conviver melhor com a enfermidade, modificar ou manter os hábitos saudáveis, estimular a autoconfiança para sentir-se melhor, seja qual for a gravidade da enfermidade.

Um dos maiores problemas encontrados pelos profissionais de saúde no processo de intervenção com pacientes diabéticos é a baixa adesão ao tratamento, fenómeno recorrente no tratamento de doenças crónicas que exigem mudanças no comportamento em relação a doença (Péres, Santos, Zanett, Ferronato, 2007). A educação em saúde tem sido muito valorizada, e é considerada parte integrante do tratamento das doenças crónicas. No entanto, muitos programas de educação em saúde fracassam por não levarem em consideração os aspetos psicológicos, culturais, sociais, interpessoais e as

reais necessidades psicológicas da pessoa diabética. É fundamental que a educação em saúde leve em consideração a realidade e a vivência dos pacientes, pois, muitas vezes, as informações em saúde são fornecidas de maneira vertical, sem permitir maior participação dos pacientes e sem considerar o que esses já sabem e o que desejariam saber. Nesse enfoque, almeja-se transformar o sujeito que assume uma posição passiva na condução de seu tratamento em um indivíduo participativo (Péres, Santos, Zanett, Ferronato, 2007).

Um estudo realizado na Estónia, usando o questionário de obstáculos na diabetes (DOQ) com o objetivo de identificar a prevalência de obstáculos na vivência diária de pessoas com DM tipo 2, demonstrou que a experiência de frustração, fadiga dos pacientes, falta de conhecimento, medo de dificuldades com o uso da insulina, falta de dinheiro, falta de vontade para fazer exercícios e mudanças de estilo de vida foram os obstáculos mais referidos pelas pessoas com diabetes (Pilv, Oona, Kalda, 2012). De referir ainda que no mesmo estudo a falta de exercício físico mostrou associação significativa com a maioria dos obstáculos como fator preditor. A sarcopenia e a fragilidade estão mutuamente associadas e muitas vezes coexistem entre pacientes idosos com DM como um marcador de mau prognóstico e a deteção precoce e o uso de intervenção apropriada melhoraria o prognóstico e a qualidade de vida em pacientes mais velhos que representam uma população em rápido crescimento (Umegaki, 2016). Se pensarmos nas inúmeras intervenções que podem ajudar a superar estes obstáculos, bem como os benefícios que podem advir com a mudança de comportamento e atitude perante a doença, com certeza que a qualidade de vida destas pessoas estaria próxima do recomendado.

De uma forma geral a literatura proporciona uma compreensão do autocuidado como recurso significativo para saúde dos idosos com DM tipo 2, sugerindo que a capacidade de autocuidado de um idoso deve ser determinada pela interação de vários fatores, tornando-se útil na prática clínica.

Capítulo III – Metodologia

Pretende-se neste capítulo apresentar as opções metodológicas tomadas, clarificando o método, os materiais utilizados, considerações éticas inerentes a este estudo bem como os procedimentos e o método utilizado para a análise da informação obtida. O presente estudo teve como objetivo reconhecer os obstáculos ao autocuidado experimentados na vivência com a DM tipo 2, mediante o uso do Questionário de Reconhecimento de Obstáculos ao Autocuidado na Diabetes (QROAD) desenvolvido por Cyrino & Schraiber em 2006. Para tanto, foi realizado uma adaptação transcultural do QROAD ao contexto Cabo-verdiano e aplicado num grupo de idosos diabéticos atendidos em dois Centros de saúde da Região Norte da Ilha de Santiago- Cabo-Verde.

O percurso metodológico foi estruturado em duas partes, em que na primeira parte fez-se a adaptação transcultural com vista a equivalência cultural e funcional e na segunda parte todo o percurso para o reconhecimento dos obstáculos ao autocuidado entre idosos diabéticos.

Enquadra-se num paradigma quantitativo, de colheita sistemática de dados, com vista a adaptação e validação de conhecimentos (Fortin, 2009 p. 29). Será assim um estudo metodológico na medida em que se pretende sugerir, a partir de um instrumento já existente, uma versão adaptada, e ao mesmo tempo transversal, com recolha de dados num único momento para adaptação de um instrumento de medida, escrito na língua original. Para Tobar, 2002 a pesquisa metodológica é um tipo de estudo que se refere a instrumentos de captação, coleta de dados e/ou intervenção da realidade, reportando-se aos caminhos, formas, maneiras, procedimentos para atender determinados fins.

É apresentada na literatura vários instrumentos que permitem identificar os obstáculos ao autocuidado na Diabetes, contudo em nosso estudo optou-se pelo QROAD por ser um instrumento que já foi aplicado no Brasil, num contexto linguístico próximo ao nosso, de rápida e fácil aplicação, permitindo reconhecer os obstáculos ao autocuidado na vivência com a Diabetes. Na ausência de instrumentos nacionais, é possível utilizar questionários desenvolvidos em outras culturas desde que sejam adaptados à cultura em que será utilizado. Nesse caso, pode-se utilizar procedimentos já consolidados de adaptação transcultural que consistem em uma série de passos metodológicos criteriosos que orientam a criação da versão adaptada.

O QROAD encontra-se dividido em duas partes, em que a primeira parte corresponde ao adoecer e a segunda parte as dificuldades ou obstáculos que os doentes apresentam na vivência diária com a doença. É um instrumento estruturado com perguntas fechadas de resposta dicotómica e, ao final, duas perguntas abertas como complemento da lista de obstáculos ao autocuidado (Anexo 2- Versão original).

A adaptação transcultural de um instrumento é um processo complexo. A realização de uma simples tradução não pode ser efetuada devido às diferenças culturais e de linguagem, tendo em conta o idioma, o contexto cultural e o estilo de vida. Neste sentido para realizar uma adaptação de um instrumento de uma linguagem para outra, deve-se levar em conta vários aspetos (Curcio, Lima, Alexandre, 2011). A adaptação transcultural em nosso estudo foi tomada como um processo que levou em conta a tradução com adaptações linguísticas a realidade de Cabo-Verde, para que o contexto em que o instrumento foi desenvolvido possa ser aplicado nas mesmas condições, tentando manter a correspondência entre a versão inicial e a versão adaptada. O que é procurado é a equivalência cultural e equivalência funcional. A equivalência cultural refere-se ao valor idêntico que está ligada a constructos de uma cultura para outra e a equivalência funcional designa o facto de que indivíduos que pertencem a duas culturas diferentes responderem da mesma forma a um dado constructo (Garrido, Lopes, Calheiros, 2011).

Para o processo de equivalência cultural elegemos para o nosso estudo a técnica proposta por Guillemin para tradução e adaptação transcultural de instrumentos (Guillemin et al., 1993, 2000) adaptada e ordenada da seguinte forma:

1- Tradução,
2- Análise por especialista,
3- Retrotradução,
4- Pré-teste.

O processo de tradução do QROAD na primeira fase começou pelo consenso inicial que foi efetuado por dois clínicos[2] que fizeram a sua formação no Brasil, e que atendem diariamente diabéticos dando melhor significado aos termos que se mostraram com interpretação diferentes, do português brasileiro para o português cabo-verdiano com a participação do investigador principal e um linguista independente.

[2] Franscisco Antunes, Delegacia de saúde da Praia e Tomás de Sá Valdez, Região Sanitária Norte-Assomada.

Segundo Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias, Carvalhaes, 2005 a equivalência de itens indica se os itens que compõem um instrumento estimam os mesmos domínios e se são relevantes nas duas culturas. Após se verificar a existência da primeira versão traduzida para português cabo-verdiano, foi submetida a análise de dois linguistas especialistas que independentemente fizeram uma análise resultando na segunda versão por consenso do QROAD. De seguida foi enviada a um professor de português com formação no Brasil que realizou a retrotradução e não verificou divergências significativas entre a versão inicial e a retrotraduzida. Procedeu-se de seguida a realização das correções a nível gramatical, tendo sido possível chegar a segunda versão do QROAD traduzido para o português cabo-verdiano (Apêndice A).

A segunda versão foi entregue a um linguista para tradução do QROAD para crioulo de Santiago e de seguida uma segunda retrotradução do crioulo para o português cabo-verdiano realizado por outro linguista de forma independente com análise e discussão do investigador principal e resultou na terceira versão do QROAD (Apêndice D). Findo qual procedeu-se o pré-teste[3] em quatro idosos diabéticos no centro de saúde de Assomada. Para a equivalência funcional numa primeira fase o QROAD (na versão em crioulo) foi aplicado a dois grupos constituídos por sete idosos diabéticos que frequentam o Centro de Saúde de Assomada, com o objetivo de perceber o carácter funcional do instrumento na ótica dos mesmos, através do grau de entendimento que davam as questões contidas no instrumento. Foi realizada uma entrevista com um grupo de idosos onde foi permitida colher opiniões sobre o grau de entendimento que davam as questões do instrumento com a participação da equipa de pesquisa.

Numa segunda fase o QROAD foi entregue à três enfermeiros do centro de saúde para aplicação durante a consulta de enfermagem para aferição da sua aplicabilidade. As opiniões dos idosos e as perceções dos enfermeiros após aplicação do instrumento durante as consultas de enfermagem foram analisadas pelo investigador, surgindo assim a versão final. Na figura 1 está ilustrada de uma forma sintética todas as etapas percorridas no processo de adaptação.

[3] Cabe acrescentar que este pesquisador recebeu um treinamento no uso do QROAD do professor Antonio Pithon Cyrino que desenvolveu este questionário. Nesta oportunidade o pesquisador pôde aplicar o questionário em utente diabético de serviço de saúde. Nesta oportunidade, o questionário foi apresentado em crioulo, mediante uma tradução do texto em português brasileiro para o crioulo falado, dado que a entrevistada não dominava o português.

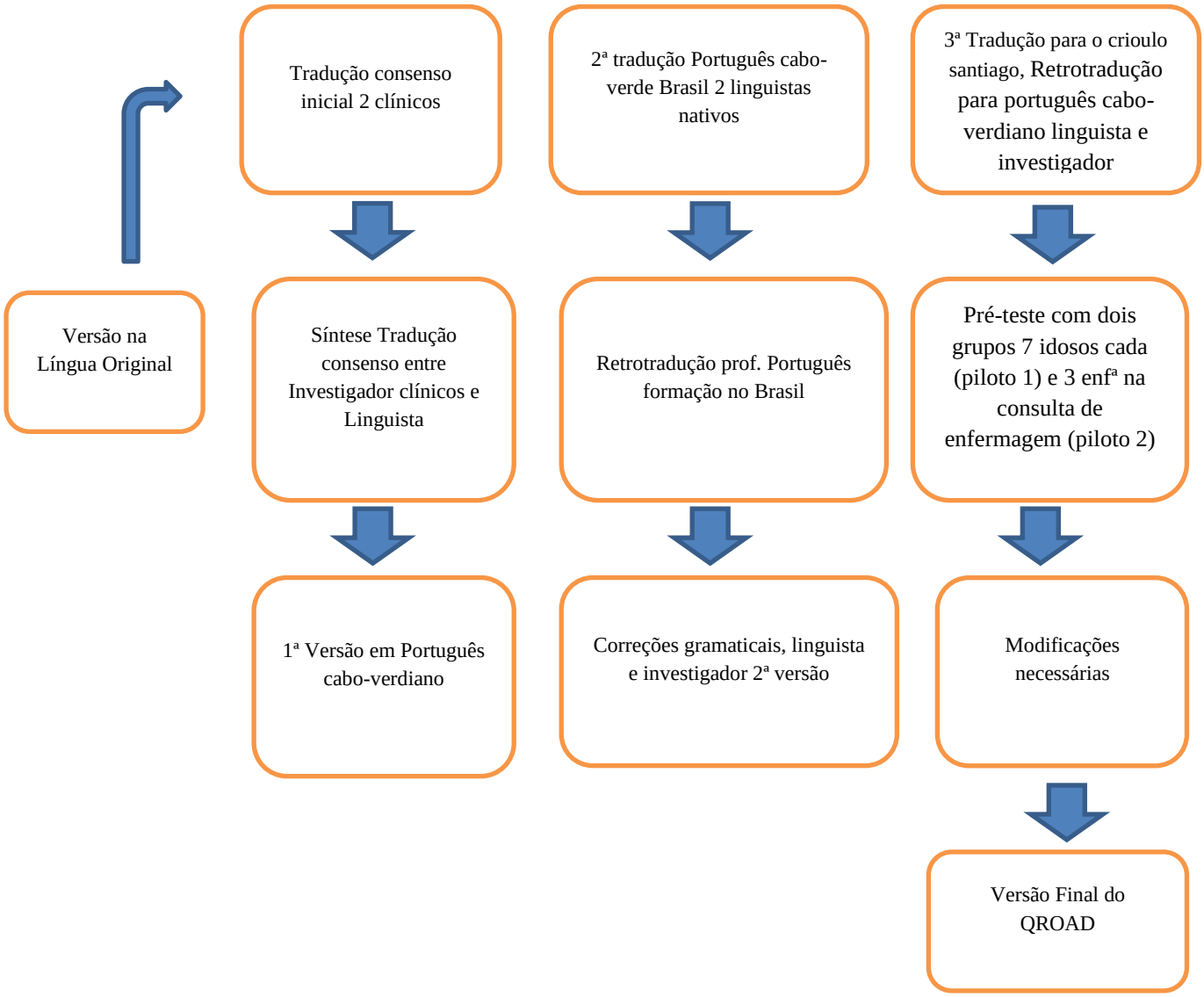
A versão final do QROAD foi então aplicada ao grupo de estudo constituído pelos idosos diabéticos seguidos nas consultas de diabetes dos centros de saúde da Região Norte de Santiago. Definiu-se como critério idosos com quatro ou mais anos de diagnóstico seguidos nas consultas de diabetes e com capacidade de responder o questionário e que aceitaram participar no estudo. O processo de seleção do grupo obedeceu a ordem de chegada as consultas nos dias marcados, isto é, foram selecionados consecutivamente e que resultou em 50 idosos diabéticos seguidos na consulta em dois centros de saúde da Região. A opção pelos dois Centros de Saúde da Região Norte de Santiago deveu-se pelo facto de na altura do estudo serem os centros de saúde com programa de atenção ao doente diabético e apresentar o maior número de diabéticos registados pelo Relatório do Ministério da Saúde de Cabo-Verde 2012.

O QROAD foi aplicado durante os meses de Fevereiro e Março de 2013 durante as consultas de seguimento aos diabéticos em dois centros de saúde da região pelo investigador principal e dois estudantes do 4º ano de graduação em enfermagem, que após treinamento prévio em relação a aplicação do instrumento ajudaram na recolha dos dados.

No domínio da investigação em seres humanos, deve-se ter sempre presente as questões éticas e legais. Tendo em conta os princípios éticos e morais e tendo como referência alguns códigos de ética que regem a investigação em seres humanos, e neste sentido foi solicitado um pedido de autorização aos Delegados de Saúde dos centros de saúde da Região, sendo que de seguida o projeto foi submetido ao Comité Nacional de Ética em Pesquisa de Saúde (Apêndice B), e autorizado na sua deliberação nº 48/2012 (Anexo 1). Antes da aplicação do instrumento os participantes foram esclarecidos e informados dos objetivos do estudo pela equipa de pesquisa e os que aceitaram e concordaram leram e assinaram o termo de consentimento livre e informado (Apêndice C). Após a colheita dos dados, estes foram submetidos a uma análise estatística utilizando o programa estatístico SPSS versão 20.0.

A apresentação dos dados foi feita em tabelas com o auxílio do programa *Microsoft Excel* 2010. Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados utilizamos a estatística descritiva onde foi abordada em forma de frequência absoluta.

Figura 1. Processo de adaptação cultural para o contexto Cabo-verdiano



Capítulo IV – Resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos devidos em duas partes, que de uma forma mais precisa expressam os dois objetivos deste estudo: 1. a adaptação transcultural do QROAD e 2. O estudo dos obstáculos ao autocuidado de portadores de DM tipo 2 utentes de dois centros de saúde do Interior da Ilha de Santiago. Para facilitar a compreensão dos dados, estes foram analisados em números percentuais, representada em tabelas, efetuando um texto narrativo que interpreta os dados obtidos.

4.1 Adaptação transcultural do QROAD

Questionários de avaliação são ferramentas habituais nas diferentes áreas de saúde e podem auxiliar no diagnóstico, no reconhecimento de dificuldades na vivencia de determinada condição clínica, para avaliação da resposta ao tratamento, avaliação da qualidade de vida entre outras (Fortes, Araújo,2019). E frequentemente são desenvolvidos em outras línguas diferentes do local da aplicação, utilizados em populações diferentes daquelas para as quais foram originalmente criados tornando-se necessário à sua adaptação transcultural (Beaton, Bombardier, Guillemin, 2000).

Como foi referido anteriormente o processo de tradução do QROAD na primeira fase começou pelo consenso inicial efetuado por dois clínicos, buscando a equivalência de itens. Após consenso inicial entre os clínicos, linguista e o investigador na fase de tradução para o crioulo verificou-se que existiam termos que deviam ser substituídos por não terem o mesmo significado em termos culturais e aplicação contextual em relação a versão original. E como o objetivo é manter a correspondência com a versão original bem como manter o significado dos termos que se mostraram com interpretação diferentes do português brasileiro para o crioulo cabo-verdiano propôs-se após análise cuidadosa a alteração de dois termos: o primeiro é em relação a segunda pergunta da primeira parte do questionário, onde o termo **nervoso** foi substituído pelo termo **fadigado.**

*"Logo depois que soube do diagnóstico fiquei muito **nervoso/a**, pois foi muito difícil aceitar a diabetes no início."*

Passando a ser:

*"Logo depois que soube do diagnóstico fiquei muito **fadigado/a**, pois foi muito difícil aceitar a diabetes no início*.

O segundo item está relacionado com o termo depressão na terceira pergunta do QROAD, onde o termo **deprimido/a** foi substituído pelo termo **Corpu Capudi.**

"*Logo depois que soube do diagnóstico fiquei muito deprimido/a, pois foi muito difícil aceitar a diabetes no início*.

Passando a ser:

"*Logo depois que soube do diagnóstico fiquei* ***Corpu Capudi****, pois foi muito difícil aceitar a diabetes no início.*

O quadro abaixo sintetiza melhor as principais propostas efetuadas no QROAD tendo em vista a sua adaptação transcultural.

Quadro 2: proposta da alteração dos termos do QROAD

Versão Original	**Versão português Cabo-verdiano**	**Versão adaptada transcultural/te**	**Tradução crioulo**
Nervoso/a	Nervoso /a	Preocupado/ agitado	**fadigado/a**
Deprimido/a	Deprimido	Desanimo de tudo	**Corpu Capudi**

A metodologia empregada para a adaptação transcultural do QROAD é das mais frequentemente utilizadas para a adaptação de outros instrumentos de avaliação. Em nosso estudo não se teve a pretensão de validar o instrumento em virtude do próprio âmbito do estudo uma vez que, a adaptação é menos dispendiosa e o uso de instrumentos equivalentes facilita a comunicação e a troca de informação dentro da comunidade científica. E assumimos como limitação do estudo a ausência de validação do instrumento, mas que não invalida todo processo de adaptação transcultural percorrido, e que ficou demonstrado com a capacidade do instrumento em reconhecer os obstáculos ao autocuidado entre idosos com diabetes.

As pesquisas transculturais são aquelas realizadas em diferentes culturas sobre um mesmo tema, no sentido de identificar as semelhanças e diferenças da questão pesquisada em relação a cada cultura, e para isso, é necessária adaptação transcultural na preparação e aplicação dos questionários, já que sua validade não depende somente da tradução, mas também da contextualização ao novo cenário cultural, para que mantenha suas propriedades psicométricas (Fortes, Araújo, 2019). A adaptação transcultural de um questionário é fundamental para que sejam identificadas as dificuldades de equivalência cultural e funcional, mostrando-se como um método mais

adequado do que a simples tradução e retrotradução do instrumento. A presente adaptação constatou um nível satisfatório de equivalência cultural e funcional entre a versão em português do Brasil e a versão em crioulo, e apenas dois itens originais tiveram de ser adaptados após todo tratamento linguístico, tanto do ponto de vista contextual como do processo de tradução literal. O QROAD mostrou-se de fácil compreensão e aplicabilidade em contexto clínico e acredita-se que o QROAD em português de Cabo-verde bem como como em crioulo contribuirá para o reconhecimento dos obstáculos ao autocuidado na diabetes e auxiliará no planeamento de intervenções mais estruturadas as pessoas que vivem com diabetes. Entretanto, a fim de concluir todo processo de aplicação a realidade Cabo-verdiana é necessário também como referido anteriormente uma validação do instrumento, que é um processo contínuo que devem incluir amostras maiores, abrangendo diferentes populações e contextos. Propõe-se a continuidade do estudo com a versão do QROAD adaptado culturalmente para o Português de Cabo-verde e crioulo, por meio da análise de confiabilidade e sua validação no cenário cabo-verdiano selecionando amostras com número maior de participantes.

4.2 Estudo dos obstáculos ao autocuidado de portadores de DM tipo 2

4.2.1 Caracterização dos Sujeitos

Como já referido na metodologia, os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar entre os utentes que frequentam os dois centros de saúde selecionados. Participaram do estudo 50 diabéticos seguidos em dois Centros de Saúde do interior de Santiago. Apresentam idade entre 60 e 70 anos cujas faixas etárias estão apresentadas na tabela 1, destacando-se que metade deles tem mais de 70 anos. Neste grupo 86% (43) são mulheres e 14% (7) são homens, isto porque, nos Centros de Saúde desta região e maioria de Cabo Verde estes são mais utilizados maioritariamente por mulheres. Em relação ao estado civil verifica-se que 36% (18) são solteiros. Verificou-se que da aplicação do instrumento, que 6 (12%) dos inquiridos vivem com conjugue ou companheiro, destacando-se que 48% dos idosos vivem sozinhos.

Tabela 1: Distribuição de acordo as características sociodemográficas dos sujeitos atendidos nos centros de saúde de Santiago Cabo-verde, 2013

Variáveis	Frequência (n)	Percentagem (%)
Idade		
60-65 Anos	4	8,0
66- 70 Anos	**21**	**42,0**
> **70 Anos**	**25**	**50,0**
Sexo		
Masculino	7	14,0
Feminino	**43**	**86,0**
Estado Civil		
Casado	15	30,0
Solteiro	**18**	**36,0**
Viúvo	17	34,0
Com quem coabita		
Conjugue, companheiro	6	12,0
Com Família restrita conjugue e filhos	1	2,0
Com a Família alargada Filhos e Netos	19	38,0
Sozinho	**24**	**48,0**
Total	**50**	**100**

Observou-se que 94% dos idosos estudados tem diagnóstico de DM há mais cinco anos e que metade destes há mais de oito anos. Chama a atenção que 62% (31) dos idosos diabéticos estudados tiveram pelo menos uma ocorrência de internamento em sua história de vida com diabetes. A tabela 2 representa a distribuição em relação ao tipo de medicamento que os idosos diabéticos usam habitualmente. Constata-se que 54% (27) dos inquiridos faz uso de antidiabéticos orais, 28% (14) usam habitualmente ambos, insulina e antidiabéticos orais (AO). Em relação ao uso dos serviços de saúde por parte dos sujeitos do estudo verifica-se que 72% (36) usa os serviços de saúde uma vez por mês.

Tabela 2: Distribuição em relação a situação clínica e a procura pelos serviços de saúde dos sujeitos atendidos nos centros de saúde de Santiago Cabo-verde, 2013

Variáveis	Frequência (N)	Percentagem (%)
Tempo de diagnóstico		
2 a 4 anos	3	6,0
5 a 8 anos	**23**	**46,0**
> 8 Anos	**24**	**48,0**
Tipo de Medicação		
Antidiabéticos Orais (AO)	**27**	**54,0**
Insulina (Ins.)	3	6,0
Ambos	14	28,0
Nenhum	6	12,0
Hospitalização devido à diabetes		
Sim	**31**	**62,0**
Uso de serviços		
1 X por semana	1	2,0
De 15/15 dias	13	26,0
1 X mês	36	72,0
Total	**50**	**100**

4.2.2 Obstáculos ao Autocuidado

Nesta segunda parte apresenta-se numa primeira fase os obstáculos ligados ao adoecer e na segunda fase os obstáculos no controle da doença e vivência diária. Pela tabela 3 verifica-se que a maioria dos obstáculos apresenta valores acima dos 70%, destacando-se a tristeza e o medo das complicações com 92% (46), e o incómodo provocado pelo ónus do cuidado com 88% (44).

Tabela 3: Obstáculos ao autocuidado na fase do adoecer em idosos portadores da DM tipo 2, Cabo Verde, 2013

Obstáculos ao autocuidado	Frequência (n)	Percentagem (%)
O adoecer provocou tristeza	**46**	**92,0**
O adoecer provocou nervosismo	40	80,0
O adoecer provocou Depressão	41	82,0
O adoecer provocou medo das complicações	**46**	**92,0**
O adoecer provocou medo da insulina	38	76,0
Incómodo provocado pelo ónus do cuidado	44	88,0
Total	**50**	**100**

A tabela 4 representa a distribuição em relação ao obstáculo no controle da diabetes. Verifica-se que 39 dos inqueridos responderam que foi mais difícil cuidar da diabetes por sentirem-na como uma situação silenciosa, correspondendo a 78%, e 11 não sentiram dificuldades, correspondendo a 22%. Ainda em relação ao controle da diabetes o abuso do álcool e ser cozinheiro também foram apontados como obstáculos ao autocuidado no controle da doença com 84 % (42) e 82% (41) respetivamente.

Tabela 4: Obstáculos ao autocuidado no controle da DM tipo 2, Cabo Verde, 2013

Obstáculos ao autocuidado	Frequência (n)	Percentagem (%)
A diabetes silenciosa	39	78,0
A diabetes com co-morbidade	**40**	**80,0**
Ficar nervoso	38	76,0
Ter depressão tristeza	39	78,0
Abuso do Álcool	**42**	**84,0**
Estar muito desocupado	34	68,0
Ser cozinheiro	**41**	**82,0**
Total	**50**	**100**

Pela tabela 5 verifica-se que são inúmeros os obstáculos apontados pelos idosos diabéticos durante o autocuidado na DM tipo 2, destacando-se que a maioria 94% (47) referiu que viver com dificuldades financeiras é um obstáculo no autocuidado. Em relação ao obstáculo incómodo provocado por algumas complicações e a diabetes dominou a minha vida 90% (45) responderam que sim que era um obstáculo no autocuidado na DM tipo 2.

De referir também que o intervalo longo entre as consultas foi apontado como um grande obstáculo ao autocuidado na DM tipo 2 com 96% correspondendo a 48 idosos e 92% (46) referiu como difícil acertar no cuidado quando o intervalo entre uma consulta e outra é muito longo.

Tabela 5 continuação: Obstáculos ao autocuidado no controle da DM tipo 2, Cabo Verde, 2013

Obstáculos ao autocuidado	Frequência (n)	Percentagem %
Cozinhar para a família	35	70,0
Viver com dificuldades financeiras	**47**	**94,0**
Normas rígidas dos profissionais	43	86,0
A diabetes dominou a vida	**45**	**90,0**
Difícil controlo do desejo	40	80,0
Viver com o fantasma das complicações	43	86,0
Incómodo provocado por algumas Complicações	**45**	**90,0**
Controlo quando há complicações	42	84,0
Incómodo provocado pela hipoglicemia	41	82,0
O receio da hipoglicemia	35	70,0
Dificuldade de perceber a hiperglicemia	28	56,0
Efeitos colaterais dos remédios	37	74,0
Medo da Insulina	41	82,0
Cuidar do Outro	34	68,0
Cuidar do Outro doente	42	84,0
Quando a família não apoia	34	68,0
Quando há conflito familiar	29	58,0
Comunicação profissional paciente	**44**	**88,0**
A continuidade do cuidado	**46**	**92,0**
O intervalo longo entre as consultas	**48**	**96,0**
Total	**50**	**100**

Capítulo V – Discussão

O processo pelo qual a versão original do QROAD foi analisado atende aos critérios de equivalência entre o instrumento original e o adaptado. Os princípios metodológicos empregados nas etapas do presente trabalho possibilitou-nos uma versão que preservou o significado e conteúdo da versão original do instrumento. O QROAD é utilizado para reconhecer os obstáculos ao autocuidado na DM, sendo que pode ser utilizado para auxiliar os profissionais de saúde no seguimento das pessoas com DM.

5.1 Adaptação transcultural do QROAD

O propósito do nosso estudo foi realizar a adaptação transcultural de um instrumento de reconhecimento de obstáculos ao autocuidado na diabetes, já aplicado no Brasil e que adaptado culturalmente pode ser utilizado em pacientes com dificuldades no controle e vivencia com a doença, buscando constatar a relação entre as diferenças nos obstáculos entre pacientes onde o instrumento foi desenvolvido e onde é adaptado, visando colmatar uma lacuna de instrumentos adequados a população idosa em Cabo-Verde. Sendo que a saúde de um sujeito pode ser entendida como a determinante de vários fatores, dentre eles seu contexto social económico e cultural e sua própria perceção de saúde, para isso, avaliar aspetos de saúde em uma população usando um instrumento desenvolvido em outro cenário cultural, faz-se necessário o processo de adaptação transcultural garantindo que o objetivo original do questionário seja igualmente alcançado quando aplicado no idioma em que foi adaptado (Fortes, Araújo, 2019).

Neste estudo analisámos as qualidades funcionais e operacionais de um instrumento especificamente concebido para o reconhecimento de obstáculos ao autocuidado na pessoa com diabetes que pode ser usado nos cuidados primários de saúde mais concretamente nas consultas de vigilância e controle da doença, e demonstrou excelente capacidade de identificação dos obstáculos bem como, de entendimento das questões e suas dimensões. Em nosso estudo, todos os pormenores foram levados em consideração, assim, as alterações realizadas contribuíram para melhorar a clareza e facilitar a compreensão, buscando aproximá-lo ao máximo da realidade da população de interesse. De acordo Guillemin e Beaton o pré-teste assegura manter a versão original, melhorar a

compreensão, encontrar erros e problemas na aplicação. Com base na realização do pré-teste, foi possível verificar termos que poderiam gerar confusão e interferir nos resultados apesar do percentual de concordância entre a versão original e adaptada estar próximo dos 100% na maioria dos itens do instrumento, no entanto, mais abaixo explicaremos melhor todo o processo.

Note-se, contudo, conforme referido anteriormente no capítulo dos resultados houve a necessidade da alteração de dois termos para adaptação para o crioulo, visto que o entendimento não era o mesmo para o nosso contexto cultural. Para Ogbu, 1992 a cultura consiste em cinco componentes analíticas: a que leva a ter o comportamento, os códigos e apropriações, as expectativas e emoções subjacentes a esses comportamentos, as instituições e por último, os modelos das relações sociais. Se pensarmos nos comportamentos associados as pessoas quando acometidas por uma doença cronica e em particular os idosos, levantam-se apropriações de saberes e expectativas acumuladas durante uma vida inteira, associadas a modelos criados nas suas relações sociais e vivência com a doença e que obrigam as instituições de cuidado a adoção de medidas eficazes no atendimento destes doentes justificando-se na maioria das vezes a adaptação transcultural.

O termo nervoso na versão original do QROAD como já foi dito anteriormente, depois de percorrer-se todas as etapas do processo de adaptação sofreu modificações isto porque, para a versão do português cabo-verdiano o termo nervoso tem o mesmo entendimento dado derivarem ambos da língua portuguesa. No entanto, para a versão adaptada culturalmente o termo foi substituído por *preocupado/ agitado* com vista a não se perder o significado original ou a equivalência conceitual entre o instrumento a ser adaptado e os valores culturais da população-alvo, porque o termo nervoso é usado num contexto muito particular na linguagem falada e está mais ligado as situações de perda do controlo emocional por alguma situação desagradável ou inesperada. E após análise detalhada com todos intervenientes decidiu-se que o melhor enquadramento a dar ao termo seria esse, e ficou também demonstrado durante a aplicação do pré teste e não fazia sentido a sua utilização para o nosso contexto daí a sua substituição. Fenómeno interessante é que, se por um lado o português em Cabo Verde desenvolveu uma certa especificidade, por outro lado, durante os vários anos de colonização os modelos paradigmáticos eram do português europeu, e até hoje, as obras de referência (gramáticas, dicionários, manuais escolares, etc.) são originárias de Portugal. Conclusão, presencia-se

dois movimentos de sentido oposto que ocorrem em simultâneo de um lado o português falado em Cabo-Verde que caminha para um desenvolvimento de características próprias, por outro lado as normas europeias do português continuam a fazer uma pressão que trava um desenvolvimento mais rápido de uma variante tipicamente cabo-verdiana (Veiga, 2004).

Para a tradução para o crioulo é sugerido o termo *fadigado* que apesar da sua origem estar na palavra fadiga cansaço, em contexto da aplicação do crioulo este termo é entendido mais como um aspeto ligado a ansiedade preocupação com alguma coisa o que corresponde melhor a versão original do termo nervoso. O crioulo é uma língua que não contém os equivalentes dos termos em si, podemos notar que alguns termos têm uma explicação, adotando uma estratégia parafrástica, isto é, os equivalentes em crioulo têm explicações ou curtas paráfrases o que pode ajudar a ter uma noção do real impacto da linguagem popular, como forma de comunicação atendendo à sua cultura linguística (Veiga, 2004). Ainda segundo Ciconelli, 1997 ao se propor a adaptação de um questionário, há a necessidade de se considerar as diferentes características existentes em cada sociedade, como crenças, costumes e comportamentos. O questionário deve ser composto por linguagem simples e clara, atingindo a equivalência quanto aos conceitos culturais.

A segunda alteração proposta foi com termo *deprimido* que da versão original para o português cabo-verdiano não sofreu alteração nenhuma, já para versão adaptada culturalmente e tradução em crioulo foi necessário ajustes para manter-se o significado inicial. Isto é o termo foi substituído por *desanimo de tudo* que pode ser definido como o contrário de motivação que neste caso está relacionado com a falta de vontade da pessoa em fazer algo ou quando o indivíduo perde toda a perspetiva de ideias e pensamento enfatizando apenas os aspetos negativos. O idoso quando acometido de diabetes os aspetos ligados a motivação, mudança de comportamento em relação à sua saúde não são fáceis de lidar segundo a literatura e é dentro deste entendimento que melhor se enquadra este termo porque de outra forma levaria para as situações do fórum psicológico e psiquiátrico em termos de linguagem falada, dado que não é usada habitualmente no nosso contexto sociocultural. O entendimento do contexto cultural em termos linguísticos faz uma diferença enorme quando se quer entender determinado assunto na área da saúde isto porque, para o léxico medico usado pelos profissionais de saúde a maioria dos utentes quase não entende essas formas de comunicação ou divulgação de informação. A menor

valorização da componente psicossocial não afeta apenas a relação médico doente, mas também a leitura clínica das vertentes psicossociais e emocionais da doença e a dificuldade de lidar com as situações que não são claras do ponto de vista físico e biológico (Weinman,1987).

A prevenção da doença e a educação para a saúde são duas áreas importantes da medicina familiar, em especial devido ao aumento de pessoas com doença crónica. No entanto, as taxas de sucesso poderiam ser mais elevadas se as metodologias e formas de comunicação utilizadas fossem mais adequadas (Silva, 2002). As iniciativas de prevenção da doença e educação para a saúde são na sua essência atividades sustentadas na comunicação com o doente. Os comportamentos das pessoas têm origem em vivências e situações contextuais de grande complexidade, onde se incluem as componentes culturais, sociológicas e psicossociais, que são muito diferentes de indivíduo para indivíduo e com frequência muito diferentes das do médico. Os doentes justificam as suas opções comportamentais com informações e crenças que, não sendo científicas na perspetiva da biomedicina, se tornam por vezes muito difíceis de debater (Silva,2008).

Para a tradução para o crioulo é sugerido o termo *corpu capudi* pois, segundo os linguistas que fizeram parte da análise do instrumento é o termo que mais se adequa a ideia que ser quer dar ao sentimento de desanimo de tudo sugerido na versão adaptada transculturalmente. A expressão *corpu capudi* não se trata apenas de uma mera tradução do termo adaptado culturalmente mas sim, um conjunto de sentimentos e forma de estar perante uma situação incómoda ou debilitante que leva na maioria das vezes com que a pessoa não tenha vontade de fazer nada e isso reflete-se na fraqueza e incapacidade até de mexer o corpo. Segundo alguns autores ligados a área da psicologia os estados de apatia extrema e prolongada, somados à vontade exclusiva de dormir ou encontrar refúgio na cama para fugir de tudo, costumam ser um indício do padecimento de um transtorno depressivo. No entanto, nesta situação estamos perante uma situação um pouco diferente porque trata-se de algo ligado sim ao sentimento e que passa para o físico, mas com caracter relativamente curto. Isto porque culturalmente o crioulo surge em condições sociolinguísticas muito especiais que obrigaram a coexistência numa comunidade relativamente estável, de falantes de línguas maternas diferentes que não se entendiam mutuamente, mas que, para sobreviverem necessitaram urgentemente de comunicar não só pelas ideias transmitidas oralmente mas também pelos sentimentos envolvidos na ideia principal (Lopes, 2003).

Durante séculos, embora em vão, como se pode ver pela vitalidade atual do Cabo-verdiano, os governos portugueses tentaram erradicar o Crioulo e substitui-lo pela sua língua isto porque, o Crioulo era uma forma de falar desregrada, sem gramática, incapaz de transmitir ideias abstratas, que, por isso, não se podia descrever, nem estudar, nem ensinar nas escolas. Deste modo, o Crioulo foi remetido para o espaço da casa, familiar, enquanto o Português era a língua de ensino e da vida pública, facto que anos mais tarde veio a comprovar-se que mesmo estando remetido ao espaço familiar o crioulo manteve sempre ideias concretas envolvidas sempre num cariz simbólico e de muito sentimento (Monteiro, 1995).

Finalmente, é importante ressaltar que a tradução e a adaptação cultural de um instrumento é um processo que requer um esforço maior do que somente a questão idiomática e semântica; é preciso adaptar a linguagem sob o ponto de vista cultural e conceitual da realidade.

5.2 Estudo dos obstáculos ao autocuidado de portadores de DM tipo 2

Em relação ao estudo dos obstáculos ao autocuidado em portadores de DM iremos fazer agora uma breve discussão, que está dividida em duas partes interligadas, isto é, numa primeira parte far-se-á a discussão dos obstáculos ao autocuidado na diabetes na fase do adoecer e depois os obstáculos ao autocuidado no controle da doença. Não se pretende que seja uma discussão exaustiva mas sim, tentar interpretar os principais resultados e significados obtidos com a aplicação do instrumento, dado que o principal objetivo do presente trabalho foi fazer a adaptação transcultural do QROAD e abrir novas perspetivas da atenção dadas a estas pessoas a nível dos cuidados primários nas duas fases adoecer e controle da doença.

Como foi referido anteriormente no capítulo dos resultados participaram do estudo 50 diabéticos seguidos em dois Centros de Saúde do interior de Santiago, sendo que a maioria tinha idade superior há 70 anos. Vários estudos apontam o aumento da prevalência da DM tipo 2 em idosos, e este aumento está associado a fenómenos multifatoriais onde se destacam a resistência a insulina entre outras complicações ligadas a idade avançada (Lourenço, 2004). Em Cabo-verde fruto da transição epidemiológica que se tem verificado nos últimos anos entende-se esse maior aumento da prevalência

nessa faixa etária. Uma revisão sistemática realizada por Werfalli, Engel, Musekiwa, Kengne, Naomi, 2015 demonstrou que a prevalência da DM em Africa ronda os 13% apesar de na maioria dos países africanos ainda não haver uniformização em termos de critérios de diagnósticos.

Em relação ao estado civil verifica-se que 36% são solteiros destacando-se ainda que 48% destes idosos vivem sozinhos. Miyawaki, Shimizu, Seto, 2015 referem que as necessidades de suporte de pacientes idosos com diabetes que moram sozinhos podem ser divididas em duas categorias: suporte à vida e suporte ao autocuidado, sendo que a implementação dessas categorias em programas de gestão ambulatorial nos quais o tempo de contato com os pacientes é limitado é importante no gerenciamento geral de pacientes idosos com diabetes que vivem sozinhos. Tendo em conta os obstáculos ao autocuidado que enfrentam os idosos na vivencia com a doença viver sozinho pode se tornar complicado dado as próprias dificuldades da doença em termos de controle principalmente da glicemia e alimentação. Em nossa realidade essa situação pode ser explicada essencialmente pela morte de um dos cônjuges neste caso o marido, fruto dos maiores fatores de risco, outra possibilidade é emigração que na maioria das vezes está mais ligada ao homem e a ultima pode ser explicada pela procura de melhores condições de vida e leva os membros integrantes das famílias a viverem nos grandes centros urbanos abandonando o interior da ilha.

Em relação ao tempo de diagnóstico verificou-se que 94% dos idosos estudados tem diagnóstico de DM há mais cinco anos e que metade destes há mais de oito anos. O envelhecimento da população mundial está aumentando bem como o número de pessoas que vivem com doenças cronicas neste caso particular a DM. Mudanças no perfil epidemiológico impulsionado por mudanças socioeconômicas também contribuem para o aumento contínuo de anos vividos com qualquer doença cronica e neste caso particular do nosso estudo os resultados podem ser explicados pelo carater de cronicidade, o longo período de prevalência da DM, e o desenvolvimento lento e silencioso das complicações que em média surgem depois dos cinco anos da doença.

Outro aspeto que chama a atenção é que 62% dos idosos diabéticos estudados já tiveram pelo menos uma ocorrência de internamento. Na maioria das situações a DM entre idosos está associada a outras comorbidades que de uma forma incrementam o risco para o internamento. Porque de uma forma específica por si só, a DM nestas idades está

associada a várias idas aos serviços de saúde por descompensações agudas. Um estudo realizado no Canada demonstrou que as maiores chances de hospitalizações por complicações de curto prazo relacionadas a diabetes foram observadas em pacientes com dificuldades de adesão ao tratamento e que o cumprimento das metas estipuladas em termos de autocuidado para a DM tem o potencial de reduzir os internamentos por complicações no entanto, isso depende do tipo de condições crónicas coexistentes e complicações relacionadas (Petrosyan, et al, 2016). Em nosso caso concreto esse número de internamentos pode ser entendida também pela dificuldade de adesão que por sua vez também está ligada a própria organização dos serviços e capacitação dos profissionais, os próprios programas de atenção a pessoa com doença crónica e também a ausência de instrumentos de caracterização e identificação das pessoas em risco. Associado a isso existe também como já foi referido anteriormente a busca tardia pelos serviços de saúde.

Evidências recentemente publicadas destacam que muitas pessoas com DM não conseguem um bom controle glicémico deixando-os em risco aumentado e evitável de complicações sérias. Existe uma tendência de se concentrar em obstáculos relacionados ao paciente deixando de considerar questões decorrentes das atitudes, perceções e comportamentos dos cuidados. Em particular, há frequentemente atrasos na implementação de intervenções apropriadas para alcançar alvos glicémicos devido a uma gama complexa de fatores que exacerbam a situação. Uma melhor compreensão desses fatores e definição de estratégias apropriadas ajudaria os profissionais de saúde no controle mais oportuno da glicemia (Blonde, Aschner, Bailey, Leiter, 2017).

Em relação ao uso dos serviços de saúde por parte dos sujeitos do estudo verifica-se que a maioria usa os serviços de saúde uma vez por mês. Existem várias recomendações na literatura em relação a vigilância e monitorização da doença, no entanto, a maioria dessas recomendações são muito específicas, isto é, estão ligadas a presença de complicações da doença por exemplo a vigilância em relação ao pé, acuidade visual entre outras. Muitos dos serviços adequam na maioria das vezes o número de idas em função da disponibilidade dos recursos humanos, e capacidade de controle da doença. No nosso caso em particular verificou-se um número reduzido de idas ao serviço e que pode ser explicado essencialmente pela organização dos serviços. Cada médico tem um número estipulado de doentes por semana e estando estes controlados em termos de glicémia só voltam a ser marcadas novas consultas na maioria das vezes três meses depois. Se pensarmos que estamos a falar de idosos com muitas comorbidades e obstáculos ao

autocuidado como o instrumento adaptado demonstrou, em nosso entender seria necessário rever as estratégias na abordagem à estas pessoas pois vários estudos já demonstraram que a maior proximidade com os serviços melhora significativamente a adesão aos autocuidados.

Terminada a discussão da primeira parte do instrumento ligada aos aspetos sociodemográficos e caracterização clínica das pessoas com diabetes, irá fazer-se de seguida a discussão da segunda parte. Nesta segunda parte do instrumento apresenta-se a primeira fase os obstáculos ligados ao adoecer e na segunda fase os obstáculos no controle da doença e vivência diária. Em relação ao obstáculos ligados ao adoecer verifica-se que a maioria dos obstáculos apresenta valores acima dos 70%, destacando-se a tristeza, o medo das complicações e o incómodo provocado pelo ónus do cuidado.

Estudos mostraram que a incidência de depressão é até três vezes maior entre indivíduos com DM do que na população geral (Andreoulakis, Hyphantis, Kandylis, 2012). E uma em cada quatro pessoas com DM desenvolve depressão clinicamente significativa (Semenkovich, Svrakic, Lustman, 2015). O termo tristeza na diabetes é usado para definir angústia emocional decorrente do ônus de viver com uma doença crónica, e a depressão é um distúrbio clínico do humor caracterizado por sentimentos persistentes e severos de tristeza e / ou desinteresse (APA, 2013). Outros sintomas apresentados incluem falta de sono, perda ou ganho de apetite, falta de concentração, agitação entre outras definido pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). Se pensarmos no nosso contexto em que as dificuldades dos serviços são constantes e permanentes a tristeza entre idosos com DM também se faz presente.

A tristeza relacionada ao diagnóstico da diabetes tem um impacto significativo na qualidade de vida e aumenta significativamente as taxas de morbidade e mortalidade, com particular influencia na saúde, comportamentos de autocuidado entre indivíduos com DM, impactando na sua nutrição, adesão ao tratamento, controle glicêmico, motivação e produtividade (Holt, 2012). Da mesma forma, vários estudos mostraram que a depressão agrava as complicações relacionadas à DM principalmente decorrentes de um controle glicêmico mais fraco e prejudica a capacidade de autogestão das comorbidades relacionadas a doença em geral (Holt, Katon, 2012). Outro obstáculo encontrado foi o medo das complicações que não pode ser dissociado do fenómeno tristeza isto porque é

sabido, que as complicações na DM são na maioria das vezes incapacitantes para as atividades de vida diária e falando de uma população idosa esse aspeto se torna relevante.

Um estudo realizado em 2017 por Grammes, Stock, Mann, Flynn,Kubiak demonstrou existirem vários medos associados as complicações, destacando-se as questões de autogestão da diabetes, o peso de consciência e a preocupação com a hipoglicemia. Dado que mesmo preocupações subclínicas podem ter efeitos negativos na qualidade de vida e na autogestão da diabetes, deve-se enfatizar a educação em relação aos cuidados na DM, para ajudar os pacientes a desenvolver autoeficácia em relação a autogestão da doença. Alguns autores sugerem incorporar uma componente psicológica como benefício prático em abordagens educacionais abrangentes, dando atenção específica ao estado mental de um indivíduo cultivando sempre a positividade e bem-estar (Guérin, Jaafar, Amrani, Prud'homme, Aguer, 2019). Um estudo realizado por Hendrick demonstrou que do medo das complicações a longo prazo relacionadas a diabetes mais referidas pelas pessoas foram principalmente à amputação, doenças cardiovasculares, nefropatia, neuropatia, retinopatia e acidente vascular cerebral. O estudo sugeriu que os educadores da diabetes talvez precisem abordar o medo dos pacientes de forma direta e eficaz (Hendrick, 1998).

Em relação ao incómodo provocado pelo ónus do cuidado é possível verificar que a maioria referiu este obstáculo como importante pois as restrições ligadas as dieta, tomar medicação para o resto da vida impostas pela doença em pessoas com hábitos e estilos de vida enraizados não se tornam fáceis nestas idades. Um exemplo concreto é a toma da medicação que na maioria das quais pode ser tratada com agentes orais. No entanto, alguns requerem terapia com insulina e em presença de síndromes geriátricas, intervenções comportamentais adicionais podem ser úteis para aumentar o sucesso geral do plano de tratamento, mas para os idosos com diabetes não deixa de ser um obstáculo importante (Geller, 2014). Segundo Araki, 2009 a presença de síndromes geriátricas que inclui a fragilidade, comprometimento cognitivo, mobilidade reduzida, destreza e equilíbrio, visão e audição reduzidas, depressão e problemas crônicos de dor, precisam ser sempre avaliadas na abordagem que se faz a estes doentes.

Se pensarmos um pouco no contexto em que foi realizado o estudo estamos a falar de um grupo com um nível de literacia em saúde baixo, que vive no interior da Ilha e que por muitos anos teve acesso limitado aos alimentos básicos por secas sucessivas, com a agravante de ter hábitos enraizados de uso de produtos tradicionais para tratamento em detrimento de produtos químicos. Neste sentido fazer uso de medicamentos e mudança substancial nos hábitos alimentares não é de maneira nenhuma aceitável para esse conjuntos de pessoas constituindo-se como obstáculos ao autocuidado.

Em relação aos obstáculos ao autocuidado no controle da doença três obstáculos apresentam valores na ordem dos 80% que são, a DM com morbidades, o abuso do álcool e ser cozinheiro. A DM com morbidades tem sido apontada na literatura como um dos grandes obstáculos principalmente por serem uma população idosa sobrecarregada por vários fatores de risco sendo um deles a polimedicação isto é, se pensarmos nas alterações metabólicas e a diminuição da eliminação do fármaco associada ao envelhecimento a polimedicação aumenta a possibilidade da prescrição em cascata. Além disso, a toma de múltiplos medicamentos pode levar a problemas de adesão, principalmente no indivíduo idoso com compromisso visual ou cognitivo.

Como foi dito anteriormente a transição epidemiológica que está a ocorrer em Cabo-verde também está ligada ao aumento da esperança média de vida e como consequência o aumento da prevalência de algumas doenças crónicas associados ao envelhecimento como por exemplo a hipertensão arterial, a dislipidemia, patologia degenerativa osteoarticular, a doença pulmonar obstrutiva crónica, a fibrilação auricular a demência e a própria DM. Um estudo realizado na Bélgica em 2017 encontrou uma alta prevalência de comorbidades associadas a DM na população estudada. No geral, 78,5% dos pacientes diabéticos apresentavam ≥4 comorbidades e a co-prevalência mais alta foi observada para a combinação de síndromes metabólicas e hipertensão seguida das síndromes metabólicas e excesso de peso. No entanto, no mesmo estudo foi apontado as dificuldades dos clínicos no manejo geral da doença devido as comorbidades associadas (Hermans, Dath, 2017). Em suma para o nosso contexto não se colocam tanto as questões da polimedicação devido a carências dos mesmos no sistema nacional de saúde e a própria dificuldade da maioria das pessoas com DM em adquiri-los. No entanto, todo ónus ligado a medicação que vai desde a recomendação da toma diária, o horário entre outras limitações fazem a vida destas pessoas depender e viver apenas da doença, obstáculo importante que será analisado a posterior.

Outro obstáculo importante referido pelos participantes no estudo foi o abuso do álcool. No continente Africano os dados epidemiológicos e clínicos relacionados ao consumo e abuso do álcool ainda continuam escassos (Roerecke, Obot, Patra, Rehem, 2008). Embora se possa constatar ainda muitas lacunas é de notar que para o relatório de 2011 todos os países da região responderam aos questionários e relataram aumento dos problemas ligados ao consumo do álcool apesar das diferenças étnicas, culturais, religiosas, e aceitação social (WHO, 2011). Em Cabo Verde o consumo de bebidas alcoólicas está bastante enraizado na cultura e existe um ambiente propício para a livre circulação, produção, distribuição, oferta e ingestão de bebidas alcoólicas (Ministério da saúde, 2005). Todas as ocasiões constituem pretexto para consumo de bebidas alcoólicas, seja em momentos de alegrias como as várias festas religiosas nos vários municípios, com os festivais de música, por ocasião das cerimónias religiosas como batismo, matrimónio, 1ª comunhão, aniversários, chegadas, partidas ou mesmo morte. Face ao exposto é fácil entender que a população idosa com DM enfrenta os mesmos problemas com o álcool e neste caso chamaríamos de obstáculos ao autocuidado no controle da doença.

Um estudo realizado recentemente com idosos Afroamericanos com diabetes demonstrou que morar sozinho, a presença de dor, comorbidades e tabagismo foram associados ao consumo excessivo de álcool. Essa associação também se verificou no sexo masculino à maiores chances de beber compulsivamente, enquanto indivíduos com mais comorbidades apresentaram menores chances de beber compulsivamente (Shervin, Smith, Saqib, Bazargan, 2019). Transpondo para a nosso estudo onde a maioria dos participantes é do sexo feminino, verificar-se consumo na ordem dos 84% indicia um fenómeno interessante pois, se pensarmos na importância do papel da mulher nessa região como cuidadora de si e de outros estão aqui presente variáveis que dificultarão o autocuidado no controle da doença. Aspeto interessante, é também o facto de que os nossos resultados não corroboram com os apresentados na literatura isto porque, ainda é atribuída as maiores taxas de consumo ao homens em algumas faixas etárias apesar de já haver muitos estudos a referir não haver diferenças significativas entre homens e mulheres em termos de consumo (Varela,2013). De uma forma geral é considerado um problema grave de saúde pública e medidas precisam ser tomadas com a máxima urgência principalmente entre idosos com DM.

Ser cozinheiro também foi apontado como sendo um obstáculo importante no autocuidado no controle da doença. Existem na literatura vários estudos apontando a importância de uma alimentação equilibrada para melhor controle da glicemia bem como recomenda-se o planejamento individualizado das refeições para pessoas com diabetes idealmente conduzido por um profissional com experiência em diabetes. Para muitos pacientes e famílias, este é um aspeto desafiador no autocuidado (ADA, 2014). Para Rintala 2013 a colaboração familiar e apoio do cônjuge é crucial para criar mudanças no estilo de vida, particularmente nos comportamentos alimentares o que ajuda a reconhecer os hábitos alimentares que contribuem para o melhor controle da glicemia. No nosso contexto cultural existe a ideia formalizada de que as tarefas domésticas devem estar ligadas exclusivamente a mulher onde se destaca o cozinhar para toda a família. Essa particularidade em nosso entender dificulta o controle da doença porque na maioria das vezes a própria confeção pressupõe saborear ou experimentar os alimentos, o que se torna tentador controlar a quantidade de ingestão dos mesmos principalmente os carboidratos por si só viciantes.

Para os idosos com diabetes, as recomendações alimentares específicas podem variar, dependendo do estado nutricional geral e se o indivíduo necessita de tratamento com insulina pois, a dosagem de insulina nas refeições deve corresponder principalmente ao conteúdo de carboidratos ingeridos durante as refeições. Esse regime pode ser especialmente desafiador em pacientes idosos com inconsistências de ingestão de alimentos ou habilidades pouco desenvolvidas levando a erros que podem causar grandes flutuações da glicemia (Bansal, Ruban, Dhaliwal, Weinstock, 2015). Neste sentido a dieta deve ser individualizada para se adequar ao estilo de vida do paciente, preferências alimentares, necessidades nutricionais e fatores socioeconômicos devem ser levado sempre em conta.

Viver com qualquer doença cronica ou mesmo sem ela exigem custos e gastos associados a mesma. No caso da DM esse aspeto torna-se fundamental dado as particularidades da mesma e para o que e exige em relação a maioria dos autocuidados. Sendo assim o obstáculo viver com dificuldade financeira não tinha como estar ausente no conjunto da maioria dos outros obstáculos e foi referida pela maioria dos participante no estudo. Um estudo realizado por Campbell e colegas em 2017 que visava entender as dificuldades financeiras como obstáculo na DM demonstrou claramente que as pessoas com DM usavam várias estratégias para lidar com barreiras financeiras que impediam a

autogestão da doença. Descreveram dificuldades enfrentadas na obtenção suprimentos, medicamentos e alimentos saudáveis. Interessante referir que os participantes relataram que não consideraram os prestadores de cuidados sensíveis aos obstáculos mesmo sabendo das suas dificuldades. Em Cabo-verde não se pode dizer que os profissionais não estão sensíveis aos obstáculos porque não existem estudos a demonstrarem isso, no entanto, a abordagem e funcionamento dos serviços de atenção primária precisam adequar-se ao novo paradigma de atenção centrada mais na pessoa envolvendo sempre uma equipa multidisciplinar. Daí um dos motes do presente estudo é também abrir novas perspetivas para a abordagem as estes idosos com DM. De acordo com a Associação Americana de Educadores em Diabetes, avaliação e cuidado holísticos as pessoas com diabetes envolve a consideração de vários fatores, incluindo especificamente situação financeira. Para a nosso estudo os presentes resultados podem ser explicados pelas aposentadorias precárias e em algumas situações ausência de qualquer fonte de rendimento tornando-se oneroso viver com a doença em particular no interior da Ilha de Santiago.

Um estudo realizado numa zona rural no leste de Inglaterra cujo objetivo foi determinar quais barreiras ao atendimento estão associadas a complicações da DM tipo 2 concluiu que existem várias barreiras desde as físicas as psicológicas e que as intervenções podem incluir coordenação de cuidados ou “Educadores de diabetes” treinados para abordar mais do que questões glicêmicas, bem como programas online. Reforça a necessidade de cuidados holísticos e coloca um desafio particular para os clínicos do Reino Unido (Sina, Graffy, Simmons, 2018).

Para terminar essa breve análise dos resultados importa realçar aqui dois obstáculos que entendemos serem importantes para uma melhor abordagem aos idosos com DM que são, o intervalo longo entre as consultas e a continuidade do cuidado. Em nosso estudo foram referidas por 96% e 92% dos participantes como obstáculos no autocuidado para controle da doença, e por apresentarem ligação em termos de resultados clínicos serem analisados em simultâneo. Como foi referido anteriormente é norma dos serviços regularem o número de consultas em função do controle da doença, disponibilidade dos médicos e término da medicação. Se pensarmos nessa gestão é fácil entender que a continuidade do cuidado fica comprometida, isto porque, numa primeira fase da doença os idosos passam por um processo de adaptação a nova condição de vida e a questão da

aceitação e adesão estão na maioria das vezes presente nesse processo complexo e exige uma abordagem sistematizada e de maior proximidade.

Um estudo realizado na Nigéria mostrou que a não adesão é um fator importante que pode levar ao aumento da morbimortalidade em pacientes diabéticos. Foi observado cerca de 86,8% de declínio da taxa de não adesão após intervenções feitas. Estratégias que foram empregues durante a intervenção garantiram melhorias na adesão e estavam centradas nas questões relacionadas ao paciente, questões relacionadas a medicamentos, questões relacionadas as prescrições entre outros fatores (Awodele, Osuolale, 2015). Neste sentido fica mais ou menos claro que estas dificuldades podem ser ultrapassadas ou minimizadas com um intervalo mais curto entre as consulta bem como haveria mais tempo para a intervenção de outras equipas multidisciplinares e como resultado uma garantia da continuidade do cuidado pelos idosos.

A diabetes é uma doença crónica complexa que afeta vários sistemas orgânicos. A doença tem efeitos extensos e de longo prazo no indivíduo, na família e na sociedade. Este estudo constatou que as experiências de vida de idosos com comorbidades, podem ser resumir-se num conjunto de obstáculos que se bem abordados podem ser minimizados e proporcionar uma melhor qualidade de vida a estes doentes.

Capítulo VI – Considerações Finais

Neste capítulo faremos uma breve consideração final em relação ao nosso estudo e também apresentar as limitações e as implicações do mesmo bem como as sugestões pertinentes para futuros estudos de investigação. Por meio deste estudo, que teve como principal objetivo realizar as etapas iniciais da adaptação transcultural no que diz respeito à apreciação das equivalências cultural e funcional dos itens de um instrumento já usado no Brasil. Neste estudo, pode-se dizer que a versão adaptada do QROAD encontrou resultados satisfatórios em relação ao processo de tradução e adaptação cultural. Entretanto, é necessário que o QROAD continue a ser testado quanto à sua avaliação das propriedades psicométricas, como a confiabilidade e validade bem como o cumprimento das etapas da avaliação, e se complete sua adaptação transcultural em diferentes contextos socioculturais da realidade cabo-verdiana. É um instrumento de fácil aplicação, tornando-o viável para a prática clínica. Os obstáculos ao autocuidado são necessidades que devem ser assistidas e avaliadas constantemente, pois a rotina de cuidados na DM é desgastante e exige que os idosos e profissionais de saúde assumam um papel ativo no processo de cuidado.

Portanto, reconhecer as dificuldades enfrentadas pelo idoso diabético auxiliará a alcançar as metas de menores complicações provocadas pela doença, promover o papel ativo do autocuidado e intensificar o apoio as famílias destes pacientes. Considera-se que este estudo atingiu os objetivos propostos, como também contribuiu para disponibilizar um instrumento para a pesquisa e prática clínica, que possa avaliar o impacto da doença em pacientes diabéticos e auxiliar as intervenções para promover o melhor enfrentamento da doença. No momento, encontramo-nos a desenvolver quatro estudos no âmbito do programa doutoral em investigação clínica e serviços de saúde e a validação psicométrica está sendo realizada, sendo que nesta etapa a amostra deverá atingir o número de 750 participantes.

Em contexto de atenção primária é fundamental a existência de instrumentos que ajudem a identificar as necessidades individuais de cada pessoa, e desta forma promover intervenções que possam colaborar com o melhor enfrentamento da doença bem como subsidiar o delineamento de intervenções educacionais efetivas, o que, consequentemente, resultará na otimização da qualidade do cuidado. Também se faz

necessário reconhecer as influências especificas de cada doença, a fim que os profissionais de saúde possam direcionar ações para prevenir, identificar precocemente e intervir nos agravos à saúde, que podem comprometer os aspetos biopsicossociais da pessoa.

O instrumento, após a validação geral, será importante principalmente para os enfermeiros da atenção primária e pesquisadores, que ainda não dispõem de um instrumento específico para avaliar os obstáculos ao autocuidado entre idosos com DM bem como marcará um passo que é a nova abordagem a este tipo de pacientes. Recomenda-se maior atenção ao programa de controle da DM na Ilha de Santiago e mais estudos com enfoque na família dos idosos que vivem sozinhos e em idosos com comorbidades.

Capítulo VII – Referências Bibliográficas

-American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2015;38(Suppl. 1): S8–S16

- American Diabetes Association. Economic costs of diabetes in the U.S. in 2012. Diabetes Care 2013; 36: 1033–46

- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2014. Diabetes Care, 37(Suppl. 1), S11-S66.

- Andreoulakis E, Hyphantis T, Kandylis D, Iacovides A. Depression in diabetes mellitus: a comprehensive review. Hippokratia, 2012)

- APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5 ed. Arlington, VA (2013). p. 947

-Apostolo, J. L. A, (2013), Envelhecimento Saúde e Cidadania. Revista de Enfermagem Referência III Série - n.° 9 - Mar. 2013

- Araki A, Ito H. Diabetes mellitus and geriatric syndromes. Geriatr Gerontol Int 2009.

- Awodele, O. Osuolale, A. Medication adherence in type 2 diabetes patients: study of patients in Alimosho General Hospital, Igando, Lagos, Nigeria. African Health Sciences Vol 15 Issue 2, 2015.

- Barbosa, T.M. L, (2017) Envelhecimento e Fragilidade. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Instituto politécnico de Viana do Castelo- Portugal, 2017.

- Bansal, N. Ruban, M. Dhaliwal, M. Weinstock, R.K. Management of Diabetes in the Elderly. Med Clin N Am 99,2015.

- Beran D, Yudkin JS. Diabetes care in sub-Saharan Africa. Lancet, 2006

- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine, 2000.

-Berkanovich E. The effect of inadequate language translation of Hispanics responses to health surveys. Am J Public Health. 1980;70(12):1273-6

- Blonde, Lawrence. Aschner, Pablo. Bailey, Clifford, J. Matthaei, Lawrence. Gaps and barriers in the control of blood glucose in people with type 2 diabetes. Diabetes & Vascular Disease Research,2017.

- Cabral, Manuel Villaverde; Ferreira, Pedro Moura; Silva, Pedro Alcântara; Jerónimo, Paula; Marques, Tatiana (2013) Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Campbell DJT, Manns BJ, Hemmelgarn BR, Sanmartin C, Edwards A, King-Shier K.Understanding Financial Barriers to Care in Patients With Diabetes. Diabetes Educ. 2017.

- Ciconelli RM. Tradução para o português e validaçãodo questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcome Study 36 –Item Short – Form Health Survey (SF-36)" [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.

- Curcio, R. Lima, M.H. Alexandre, N.M. [Diabetes mellitus related tools adapted and validated to Brazilian culture]. Rev Eletrônica Enferm. 2011;13(2): 331-7.

-Cyrino, A.P. Entre a ciência e a experiência uma cartografia do autocuidado no diabetes.2009, Editora Unesp

- Cyrino, A. P. Schraiber, L. B. Teixeira, R. R. A educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2: da adesão ao "empoderamento". Interface (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, n.30, pp.93-106. ISSN 1414-3283.

-Cramer, JA. A systematic review of adherence with medications for diabetes. Diabetes Care. 2004; 27:1218–24.

-Chen, A., Brown, R., Archibald, N., Aliotta, S., & Fox, P. D. (2000). Best practices in coordinated care. Baltimore: Health Care Financing Administration 2000 Available from: http://www.mathematica-mpr.com/pdfs/bestsum.pdf

-Chipo Mutyambizi, Milena Pavlova, Lumbwe Chola, Charles Hongoro, Wim Groot. Cost of diabetes mellitus in Africa: a systematic review of existing literature. Globalization and Health,2018)

- Dias, I. Rodrigues, E. V. (2012). Demografia e Sociologia do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), Manual de Gerontologia (pp. 179-202). Lisboa: Lidel.

- Eugene C. Nelson, Gregg, M. Bohmer,R. Self-Care the New Principal Care. journal of ambulatory care management/july–september 2014.

-Faria, Sheila de Oliveira. Adaptação transcultural e validação da versão em Português de questionário de qualidade de vida para pacientes com câncer em cuidados paliativos no contexto cultural brasileiro. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Brasil 2013.

-Federação Internacional de Diabetes (IDF), 2010. ATLAS de la DIABETES de la FID. Sexta Edição. IDF.

-Federación Internacional de Diabetes (IDF- Africa), 2017. ATLAS de la DIABETES de la FID. Oitava Edição. IDF.

-Fernández-Ballesteros, R. (2008). Active aging - the contribution of psychology. Cambridge: Hogrefe.

- Freeland, B. Diabetes Self-Care Assessment. Home Healthcare Nurse, 2014.

- Fortin, M. 2009. Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta, 2009. 978-989-8075-18-5.

- Fortes C. D, Araújo, A.P.Q. C, Check list para tradução e Adaptação Transcultural de questionários em saúde. Cad. Saúde Colet., 2019, Rio de Janeiro, 27 (2): 202-209

-Garrido M. V, Lopes D, Calheiros, M. M. Adaptation and validation of a questionnaire of organizational climate for social welfare organizations, 2011. PSICOLOGIA, Vol. XXV (2), 2011, Edições Colibri, Lisboa, pp. 135-162

- Geller AI, National estimates of insulin-related hypoglycemia and errors leading to emergency department visits and hospitalizations. JAMA Intern Med 2014.

-Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. Diabetes Res. Clin Pract 2014.

- Guedes, I. C. Machado, cuidar de idosos com dependência em contexto domiciliário: necessidades formativas dos familiares cuidadores. Dissertação de mestrado em saúde comunitária. Escola superior de enfermagem do Porto.2011.

- Guérin, E. Jaafar, H. Amrani, L. Prud'homme, D. Aguer, C. Intervention Strategies for Prevention of Comorbid Depression Among Individuals with Type 2 Diabetes: A Scoping Review. Front. Public Health, 2019.

- Guillemin, F. Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol. 1993;46(12):1417-32.

- Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. Scand J Rheumatol. 1995;24(2):61-3.

- Grammes, J. Stock, Mann W. C. G. Flynn, E. M. Kubiak, T. Research: Educational and Psychological Aspects Focus group study to identify the central facets of fear of hypoglycaemia in people with Type 2 diabetes mellitus. DIABETICMedicine, 2017.

- Hendricks L. Greatest fears of type 1 and type 2 patients about having diabetes: implications for diabetes educators. Diabetes Educ,1998.

- Hermans, M. P. Dath, N. Prevalence and co-prevalence of comorbidities in Belgian patients with type 2 diabetes mellitus: a transversal, descriptive study, Acta Clinica Belgica, 2017.

- Holt RI, van der Feltz-Cornelis CM. Key concepts in screening for depression in people with diabetes. J Affect Disord, 2012.

- Holt RI, Katon WJ. Dialogue on diabetes and depression: dealing with the double burden of co-morbidity. J Affect Disord, 2012

-International council of nurses (2010) - Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Consult. 07 Nov. 2010]. Disponível em WWW:URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf

- Inzucchi, S. E., Bergenstal, R. M., Buse, J. B., Diamant, M., Ferrannini, E., Nauck, M., …, Matthews, D. (2012). Management of hyperglycemia in Type 2 diabetes: A patient-centered approach: Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD) Diabetes Care, 35(6), 1364-1379.

- INE- CNS (2014), Contas nacionais da saúde 2010-2011. Cabo-verde: Instituto Nacional de Estatística.

-JACK e Leonard (2004) - The psychosocial aspects of diabetes care: using collaborative care to manage older adults with diabetes. Geriatrics. Vol. 59, nº 5, p. 26-32.

- Lopes Filho, J. (2003). Introdução à cultura cabo-verdiana. Praia: Instituto Superior de Educação de Cabo Verde.

- Lourenço, R.A. Diabetes no Idoso In: Oliveira JEP, Milech A. Diabetes Mellitus clínica, diagnostico, tratamento multidisciplinar. São Paulo. Editora Atheneu 2004.

- Kerner. W, Brückel. J, 2014. Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus. German Diabetes Associaton: Clinical Practice Guidelines. Exp Clin Endocrinol Diabetes, 2014.

- Kirigia JM, Sambo HB, Sambo LG, Barry SP. Economic burden of diabetes mellitus in the WHO African region. BMC Int Health Hum Rights ,2009.

- Kristianingrum. Niko, Wiarsih. Wiwin, Nursasi. Yuni, 2017. Perceived family support among older persons in diabetes mellitus selfmanagement. BMC Geriatrics 2018, 18(Suppl 1):304

-Mapa-Tassou, Clarisse, Katte, Jean-Claude Jean, Mbanya, Jean Claude. Economic Impact of Diabetes in Africa, Springer Science Business Media, LLC, part of Springer Nature, 2019

-Marques, R.M. Fornés, N. S. Stringhini, M. L. Fatores socioeconômicos demográficos, nutricionais e de atividade física no controle glicêmico de adolescentes portadores de diabetes melito tipo 1. Arq Bras Endocrinol Metab. 2011;55(3):194-202

- Marques, M. B. Silva, M. J. F. Coutinho, V. Lopes, M. V.Oliveira. Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado, 2012. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(2):415-20.

-Mbanya JC, Motala AA, Sobngwi E, et al. Diabetes in sub-Saharan Africa. Lancet 2010.

- Miyawaki, Y. Shimizu, Y. Seto, N. Classification of Support Needs for Elderly Outpatients with Diabetes Who Live Alone. Canadian Diabetes Association, 2015.

- Ministério da Saúde de Cabo-verde. Plano preliminar de luta contra o alcoolismo, Ministério da Saúde, 2005.

-Ogbera AO, Ekpebegh C. Diabetes mellitus in Nigeria: the past, present and future. World J Diabetes 2014.

- Ogbu, J. (1992). Understanding cultural diversity and learning, Educational Researcher, pp. 5-14.

- Orem, D. 1995. Nursing: concepts of practice. New York: McGraw-Hill Book, 1995.0-07-047525-3

- Péres, D. S. Santos, M. A. Zanetti, M. L. Ferronato, A. A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6)

- Pesce. Renata P, Assis. Simone G, Avanci. Joviana Q, Santos. Nilton C, Malaquias. Juaci V, Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

- Pereira, S. Abreu. Formulário de avaliação da dependência no autocuidado - versão reduzida, 2014. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica. Escola superior de enfermagem do Porto.

- Petrosyan, Y. Yu Qing Bai, Anna J. Koné Pefoyo, Andrea Gruneir, Kednapa Thavorn, Colleen J. Maxwell, Susan E. Bronskill, Walter P. Wodchis. The Relationship between Diabetes Care Quality and Diabetes-Related Hospitalizations and the Modifying Role of Comorbidity. Canadian Diabetes Association., 2016.

- Pilv, L. Oona, Kalda, M. R. Prevalent Obstacles and Predictors for People Living with Type 2 Diabetes, 2012. Department of Policlinic and Family Medicine, University of Tartu, L. Puusepa 1a, 50406 Tartu, Estonia. Hindawi Publishing Corporation International Journal of Family Medicine Volume 2012, Article ID 842912.

- Pocinho, Ricardo, S. P. (2014) Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal. Tese de doutoramento em Psicogerontologia. Universitat de València. http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Mayores_Pocinho.pdf [02 de janeiro de 2015].

- Petronilho, F. A., Machado, M. M. P., Miguel, N., & Magalhães, M. M. A. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: Impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. Revista Sinais Vitais, 88, 41-47.

- Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2011 - Reformar para uma melhor saúde. Volume II [DRAFT01] – Praia, 2008 – República de Cabo Verde – Ministério da Saúde. Acedido a 10 de Julho 2013.

- Política Nacional de Saúde/República de Cabo Verde. Ministério de Saúde. Acedido em 24 /10/2013.

- Programa Nacional de Saúde do Idoso, Plano estratégico nacional para o envelhecimento ativo e saúde 2017-2021, Ministério da saúde e da segurança nacional de Cabo-verde, 2017.

- Qian, H., Yuan, C. Factors associated with self-care self-efficacy among gastric and colorectal cancer patients. Cancer Nursing, (2012). 35(3), E22– E31.

- Raeann, G. L. Cynthia, S. J. Self-care among older people living with chronic conditions. Int J Older People Nurs. 2018.

-Relatório estatístico 2010. Ministério da Saúde de Cabo-Verde.

-Ribeiro, M. P. Lopes. Regadas, S. C. Pinto, C. A. S. A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. Rev. Enf. Ref. [online]. 2014, vol.serIV, n.1, pp.25-36. ISSN 0874-0283. http://dx.doi.org/10.12707/RIII12162.

- Rintala, T. M., Jaatinen, P. Paavilainen, E., & Astedt-Kurki, Interrelation between adult persons with diabetes and their family: A systematic review of the literature. Journal of Family Nursing. 2013.

- Roerecke, Obot, Patra, Rehem. African jornal of Drug & Alcohol studies, 2008.

-Seuring T, Archangelidi O, Suhrcke M. The economic costs of type 2 diabetes: a global systematic review. PharmacoEconomics 2015. Lancet Diabetes Endocrinol 2017.

- Sequeira, C. (2010) Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel-edições técnicas, lda

- Semenkovich K, Brown ME, Svrakic DM, Lustman PJ. Depression in type 2 diabetes mellitus: prevalence, impact, and treatment. Drugs, 2015.

- Sina, M. Graffy, J. Simmons, D. Associations between barriers to self-care and diabetes complications among patients with type 2 diabetes, Diabetes Research and Clinical Practice, 2018.

- Silva Sousa, C., & Rodríguez-Miranda, F. (2015). Envelhecimento e Educação para Resiliência no Idoso. Educação & Realidade, 40 (1), 33-51.

- Silva PR. A educação para a saúde e o marketing social. In: Dias MR, Durá E, editores. Territórios da psicologia oncológica. Lisboa: Climepsi 2002. P. 189-211

- Silva, P. R. Relação e comunicação médico-doente. Rev Port Clin Geral 2008; 24:505-12.

-Sousa, Valmi, Zauszniewski, Jaclene (2005) - Toward a theory of diabetes self-care management. The Journal of Theory Construction & Testing. Vol. 9, nº 2, p. 61-67.

-Special Considerations for the Education and Management of Older Adults with Diabetes. DiabetesEduc. 2000.

- Shervin, A. Smith, J. Saqib, M. Bazargan, M. Binge Drinking among Economically Disadvantaged African American Older Adults with Diabetes. Behav. Sci. 2019.

- Shrivastava S. RamBihariLal. Role of self-care in management of diabetes mellitus. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders, 2013.

-Tanqueiro, M.T. Soares. Self-care management in older people with diabetes: systematic review of literature. Revista de Enfermagem Referência. Portugal - III - n.° 9 – 2013

- Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

- Torres, H. C. Souza, E. R. Lima, M. H. M. Bodstein, R. Intervenção educativa para o autocuidado de indíviduos com diabetes mellitus. Acta Paul Enferm 2011;24(4):5149.

- Thakur, R., Banerjee, A., & Nikumb, V. (2013). Health problems among the elderly: a cross-sectional study. Annals of medical and health sciences research, 3(1), 19–25. doi:10.4103/2141-9248.109466

- Umegaki, H. Sarcopenia and frailty in older patients with diabetes mellitus, 2016. Department of Community Healthcare & Geriatrics, Nagoya University Graduate School of Medicine, Nagoya, Aichi, Japan. Geriatr Gerontol Int 2016; **16:** 293–299.

- Varela, M.F.T. A. Prevalência do consumo do álcool em dois centros de saúde da Praia e num centro numa zona rural, picos – ilha de santiago. dissertação de mestrado em políticas e serviços de saúde mental, 2013. Universidade Nova de Lisboa.

- Veiga, M. (2004). A Construção do Bilinguismo. Praia: Instituto da Biblioteca e do Livro.

- Weinman J. An outline of psychology as applied to medicine. 2nd ed. Bristol:Wright; 1987.

- Werfalli, Mahmoud. Engel, Mark E, Musekiwa, Alfred. Naomi, Andre. The prevalence of type 2 diabetes among older people in Africa: a systematic review. Lancet diabetes endocrinology, 2015.

- WHO, 2011, World Health report on alcohol and health, WHO, Geneva, 2011.

-Wood, Julie (2009) - Diabetes - evidence-based management: supporting vulnerable adults. Practice Nursing. Vol. 20, nº 10, p. 511-515.

- World Health Organization. (2015). Draft 0: Global Strategy ans Action Plan on Ageing and Health. Geneva.

-World Health Organisation. Global report on diabetes. 2016 http://who.int/diabetes/global-report/en/ (accessed 07 April 2016).

Apêndices e Anexos

Apêndice A – Questionário versão Final Português

OBSTÁCULOS NO AUTOCUIDADO DO DIABETES.
(ENTREVISTADOR EXPLICA AS PRÓXIMAS QUESTÕES)

Em pesquisa realizada com diabéticos no Brasil foi possível verificar uma série de dificuldades que os diabéticos enfrentam para realizar o cuidado da diabetes no dia-a-dia.
Também aqui em Cabo Verde queremos conhecer como é que os diabéticos cabo-verdianos vivem essa situação, saber da sua experiência própria. Saber como enfrentam as dificuldades no autocuidado da diabete para poder ajudar os diabéticos cabo-verdianos. Vamos apresentar-lhe uma lista dos problemas levantados e gostaríamos que nos apontasse para cada um se já teve ou, está a enfrentar esse problema.
Não há respostas certas ou erradas.
Primeiro, vamos conversar sobre o **adoecer (ficar doente)**. Muitas pessoas, logo depois que descobrem que estão com diabete, têm muita dificuldade de aceitar a doença ou o próprio cuidado e tratamento que passam a ser exigidos e vivem um período muito difícil.

Parte I- Dados sociodemográficos:

1- Idade

1. Entre os 60 e 65 anos ☐ 2. Entre os 66 e 70 anos ☐ 3. Superior à 71 anos ☐

2- Género:

1. Feminino ☐ 2. Masculino ☐

3- Estado Civil:

1. Solteiro ☐ 2. Casado ☐ 3. Divorciado ☐ 4. Viúvo ☐

4- Habilitação literária (anos de escolaridade):

1. Sem habilitação literária ☐ 2. Ensino básico ☐ 3. Ensino secundário ☐
4. Ensino superior ☐

5- Situação profissional:

1.Trabalhador ☐ 2. Reformado ☐ 3. Doméstica ☐ 4. Desempregado ☐

6- Com quem coabita:

1. Com o cônjuge/companheiro(a) ☐
2. Com a família restrita (cônjuge e filhos) ☐
3. Com a família alargada (cônjuge, filhos, pais, sogros, etc.) ☐
4. Sozinho(a) ☐

7- Tempo de diagnóstico?

1. Até 2anos ☐ **2.** Entre 2 a 4 anos ☐**.** Entre 5 a 8 anos ☐**.** Superior a 8 anos ☐

8-Já foi hospitalizado(a) devido à diabetes?

a. _ sim b. _ não

9-Uso do serviço

1.Uma vez por semana ☐ **2**. De 15 em 15 dias ☐ 3. Uma vez mês ☐

10- Que medicamento faz habitualmente?

1.Antidiabéticos orais ☐ 2. Insulina ☐ 3. Ambos ☐ 4. Nenhum ☐

Parte II- Adoecer

Qual dos problemas que vamos apresentar já teve que enfrentar ou, ainda, enfrenta?

11. O adoecer provocou tristeza
Logo depois que soube do diagnóstico fiquei muito **triste**, pois foi muito difícil aceitar a diabetes no início.

b. _ sim b. _ não

12. O adoecer provocou nervosismo
Logo depois que soube do diagnóstico fiquei muito **nervoso/a**, pois foi muito difícil aceitar a diabetes no início.

a. _ sim b. _ não

13. O adoecer provocou depressão
Logo depois que soube do diagnóstico fiquei muito **deprimido/a**, pois foi muito difícil aceitar a diabetes no início.

a. _ sim b. _ não

14. O adoecer provocou medo das complicações
Logo depois que soube do diagnóstico fiquei com **medo**, pois pensava muito nas complicações que a diabetes pode provocar (na vista, nas pernas etc.).

a. _ sim b. _ não

15. O adoecer provocou medo da insulina
Logo depois que soube do diagnóstico da diabetes fiquei com **medo da insulina.**

a. _ sim b. _ não

16. O incómodo provocado pelo ónus/peso do cuidado no adoecer
Logo depois que soube do diagnóstico fiquei muito **incomodado/a** de pensar em todo o cuidado e restrições que a diabetes exige (dieta, tomar remédios para o resto da vida etc.).

a. _ sim b. _ não

Além destes problemas, viveu mais algum outro problema nesta fase do adoecer? Teve dificuldade de aceitar a diabetes ou algum sentimento que o/a perturbou nesta fase, logo após o diagnóstico da diabetes?

_____
_____

(A ENTREVISTADORA EXPLICA AS PRÓXIMAS QUESTÕES)

A maioria dos diabéticos referiu ter superado esta fase inicial. A maioria deles contou-nos sobre outros problemas que passaram a ter de lidar, em seu dia-a-dia, para darem conta do cuidado e do controle do seu diabetes.
Agora, vamos apresentar-lhe uma listagem destes problemas e gostaríamos de saber qual deles já enfrentou ou ainda enfrenta.

17. Diabetes silencioso
A minha diabetes é "silenciosa", pois eu não sinto quase nada ou tenho muito pouco sintoma, o que torna difícil fazer o cuidado necessário.
a. _ sim b. _ não

18. Diabetes com co-morbidade
Por ter outros problemas de saúde fica difícil cuidar da diabetes.
a. _ sim b. _ não

19. Ficar nervoso
Por ser nervoso(a) (ou stressado) é difícil controlar a diabetes (ou provoca a diabetes).
a. _ sim b. _ não

20. Ter depressão Tristeza
Por ter (ou ter tido) depressão é (ou foi) muito difícil controlar a diabetes.
a. _ sim b. _ não

21. Abuso de álcool
Por tomar bebida alcoólica com muita frequência tenho dificuldade de controlar adequadamente a diabetes.
a. _ sim b. _ não

22. Estar muito desocupado
Por ficar muito em casa sem ter o que fazer tenho dificuldade de controlar a diabetes.
a. _ sim b. _ não

23. Ser cozinheiro
Por trabalhar na cozinha, em casa ou em outro local ou lidando com alimentos diariamente, tenho dificuldade de controlo da diabetes.
a. _ sim b. _ não

24. Cozinhar para a família
É muito difícil cuidar da diabetes e ainda cozinhar para a família.
a. _ sim b. _ não

25. Viver com dificuldade financeira
Por faltarem recursos para a compra de medicamentos ou produtos que ajudem a fazer uma dieta mais adequada tenho dificuldade de controlar a diabetes.
a. _ sim b. _ não

26. Normas rígidas dos profissionais
Quando as recomendações, de controlo da diabetes, dadas pelos profissionais (médicos, nutricionistas etc), foram (ou são) muito rígidas tive (ou tenho) dificuldade de segui-las.

a. _ sim b. _ não

27. O diabetes dominou a vida
Depois da diabetes minha vida mudou bastante. Não vou mais a festas e não como mais o que gosto.

a. _ sim b. _ não

28. O difícil controlo do desejo
Tenho muita dificuldade de controlar a vontade que tenho por certos alimentos ou pratos (especialmente, doces)**.**

a. _ sim b. _ não

29. Viver com o fantasma das complicações.
Fico muito apreensivo/a, com receio e medo, do aparecimento futuro de alguma complicação da diabetes (amortecimento dos pés, perda da visão, disfunção eréctil - dificuldade de erecção nas relações sexuais - etc).

a. _ sim b. _ não

30. O incómodo provocado por algumas complicações
Ter alguns sintomas de complicações da diabetes (adormecimento dos pés, ofuscamento da visão, disfunção eréctil etc) provoca um certo incómodo.

a. _ sim b. _ não

31. O controlo quando há complicações
É difícil fazer o controlo quando já se tem alguma complicação da diabetes (adormecimento dos pés, perda da visão, disfunção erétil etc).

a. _ sim b. _ não

32. O incómodo provocado pela hipoglicemia.
Traz incómodo a ocorrência frequente de hipoglicemia (baixa do açúcar).

a. _ sim b. _ não

33. O receio da hipoglicemia
Tenho muito receio e medo das crises de hipoglicemia (baixa do açúcar).

a. _ sim b. _ não

34. A dificuldade de perceber a hiperglicemia.
Tenho dificuldade de perceber quando estou entrando em hiperglicemia (quando o açúcar no sangue está aumentando).

a. _ sim b. _ não

35. Os efeitos colaterais dos remédios
Tenho (ou tive) receio (e/ou medo) dos efeitos colaterais dos medicamentos utilizados no tratamento da diabetes.

a. _ sim b. _ não

36. O medo da insulina
Tenho (ou já tive) medo de tomar insulina.
a. _ sim b. _ não

37. O cuidar do outro
É muito difícil cuidar da diabetes e ainda ter que cuidar de outra pessoa (da família ou não).
a. _ sim b. _ não

38. O cuidar do outro doente
É muito difícil cuidar da diabetes e ainda cuidar de outra pessoa doente (da família ou não).
a. _ sim b. _ não

39. Quando a família não apoia.
Minha família não me apoia no cuidado que preciso fazer para controlar a diabetes.
a. _ sim b. _ não

40. Quando há conflito familiar
Por viver com muito conflito em casa tenho dificuldade de controlar a diabetes.
a. _ sim b. _ não

41. A comunicação profissional - paciente.
Fica mais difícil acertar o cuidado quando não se consegue ter uma boa conversa (ou um bom contacto) com o profissional.
a. _ sim b. _ não

42. A continuidade do cuidado.
Fica mais difícil acertar o cuidado quando em cada consulta é um médico diferente que atende.
a. _ sim b. _ não

43. Intervalo longo entre consultas.
Fica mais difícil acertar o cuidado quando o intervalo entre uma consulta e outra é muito longo.
a. _ sim b. _ não

Além dos problemas que lhe apresentamos até aqui você tem mais alguma dificuldade com a qual já conviveu (ou ainda enfrenta) e que não estava nesta lista que lhe apresentamos? Quais foram? O que achou da entrevista?
_____
_____
_____
Data: ___/ ____/ ____ Tempo de duração: _____

Apêndice B – Pedido De Autorização

Departamento de Ciência e Tecnologia
Universidade de Cabo-Verde

Assomada 12 Novembro de 2012
Exmo. Sr. Presidente do Comité Nacional de Ética para Pesquisa em Saúde

Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento de pesquisa

Encontrando-me a desenvolver um projecto de pesquisa para preparação do mestrado em Saúde Pública e apresentar a Universidade de Cabo-Verde em colaboração com a UNESP, venho por intermédio desta solicitar a vossa excelência a autorização para desenvolver a minha pesquisa

O projecto que me encontro a desenvolver subordina-se ao tema: **Obstáculos ao autocuidado entre Idosos Diabéticos,** e tem como objectivo: Adaptação transcultural do questionário de reconhecimento de obstáculos ao autocuidado entre idosos portadores de diabetes M. Tipo 2 e Testar o uso do questionário entre utentes do Centro de Saúde de Assomada e Centro de saúde de Santa Cruz

O presente estudo decorrerá durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2013, e comprometo-me desde já garantir anonimato dos serviços alvo do estudo bem como dos referidos utentes na apresentação do resultado da investigação

Antecipadamente grato pela atenção e encontro-me disponível para prestar mais informações que vossa excelência considere importantes

Atenciosamente

Herlander Rodrigues

Contactos: herlander1@hotmail.com

Telef: 265423 1 Móvel: 9586321

Apêndice C – Termo De Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJECTO DE PESQUISA: **Obstáculos ao autocuidado entre Idosos Diabéticos**

Eu, ... (nome do(a) paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contraindicações, relacionadas com o estudo.
Os termos pouco conhecidos por mim foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo pesquisador.

Expressa também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido estudo assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos mal-entendidos.
Estou da mesma forma ciente que pode haver necessidade de responder a perguntas ligadas a minha vivência com a doença, situação social e económica.

Estou ciente de que posso suspender a entrevista a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e o pesquisador, e continuar a beneficiar de cuidados no centro de saúde de minha residência.

Autorizo todas entidades envolvidas no presente estudo a fazer uso de informações relativas à minha vivencia com a doença desde que assegurado o anonimato.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meus prestadores de cuidados.

_____ de _____ de 2013

Participante da pesquisa

_____

Impressão digital

Pesquisador ou membro da equipa

_____

Apêndice D – Versão 3 do QROAD traduzido em crioulo

OBUSTAKLU NA AUTOKUIDADU KU DIABETI
(NTRIVISTADOR TA SPLIKA KES PRÓSIMU PERGUNTA)

Na piskiza ki rializadu ku diabétikus na Brasil, notadu un monti difikuldadi ki diabétikus ta nfrenta pa es konsigi faze kel kuidadu ki debe tendu ku diabeti, tudu dia. Tanbé, li na Cabo Verde, nu kre sabe modi ki diabétikus kabuverdianu ta vive es situason li, sabe di ses propi spirênsia ku diabeti; sabe modi ki es ta nfrenta kes difikuldadi di faze autokuidadu ku diabeti, pa nu pode djuda-s.
Nu ta prizenta-nho/ nha un lista di prublemas i, pa kada un des, nu ta pidi-nho/ nha pa nhu/ nha indika-nu si dja nhu tevi es prublema o ti inda nhu/nha tene-l.
Ka ten risposta sertu o eradu.
Primeru, nu ta konbersa sobri **duense (fika duenti):** txeu algen, logu dipos ki es diskubri ma es tene diabeti, es ten txeu difikuldadi na aseita es duensa o propi aseita kes kuidadu i tratamentu ki ta izijidu i es ta vive mumentus difísil.

Parti I- Dadus sosiodimográfiku

1-Idadi:

1. Entri 60 i 65 anu ☐ 2. Entri 66 i 70 anu ☐ 3. Más ki 71 anu ☐

2-Jéneru:

1. Fimininu ☐ 2. Maskulinu ☐

3-Stadu Sivil:

2. Solteru ☐ 2. Kazadu ☐ 3. Divorsiadu ☐ 4.Viúvu ☐

4-Abilitason literáriu (skola ki nhu/ nha ten):

1. Sen abilitason literáriu ☐ 2. Nsinu primáriu ☐ 3. Liseu ☐
4. Nsinu supirior ☐

5-Situason prufisional:

1.Trabadjador ☐ 2. Riformadu ☐ 3. Duméstika ☐ 4. Dizenpregadu ☐

6-Ku kenha ki nhu/ nha ta mora:

1. Ku mudjer/maridu, kunpanheru(a) ☐
2. Ku família pikinoti (kunpanheru(a) i fidjus) ☐
3. Ku família grandi (kunpanheru(a), fidjus, mai ku pai, sogrus, etc.) ☐
4. Nho/ nha só ☐

7-Tenpu di diagunóstiku?

1. Ti 2 anu ☐ **2.** Di 2 ti 4 anu ☐ **3.** Di 5 ti 8 anu ☐ **4.** Más ki 8 anu ☐

8- Dja nhu/ nha foi nternadu pamodi nhu/nha tinha diabeti?

c. _ sin b. _ nau

9- Uzu di Sirvisu

1. Un bes pa simana ☐ **2**. Di 15 en 15 dia ☐ **3**. Un bes pa més ☐

10-Ki midikamentu nhu/ nha ta toma normalmenti?

1.Antibiótikus oral ☐ 2. Nsulina ☐ 3. Tudu dos ☐ 4. Ninhun ☐

Parti II- Duense

Kal di kes prublema, ki nu sta ben prizenta li, dja nhu/ nha tevi o ti inda nhu/ nha tene?

11. Duensa (en si) pruvoka tristeza
Logu dipos ki N sabe diagunóstiku, N fika txeu **tristi**, pamodi era mutu difísil, na inísiu, N setaba, ma N tinha diabeti.

a. _ sin b. _ nau

12. Duensa (en si) pruvoka nervuzismu
Logu dipos ki N sabe diagunóstiku, N fika txeu **fadigadu(a)** pamodi era mutu difísil, na inísiu, N setaba, ma N tinha diabeti.

b. _ sin b. _ nau

13. Duensa (en si) pruvoka diprison
Logu dipos ki N sabe diagunóstiku, N fika txeu **corpu capudi**, pamodi era mutu difísil, na inísiu, N setaba, ma N tinha diabeti.

b. _ sin b. _ nau

14. Duensa (en si) pruvoka medu di konplikason
Logu dipos ki N sabe diagunóstiku, N fika ku **medu**, pamodi N ta pensaba txeu na kes konplikason ki diabeti pode pruvoka na odju, na perna, etc.).

b. _ sin b. _ nau

15. Duensa (en si) pruvoka medu di nsulina
Logu dipos ki N sabe diagunóstiku di diabeti, N fika ku **medu di nsulina.**

b. _ sin b. _ nau

16. Nkómudu pruvokadu pa pezu di kuidadu ku duensa

Logu dipos ki N sabe di diagunóstiku, N fika txeu nkomodadu ta pensa na tudu kes limitason ku kuidadu ki diabeti ta iziji (dieta, toma remedi pa restu di vida, etc.).

b. _ sin b. _ nau

Alén des prublema, nhu/ nha vive algun otu prublema nes fazi di duensa? Nhu/ nha tevi difikuldadi di aseita diabeti o algun sentimentu ki perturba nho/ nha nes fazi, logu dipos di diagunóstiku di duensa?

_____

_____

(NTRIVISTADORA TA SPLIKA KES PRÓSIMU PERGUNTA)
Maior parti di diabétikus fla ma es supera es fazi inisial. Maior parti des konta-nu otus prublema ki es pasa ta ten, na ses dia-dia, pa es konsigi kuida i kontrola diabeti.

Gosi, nu ta prizenta-nho/ nha un lista des prublema i nu ta pidi nho/ nha pa nhu/ nha fla-nu kal des dja nhu/nha nfrenta o inda nhu/ nha sa ta nfrenta.

17. Diabetis silensiozu
Nha diabeti e "silensiozu", pamodi N ka ta xinti kuazi nada o N ta xinti poku sintoma, ki ta torna difísil di N faze kel kuidadu nisisáriu.

b. _ sin b. _ nau

18. Diabetis ku ko-morbidadi
Pamodi N ten otus prublema di saúdi, ta fika difísil di N kuida di diabeti.

a._ sin b. _ nau

19. Fika nervozu
Pamodi mi e nervozu(a) (o stresadu(a)), e difísil N kotrola (o N pruvoka diabeti).

b. _ sin b. _ nau

20. Ten diprison/ Tristeza
Pamodi N tene (o N tinha) diprison e (o era) mutu difísil kontrola diabeti.

b. _ sin b. _ nau

21. Abuzu di álkua
Pamodi N ta bebe txeu, N ten difikuldadi di faze un kontrolu adikuadu/bon kontrolu di diabeti.

b. _ sin b. _ nau

22. Sta txeu dizokupadu
Pamodi N ta fika txeu tenpu na kaza sen faze nada, N ten difikuladadi di kontrola diabeti.

b. _ sin b. _ nau

23. Ser kuzinheru
Pamodi mi e kuzinheru (na kaza o na otu lugar) o pamodi N ta lida, diariamente, ku alimentus, N ten difikuldadi di kontrola diabeti.

b. _ sin b. _ nau

24. Kuzinha pa família
E mutu difísil kuida di diabeti i inda kuzinha pa família.

b. _ sin b. _ nau

25. Vive ku falta di dinheru
Pamodi falta di meiu pa kunpra midikamentu o prudutu ki ta djuda faze un dieta adikuadu/ un bon dieta, N ten difikuldadi di kontrola diabeti.
b. _ sin b. _ nau

26. Normas ríjidu di prufisionais
Oki ki prufisionais (médikus, nutrisionístas, etc.) faze (o ta faze) rikumendason di kontrolu di diabeti ku txeu rijides, N ten difikuldadi di sigi-s.
b. _ sin b. _ nau

27. Diabeti dumina vida
Dipos di diabeti, nha vida muda bastanti. N ka sta bai festas más i N ka sta kume más kes kuza ki N ta gosta.
b. _ sin b. _ nau

28. Difísil kontrolu di dizeju
N ten txeu difikuldadi di kontrola vontadi ki N ten di kume sertus pratu o sertus alimentu (spisialmenti, dosis)**.**
b. _ sin b. _ nau

29. Vive ku fantasma di konplikasons
N ta fika aprensivu(a)/nervozu(a), ku medu i riseiu ma ta surji-m, na futuru, alguns konplikason di diabeti (mortisimentu di pé, perda di vista, nputênsia seksual – difikuldadi di nteza na rilason seksual -, etc).
b. _ sin b. _ nau

30. Nkómudu pruvokadu pa alguns konplikason
Tene alguns sintoma di konplikason di diabeti (mortisimentu di pé,
Vista fusku, nputênsia seksual, etc) ta pruvoka un sertu nkómudu.
b. _ sin b. _ nau

31. Kontrolu oki ten konplikason
E difísil faze kontrolu, oki dja nhu tene algun konplikason di diabeti. (mortisimentu di pé, perda di vison, nputênsia seksual, etc).
b. _ sin b. _ nau

32. Nkómudu pruvokadu pa hipoglicemia.
Sta ku txeu hipoglicemia (baixa di asukra) ta traze nkómudu.
b. _ sin b. _ nau

33. Riseiu di *hipoglicemia*
N ten txeu riseiu i medu di krizis di hipoglicemia (baixa di asukra).
b. _ sin b. _ nau

34. Difikuldadi di persebe *hiperglicemia*.
N ten difikuldadi di pirsebe Oki ki sa ta komesa-m *hiperglicemia*
(Oki ki asukra na sangi sa ta omenta).
b. _ sin b. _ nau

35. ifeitus kulatiral di ramedis

N ten (o N tevi) medu di ifeitus kulatiral di midikamentus utilizadu na tratamentu di diabeti.

b. _ sin b. _ nau

36. Medu di nsulina

N ten (o dja N tevi) medu di toma nsulina.

b. _ sin b. _ nau

37. Kuida di otu

E mutu difisil kuida di diabeti i inda sa ta kuida di otu algen (di família o ka di família).

b. _ sin b. _ nau

38. Kuida di otu duenti

E mutu difisil kuida di diabeti i inda kuida di otu algen duenti (di família o ka di família).

b. _ sin b. _ nau

39. Oki família ka ta apoia.

Nha família ka ta apoia-m na kel kuidadu ki e prisizu faze pa kontrola diabeti.

b. _ sin b. _ nau

40. Oki ten konflitu na família

Pamodi N ta vive txeu konflitu na kaza, N ten difikuldadi di kontrola diabeti.

b. _ sin b. _ nau

41. Kumunikason prufisional - pasienti.

Ta fika más difisil midjora kuidadus, oki nhu ka ta konsigi ten un bon konbersu (o un bon kontakutu) ku prufisional.

b. _ sin b. _ nau

42. Kontinuidadi di kuidadu.

Ta fika más difisil midjora kuidadus, oki, na kada konsulta, nhu/nha ta nkontra un médiku difrenti pa atende nho/nha.

b. _ sin b. _ nau

43. Ntervalu longu entri konsultas.

Ta fika más difisil midjora kuidadus, oki dura ki faze konsulta otu bes.

b. _ sin b. _ nau

Alén di prublemas ki nu prizenta-nho/nha ti li, nhu/ nha ten algun difikuldadi ki dja nhu/nha konvive ku el (o ki ti inda nhu/nha sa ta nfrenta-l) i ki ka sta nes lista di problemas ki nu prizenta-nho/nha? Kas?

_____

Kuzé ki nhu/nha atxa des ntrivista?

_____

Data: ___/ ____/ ____ Tenpu di durason: _____

Anexo 1 – Autorização do comité de ética e pesquisa em saúde

Ministério da SAÚDE

COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A SAÚDE

Deliberação nº_62__/2012

1. Foi submetido a 12/11/12 nos termos do artigo 5º do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de Julho, para apreciação do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS) o Projecto intitulado: "Obstáculos ao autocuidado entre os Idosos Diabéticos" pelo aluno Herlander Rodrigues para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública a apresentar a Universidade de Cabo-Verde, em colaboração com a UNESP, tendo como orientador o Prof. Doutor António Cyrino.

2-O CNEPS fez a análise documental da proposta na sua 34ª Reunião Ordinária , realizada a 29 de Novembro de 2012, nomeadamente:

- Protocolo de pesquisa,
- Questionário a ser aplicado
- Termo de consentimento Livre e Esclarecido
- Carta de responsabilidade do pesquisador
- Curriculum vitae do orientador
- Autorização dos Delegados de Saúde de Santa Cruz e Santa Catarina;
- Cronograma da pesquisa

3-Trata-se de uma temática interessante pois visa aplicar um instrumento de recolha de dados já aplicado em indivíduos com uma cultura supostamente diferente da cultura do grupo de indivíduos aos quais o instrumento irá ser aplicado durante esta pesquisa procurando verificar se existe ou não uma equivalência cultural e funcional entre os dois grupos estudados. Por outro lado irá permitir a

identificação de obstáculos aos autocuidados podendo dar pistas aos prestadores da saúde de forma a melhorar o tratamento e seguimento do paciente.

4-Assim, concluindo, o projecto apresentado preenche os requisitos legalmente exigidos, tendo o CNEPS deliberado no sentido da sua aprovação, ao abrigo do artigo nº11 do Decreto-lei nº26/2007 de 30 de Julho, devendo o pesquisador mantê-lo informado do desenvolvimento dos trabalhos e dos resultados alcançados.

Praia, 6 de Dezembro de 2012

A Presidente do CNEPS

Maria da Conceição Moreira de Carvalho

Anexo 2 – Questionário Versão original – Anexar PDF versão reduzida

Tempo de diagnóstico: até 4 anos

C. CAMPOS PROBLEMÁTICOS NO AUTOCUIDADO DO DIABETES.

(ENTREVISTADOR EXPLICA AS PRÓXIMAS QUESTÕES)

Em pesquisa realizada com diabéticos aqui na USF foi possível verificar uma série de dificuldades que vocês enfrentam para realizar o cuidado da diabetes no dia-a-dia. Para apoiar o atendimento realizado na USF, em grupo ou individualmente, queremos conhecer, também, as suas dificuldades e sua experiência no tratamento e no cuidado da diabetes. Vamos apresentar-lhe uma lista dos problemas levantados e gostaríamos que nos apontasse quais deles você já teve ou, ainda, têm que enfrentar. Não há respostas certas ou erradas.

Inicialmente, vamos conversar sobre o **adoecer**. Muitas pessoas, logo depois que descobrem que estão com diabetes, têm muita dificuldade de aceitar a doença ou o próprio cuidado e tratamento que passam a ser exigidos e vivem um período muito difícil.

Qual dos problemas que vamos apresentar já teve que enfrentar ou, ainda, enfrenta?

1. **O adoecer provocou tristeza**
   Logo depois que soube do diagnóstico fiquei muito triste, pois foi muito difícil aceitar a diabetes no início.
   a. sim b. não
2. **O adoecer provocou nervosismo**
   Logo depois que soube do diagnóstico fiquei muito nervoso, pois foi muito difícil aceitar a diabetes no início.
   a. sim b. não
3. **O adoecer provocou depressão**
   Logo depois que soube do diagnóstico fiquei muito deprimido, pois foi muito difícil aceitar a diabetes no início.
   a. sim b. não
4. **O adoecer provocou medo das complicações**
   Logo depois que soube do diagnóstico fiquei com medo, pois pensava muito nas complicações que a diabetes pode provocar (na vista, nas pernas etc.).
   a. sim b. não
5. **O adoecer provocou medo da insulina**
   Logo depois que soube do diagnóstico da diabetes fiquei com medo da insulina.
   a. sim b. não
6. **O incômodo provocado pelo ônus do cuidado no adoecer**

Tempo de diagnóstico: até 4 anos

Logo depois que soube do diagnóstico fiquei muito incomodado de pensar em todo o cuidado e restrições que a diabetes exige (dieta, tomar remédios para o resto da vida etc.).

a. sim b. não

Alem destes problemas, viveu mais algum outro problema nesta fase do adoecer? Teve dificuldade de aceitar a diabetes ou algum sentimento que o perturbou nesta fase, logo após o diagnóstico da diabetes?

_____

_____

(A ENTREVISTADORA EXPLICA AS PRÓXIMAS QUESTÕES)

A maioria dos diabéticos referiu ter superado esta fase inicial. A maioria deles nos contou sobre outros problemas que passaram a lidar, em seu dia-a-dia, para darem conta do cuidado e do controle do seu diabetes.

Agora, vamos apresentar-lhe uma listagem destes problemas e gostaríamos de saber qual deles já enfrentou ou ainda enfrenta?

1. **Diabetes silencioso**
   A minha diabetes é "silenciosa", pois eu não sinto quase nada ou tenho muito pouco sintoma, o que torna difícil fazer o cuidado necessário.
   a. sim b. não
2. **Diabetes com co-morbidade**
   Por ter outros problemas de saúde fica difícil cuidar da diabetes.
   a. sim b. não
3. **Ficar nervoso**
   Por ser nervoso (ou estressado) é difícil controlar a diabetes (ou provoca a diabetes).
   a. sim b. não
4. **Ter depressão**
   Por ter (ou ter tido) depressão é (ou foi) muito difícil controlar o diabetes.
   a. sim b. não
5. **Abuso de álcool**
   Por tomar bebida alcoólica com muita freqüência tenho dificuldade de controlar adequadamente a diabetes.
   a. sim b. não
6. **Estar muito desocupado**
   Por ficar muito em casa sem ter o que fazer tenho dificuldade de controlar a diabetes.
   a. sim b. não
7. **Ser cozinheiro**
   Por trabalhar na cozinha, em casa ou em outro local ou lidando com alimentos diariamente, tenho dificuldade de controle da diabetes.

Tempo de diagnóstico: até 4 anos

a. sim b. não

8. **Cozinhar para a família**
É muito difícil cuidar da diabetes e ainda cozinhar para a família.
a. sim b. não

9. **Viver com dificuldade financeira**
Por faltarem recursos para a compra de medicamentos ou produtos que ajudem a fazer uma dieta mais adequada tenho dificuldade de controlar a diabetes.
a. sim b. não

10. **Normas rígidas dos profissionais**
Quando as recomendações, de controle da diabetes, dadas pelos profissionais (médicos, nutricionistas etc), foram (ou são) muito rígidas tive (ou tenho) dificuldade de segui-las.
a. sim b. não

11. **O diabetes dominou a vida**
Depois da diabetes minha vida mudou bastante. Não vou mais a festas e não como mais o que gosto.
a. sim b. não

12. **O difícil controle do desejo**
Tenho muita dificuldade de controlar a vontade que tenho por certos alimentos ou pratos (especialmente, doces).
a. sim b. não

13. **Viver com o fantasma das complicações.**
Fico muito apreensivo, com receio e medo, do aparecimento futuro de alguma complicação da diabetes (amortecimento dos pés, perda da visão, disfunção erétil - dificuldade de ereção nas relações sexuais - etc).
a. sim b. não

14. **O incômodo provocado por algumas complicações**
Ter alguns sintomas de complicações da diabetes (adormecimento dos pés, ofuscamento da visão, disfunção erétil etc) provoca um certo incômodo.
a. sim b. não

15. **O controle quando há complicações**
É difícil fazer o controle quando já se tem alguma complicação do diabetes (amortecimento dos pés, perda da visão, disfunção erétil etc).
a. sim b. não

16. **O incomodo provocado pela hipoglicemia.**
É muito incomodo a ocorrência freqüente de hipoglicemia (baixa do açúcar).
a. sim b. não

17. **O receio da hipoglicemia**
Tenho muito receio e medo das crises de hipoglicemia (baixa do açúcar).
a. sim b. não

18. **A dificuldade de perceber a hiperglicemia.**
Tenho dificuldade de perceber quando estou entrando em hiperglicemia (quando o açúcar no sangue está aumentando).
a. sim b. não

19. **Os efeitos colaterais dos remédios**

Tempo de diagnóstico: até 4 anos

Tenho (ou tive) receio (e/ou medo) dos efeitos colaterais dos medicamentos utilizados no tratamento da diabetes.

a. sim b. não

20. **O medo da insulina**
Tenho (ou já tive) medo de tomar insulina.

a. sim b. não

21. **O cuidar do outro**
É muito difícil cuidar da diabetes e ainda ter que cuidar de outra pessoa (da família ou não).

a. sim b. não

22. **O cuidar do outro doente**
É muito difícil cuidar da diabetes e ainda cuidar de outra pessoa doente (da família ou não).

a. sim b. não

23. **Quando a família não apóia.**
Minha família não me apóia no cuidado que preciso fazer para controlar a diabetes.

a. sim b. não

24. **Quando há conflito familiar**
Por viver com muito conflito em casa tenho dificuldade de controlar a diabetes.

a. sim b. não

25. **A comunicação profissional-paciente.**
Fica mais difícil acertar o cuidado quando não se consegue ter uma boa conversa (ou um bom contato) com o profissional.

a. sim b. não

26. **A continuidade do cuidado.**
Fica mais difícil acertar o cuidado quando em cada consulta é um médico diferente que atende.

a. sim b. não

27. **Intervalo longo entre consultas.**
Fica mais difícil acertar o cuidado quando o intervalo entre uma consulta e outra é muito longo.

a. sim b. não

Além dos problemas que lhe apresentamos até aqui você tem mais alguma dificuldade com a qual já conviveu (ou ainda enfrenta) e que não estava nesta lista que te apresentamos? Quais foram? O que achou da entrevista?

_____

_____

_____

_____

Data:___/ ____/ ____ Tempo de duração: _____