

Pedro Emanuel Lima Silva

Adesão ao Autocuidado da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Pedro Emanuel Lima Silva

Adesão ao Autocuidado da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Pedro Emanuel Lima Silva

Adesão ao Autocuidado da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2

Pedro Emanuel Lima Silva

Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como parte
dos requisitos para obtenção do grau de
licenciado em enfermagem

Sumário

A Diabetes é uma doença crónica metabólica caracterizada por elevados níveis de glucose no sangue. A mais comum é o tipo 2, usualmente em adultos, que ocorre quando o corpo se torna resistente à insulina ou não produz insulina suficiente. Nas últimas três décadas, a prevalência de diabetes tipo 2 tem crescido drasticamente em todos os países. (World Health Organization, 2019)

O tratamento da Diabetes, depende do estágio da doença e dos objetivos delineados, podendo incluir terapêutica farmacológica, nutricional, exercício físico, monitorização da glicemia e educação para o autocuidado (Gomes-Villas Boas, et al., 2011).

O autocuidado é definido como a prática de atividades para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, realizadas pelo indivíduo em seu próprio benefício. Quando realizadas eficazmente, contribuem para a manutenção da integridade e funcionamento humano. A participação ativa do paciente, por meio das atividades de autocuidado, constitui-se a peça principal para o controle do diabetes mellitus (Neta, et al., 2015).

O objetivo da presente investigação foi avaliar o impacto da Adesão ao Autocuidado da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2.

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal desenvolvido na cidade do Porto, numa amostra por Bola de Neve, composta por 38 indivíduos, adultos e idosos, com diabetes mellitus tipo 2, do grande Porto, não institucionalizados. Para a recolha de dados utilizou-se da Escala de Autocuidado com a Diabetes na sua versão traduzida e adaptada para português de Portugal, de Bastos (2004).

Os resultados mostraram que os participantes são maioritariamente das idades entre 61 e 70 anos, reformados, do género feminino, casados, com o 1º ciclo do ensino básico e com um diagnóstico da diabetes entre 6 a 10 anos.

Foi avaliado a adesão destes participantes às atividades de autocuidado, no domínio da alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés, medicamentos e hábitos tabágicos.

Conclusão: Com este estudo, alcançou-se um conhecimento mais aprofundado da amostra, permitindo caraterizar o perfil sociodemográfico e conhecer/identificar os padrões de adesão às atividades de autocuidado, permitindo a recomendação de medidas educativas dirigidas para o cuidado da pessoa portadora de diabetes *mellitus tipo 2*.

Palavras-chave: Adultos; Idosos; Autocuidado, adesão; diabetes *mellitus* tipo 2;

Abstract

Diabetes is a chronic metabolic disease characterized by high levels of blood glucose. The most common type 2, usually in adults, occurs when the body becomes insulin resistant or does not produce enough insulin. Over the past three decades, the prevalence of type 2 diabetes has increased dramatically in all countries. (World Health Organization, 2019)

The treatment of Diabetes depends on the stage of the disease and the objectives outlined, and may include pharmacological, nutritional, physical exercise, blood glucose monitoring and self-care education (Gomes-Villas Boas, et al. 2011).

Self-care is defined as the practice of activities for the maintenance of life, health and well-being, performed by the individual for his own benefit. When performed effectively, they contribute to the maintenance of human integrity and functioning. The active participation of the patient, through self-care activities, is the main piece for the control of diabetes mellitus. (Neta, et al., 2015)

The objective of the present investigation was to know the impact of the Adherence to Self-care of the person with Diabetes Mellitus type 2.

This is a descriptive, quantitative and cross-sectional study that aims to verify if there is self-care of the person with Diabetes Mellitus type 2. The population will be composed of all adult and elderly people with diabetes mellitus type 2, non-institutionalized. The sampling technique used will be by Snowball, in which individuals to include our sample invite new participants from their network of friends and acquaintances. To evaluate the level of adherence to self-care of the person, the questionnaire "Summary of Diabetes Self-Care Activities - SDSCA" - a version translated and adapted to Portuguese from Portugal, is used as a strategy to measure the self-care activities of people with diabetes.

The results showed that the participants are mostly between the ages of 61 and 70, retired, female, married, with the first cycle of basic education and with a diagnosis of diabetes between 6 and 10 years.

Adherence of these participants to self-care activities, in the field of general feeding, specific feeding, physical activity, blood glucose monitoring, foot care, medications and smoking habits were evaluated.

Conclusion: With this study, a more in-depth knowledge of the sample was obtained, allowing to characterize the sociodemographic profile and to know / identify the patterns of adherence to self-care activities, allowing the recommendation of educational measures aimed at the care of the person with diabetes mellitus type 2.

Keywords: Adults; Seniors; Self-care, adherence; type 2 diabetes mellitus;

Dedicatória

Aos meus pais, que me apoiaram sempre e proporcionaram as condições para concluir esta licenciatura.

A minha namorada, que sempre me ajudou neste percurso académico.

A minha orientadora de Projeto de Graduação, Professora Doutora Margarida Ferreira.

A todas as pessoas que fizeram parte deste percurso enquanto estudante de Enfermagem

A Universidade Fernando Pessoa pela formação prestada.

Agradecimentos

Em primeiro lugar queria agradecer a minha orientadora de Projeto de Investigação, Professora Doutora Margarida Ferreira, pela disponibilidade e pelo incentivo para a realização do mesmo pois não teria sido possível sem o seu apoio.

Aos meus pais, por todo o apoio e amor que me deram ao longo de todo este percurso.

À minha namorada pelo apoio e ajuda neste percurso.

Quero agradecer também à Universidade Fernando Pessoa e todos os docentes que tive ao longo do curso por me terem proporcionado um ensino de excelência.

“Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?”

Fernando Pessoa

Listas de Siglas

ADA- American Diabetes Association

ADO- Antidiabéticos orais

AVC- Acidente Vascular Cerebral

B-ON- Biblioteca do Conhecimento Online

DGS- Direção Geral da Saúde

DM- Diabetes Mellitus

EAM- Enfarte Agudo Miocárdio

Hb1Ac- Hemoglobina Glicada

HTA- Hipertensão Arterial

LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PTGO- Prova de tolerância de glucose oral

RCAAP- Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

SDSCA- Summary of Diabetes Self- Care Activities

SciELO- Scientific Electronic Libray Online

Índice

Introdução	17
I. Fase Concetual	20
1. Problema de investigação	20
i. Domínio da investigação	20
ii. Questão pivô e questões de investigação	21
iii. Objetivos de Investigação	22
2. Revisão da literatura	24
i. Diabetes Mellitus	25
ii. Adesão	32
iii. Autocuidado	34
iv. Empoderamento	36
II. Fase Metodológica	38
1. Desenho de investigação	38
i. Tipo de estudo	39
ii. População, amostra e processo de amostragem	40
iii. Variáveis em estudo	41
iv. Instrumento de recolha de dados	42
v. Tratamento e apresentação dos dados	45
vi. Princípios Éticos	46
III. Fase Empírica	48
1. Apresentação, análise e interpretação dos dados	48
2. Conclusões do estudo	64
Conclusão	66
Referências Bibliográficas	69

Anexos

Anexo I – Questionário

Anexo II – Consentimento Informado

Anexo III – Pedido de Autorização do questionário AACD

Anexo IV – Aprovação da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição por Género.....	49
Gráfico 2- Distribuição por Grupo Etário.....	50
Gráfico 3 - Distribuição por Estado civil.....	51
Gráfico 4- Habilitações literárias.....	51
Gráfico 5- Atividade profissional	52
Gráfico 6 - Distribuição por Duração do diagnóstico de diabetes.....	53
Gráfico 7 - Distribuição por terapêutica usada	54
Gráfico 8 - Outras patologias associadas.....	54
Gráfico 9 - Complicações micro e macro vasculares	55
Gráfico 10 - Autoavaliação da glicemia	55
Gráfico 11 - Hábitos tabágicos	63
Gráfico 12-Último cigarro	64

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Alimentação Geral.....	57
Tabela 2 - Alimentação Específica.....	59
Tabela 3 - Atividade física.....	60
Tabela 4 - Monitorização da glicemia	61
Tabela 5 – Autocuidado com os pés.....	62
Tabela 6 - Uso da medicação.....	63

Introdução

O presente estudo de investigação surge no âmbito do currículo pedagógico do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Pólo do Porto no ano letivo de 2018/2019, como requisito para a obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem.

Como ponto de partida para qualquer investigação, surge a necessidade de se escolher um domínio de interesse geral, transpondo-o para uma questão que poderá ser estudada. Neste sentido, este trabalho de investigação assenta em motivações pessoais e académicas por parte do investigador. Posto isto, como motivações académicas destaca-se o crescimento a nível de conhecimento científico, abrangendo uma temática de interesse público e pertinente em relação ao âmbito de ação de enfermagem, possibilitando o desenvolvimento de competências na realização de um trabalho deste carácter. Relativamente às motivações pessoais, e apesar de advirem das académicas, estas tiveram por base ser uma patologia presente na família do investigador e também presente nos ensinamentos clínicos realizados, que o consciencializou para este foco de atenção, suscitando-lhe interesse. Este tema trata-se de que deve ser alvo de estratégias de prevenção de forma a evitar repercussões graves a longo prazo na saúde da população.

A pesquisa em enfermagem começou com Florence Nightingale, com base na sua análise dos fatores que afetavam a morbilidade e mortalidade dos soldados durante a guerra da Crimeia, ela teve sucesso na realização de algumas modificações no atendimento de enfermagem, e de modo geral, na saúde pública. (Polit, et al., 2007)

Segundo Fortin (2009), a investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos. É um método particular de aquisição de conhecimentos, de uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam de uma investigação.

Dessa forma, a investigação tem uma grande importância para o desenvolvimento contínuo da Enfermagem permitindo aos enfermeiros desenvolver os seus conhecimentos científicos e aptidão prática ao nível dos cuidados que prestam.

Após uma aprofundada revisão de literatura através de pesquisa na internet, artigos científicos, teses, dissertações e livros, surgiu o tema abordado nesta investigação “*Adesão ao Autocuidado na Pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2*”, com o objetivo de: Avaliar a adesão da pessoa com diabetes tipo 2 às atividades de autocuidado.

O interesse em abordar esta temática surgiu por se tratar de um tema atual, pertinente que suscita cada vez mais preocupação, pois dados fornecidos pela Sociedade Portuguesa de Diabetologia, demonstram que em 2015, a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,3%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes, constituindo esta população alvo de empoderamento. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia , 2017)

Esta pesquisa terá como objetivo identificar o nível de adesão ao autocuidado na Pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2.

Tendo presente a pesquisa bibliográfica efetuada o exposto, foi delineada a seguinte questão pivô, à qual se pretendia obter resposta no final do estudo: *Qual a adesão ao autocuidado na Pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2, no Grande Porto?*

Para este estudo ir-se-á utilizar uma metodologia descritiva, transversal, com uma abordagem quantitativa. A colheita de dados será efetuada através do questionário “Summary of Diabetes Self-Care Activities – SDSCA” – versão traduzida e adaptada para português de Portugal, como estratégia de mensuração das atividades de autocuidado de pessoas com diabetes. A amostra será não probabilística por Bola de Neve, em pessoas adultas e idosas, com diabetes mellitus tipo 2, do grande Porto, não institucionalizados.

Este estudo será estruturado em três partes distintas: a primeira aborda a fase concetual que contempla o problema de investigação, domínio de investigação, questões pivô e de investigação, revisão da literatura e objetivos do estudo; a segunda parte corresponde à fase metodológica que abrange o tipo de estudo, apresentação da população e amostra, as variáveis do estudo, o instrumento e método de recolha de dados e as considerações éticas; por fim, a terceira e última parte refere-se à fase empírica do trabalho de investigação, na

qual se realiza a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos de acordo com os objetivos da investigação.

Os resultados do estudo demonstraram que a maior parte dos participantes eram na maior parte pessoas do género feminino, média de idade de 68 anos, com 1º ciclo do Ensino Básico de escolaridade, e reformado e afirmavam ter alguma patologia associada à diabetes.

Os resultados obtidos no presente estudo indicam que a adesão às atividades de autocuidado como a alimentação, a atividade física, a monitorização da glicemia, os cuidados com os pés, o cumprimento da terapêutica e os hábitos tabágicos são fundamentais para um controlo apertado da diabetes e consequentemente, na prevenção de complicações associadas.

I. Fase Concetual

De acordo com Fortin (2009), esta fase começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação. Nesta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, para poder chegar a uma conceção clara do problema. A fase concetual tem grande importância, sendo que é uma fase crucial uma vez que a análise de uma situação problemática necessita de uma questão de investigação bem depurada.

Segundo Fortin (2009) a fase concetual compreende cinco etapas: 1) a escolha do tema; 2) a revisão da literatura; 3) a elaboração do quadro de referência; 4) a formulação do problema; 5) o enunciado do objetivo das questões de investigação e das hipóteses.

1. Problema de investigação

De acordo com Fortin (2009), a investigação consiste num método que possibilita ao investigador adquirir novos conhecimentos, permitindo encontrar respostas para questões precisas. Consiste ainda em descrever, explicar, em prever e verificar factos, acontecimentos ou fenómenos.

Formular o problema de investigação é fundamental porque nos permite obter uma direção e coerência, delimitar o estudo, mostrando as suas fronteiras e conduzindo a revisão da literatura para a questão central (Coutinho, 2013).

Nesta sequência lógica de organização de pensamento surgiu a problemática em estudo: Adesão ao Autocuidado da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2.

i. Domínio da investigação

Tal como nos refere Fortin (2009), a etapa inicial do processo de investigação consiste em encontrar um domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador.

O domínio da investigação é o aspeto geral do problema que se quer estudar. Pode representar-se em atitudes, comportamentos, crenças, populações, problemas clínicos particulares, observações, conceitos, etc., e advirem de diversas fontes (Fortin, 2009).

Neste sentido este domínio é a adesão ao autocuidado da pessoa com diabetes mellitus tipo 2.

ii. Questão pivô e questões de investigação

De acordo com FORTIN (2009, 48), “*qualquer questão tem por ponto de partida uma situação considerada problemática, isto é que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, exige uma explicação...*”.

Segundo o referido autor, diz nos que a questão de investigação constitui uma interrogação explícita relativa a um domínio que se pretende explorar visando a obtenção de novas informações. É constituída por um enunciado interrogativo claro que necessita dos conceitos-chaves, especificar a população alvo e sugere uma investigação empírica.

Para (Hulley, et al., 2008), uma questão de investigação é a incerteza que o investigador pretende resolver sobre algo na população, realizando avaliações nos sujeitos do estudo. Fortin (2009), menciona que as questões pivô são interrogações simples que precedem o domínio do enunciado da questão e da direção que iremos dar à investigação.

Para (Freixo, 2011):

A formulação de um problema deve apresentar conjuntamente as seguintes características. Estabelecer uma relação entre duas ou mais variáveis; deve ser formulado de forma clara e sem ambiguidade; deve ser formulado em forma de questão ou, em alternativa, em forma de uma questão implícita; deve ser testável por métodos empíricos, ou seja, deve ser possível recolher os dados que respondam à questão formulada; não deve representar qualquer atitude moral ou ética.

Tendo presente o exposto, foi delineada a seguinte questão pivô, à qual se pretendia obter resposta no final do estudo: *Qual a adesão ao autocuidado na Pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2, no Grande Porto?*

A partir da questão central, foram ainda explicitadas as seguintes questões de investigação:

Q1. Qual o perfil sociodemográfico da pessoa portadora de diabetes mellitus tipo 2?

Q2. Quais as dimensões do autocuidado a que a pessoa com diabetes mellitus tipo 2 aderem? (Alimentação saudável; Prática de atividade física; Monitorização da glicemia capilar; cuidados com os pés; adesão ao regime medicamentoso e hábitos tabágicos)

Q3. Qual o nível de adesão as diferentes dimensões do autocuidado da pessoa com diabetes mellitus tipo 2?

iii. Objetivos de Investigação

O objetivo do estudo num projeto de investigação enuncia de forma precisa o que investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação. (Fortin, 2009).

De acordo com Fortin (2009), quando se desenha uma investigação, os termos objetivos, questões e hipótese equivalem-se devido a apresentar o porquê de um estudo, no entanto, são formuladas de formas diferentes. Ainda de acordo com o mesmo autor, o objetivo é algo mais amplo, mais geral, enquanto que as questões ou hipóteses vêm precisar o objetivo traçado.

Neste trabalho delineou-se com objetivo geral “Avaliar a adesão ao autocuidado pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2”.

Como objetivos específicos foram definidos os abaixo mencionados:

- Caraterizar o perfil sociodemográfico da pessoa portadora de Diabetes Mellitus tipo 2, do concelho do Porto;

- Identificar os padrões de adesão às atividades de autocuidado, da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2.

2. Revisão da literatura

A elaboração da revisão bibliográfica é essencial numa investigação, pois é através desta que se obtém informação sobre as investigações já realizadas sobre o tema do estudo, assim como definir conceitos mais importantes e estabelecer relações entre eles.

A revisão de literatura implica detetar, consultar e obter referências e outros, matérias úteis para os propósitos do estudo dos quais extraímos e sintetizamos informação relevante e necessária para o problema de pesquisa (Sampieri, et al., 2013)

A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e a análise crítica do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio de investigação. No decurso desta revisão, o investigador aprecia, em cada um dos documentos analisados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos. Fortin (2009).

Segundo Fortin (2009), a revisão bibliográfica é um processo onde se faz o inventário e análise crítica publicações pertinentes sobre o tema da investigação. Uma revisão bibliográfica pode ter como objetivo delimitar um domínio de investigação, identificar o que é conhecido e desconhecido, pesquisar os métodos e os desenhos utilizados por outros investigadores, averiguar os instrumentos de medida e as técnicas de análise adequadas à investigação.

A revisão da literatura é indispensável não só para definir bem o problema, mas também para ter uma ideia precisa acerca do estado atual dos conhecimentos sobre esse problema, assim como das suas lacunas e contribuição da investigação para o desenvolvimento do saber. Esta pode ser mais ou menos abundante, segundo a complexidade do tema. (Fortin, 2009)

Neste capítulo serão abordados alguns conteúdos que serão indispensáveis para uma melhor compreensão e fundamentação teórica do problema de investigação em estudo. Serão abordados temas como diabetes mellitus, focando aspetos como a epidemiologia, a fisiopatologia, o tratamento e as estratégias de controlo desta patologia. Serão ainda

abordados alguns fatores psicossociais associados a DM, focando ainda temas como a adesão ao regime terapêutico, o impacto da doença crónica e por último a educação para a saúde que deve ser realizada com os doentes diabéticos. A revisão bibliográfica será desenvolvida em 3 partes: uma abordagem ao Envelhecimento e Idoso, abordagem à doença, Diabetes, abordagem ao regime terapêutico e por fim uma abordagem à adesão ao regime terapêutico. alterei

Na revisão de literatura é necessário detetar, consultar, obter referências e outros materiais úteis onde extraímos e sintetizamos informação relevante e necessária para o problema de pesquisa (Sampieri, et al., 2013).

Para contextualizar o estudo recorreu-se a literatura científica indexada nas bases de dados: LILACS, B-ON e Scientific Eletronic Library Online (SciELO), na língua portuguesa, utilizando-se as palavras-chave: Adultos; Idosos; Autocuidado; adesão; autocuidado; diabetes *mellitus* tipo 2; Empoderar. Recorreu a livros e trabalhos científicos nomeadamente artigos de revisão.

No presente estudo pretendeu-se abordar temas relacionados com a diabetes mellitus tipo 2, autocuidado e adesão ao autocuidado e empoderamento da pessoa com diabetes mellitus tipo 2.

i. Diabetes Mellitus

A diabetes mellitus constitui um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial, não só pela sua alta prevalência e incidência, mas também pelo seu impacto económico, pelas suas complicações e pela mortalidade que provoca anualmente (Silva, et al., 2015) .

Considera-se o diabetes mellitus (DM) uma condição crónica crescente, principalmente nos países em desenvolvimento, pela gravidade das suas complicações. Mostra-se que, além disso, é considerado problema de saúde em virtude do crescimento e envelhecimento populacional, maior urbanização, crescente prevalência de obesidade e estilos de vida não saudáveis. A nível mundial, estima-se haver 285 milhões de indivíduos com mais de 20

anos com DM em 2010 e, em 2045, esse número poderá chegar a 628,6 milhões (Garces, et al., 2018). Segundo mesmo autor, na grande maioria dos países desenvolvidos, o DM está entre a quarta e a oitava posição entre as principais causas de mortalidade.

Segundo Direção Geral da Saúde (2014), deverão ser realizados todos os esforços de cooperação de todos os Estados-membros na investigação, na prevenção, no diagnóstico precoce, no acompanhamento e na educação dos cerca de 32 milhões de cidadãos da União Europeia com diabetes e dos cerca de 60 milhões com pré-diabetes.

Em 2015 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,3%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes (Sociedade Portuguesa de Diabetologia , 2017).

De acordo com o programa nacional para a diabetes de 2017 a prevalência da DM2 em Portugal é muito elevada. Este facto levou a OCDE a indicar, no seu relatório sobre saúde de 2017, Portugal com um dos países com taxa de prevalência da diabetes mais alta da Europa.

O corpo humano é composto por milhões de células que necessitam de energia para funcionar. Assim, uma das formas de fornecimento de energia às células é através de açúcar (glicose) que resulta da conversão de alguns alimentos depois de ingeridos (Ramalho, 2009). Existem duas condições necessárias para que a glicose entre nas células: a primeira é que existam recetores suficientes nas células e a segunda está relacionada com a presença de insulina (Ramalho, 2009). Assim, quando a glicose entra na corrente sanguínea, o aumento da concentração desta estimula a libertação de insulina pelas células beta do pâncreas. A insulina, por outro lado, suprime a produção de glicose por parte do fígado e aumenta a sua captação pelo músculo, diminuindo, assim, a concentração de glicemia (Ramalho, 2009).

Segundo Phipps, et al. (2010) a diabetes mellitus faz parte de um grupo de doenças metabólicas que se caracterizam por hiperglicemia resultante de deficiência na secreção de insulina, na sua ação ou de ambas.

Para a DGS (2014) e a American Diabetes Association (ADA, 2019) existem quatro tipos de diabetes etiológicamente distintos: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes.

Segundo o mesmo autor a etiologia da diabetes não é totalmente conhecida sendo que na DM tipo 1 a genética tem um papel permissivo pois permite aos fatores ambientais desencadear o início da diabetes, pela estimulação de uma resposta autoimune. Representa aproximadamente 5 a 10% de todos os casos de diabetes e caracteriza-se pela destruição das células beta do pâncreas que leva a uma deficiência absoluta de insulina e pode ter origem autoimune ou idiopática. Este tipo de diabetes é mais comum nos jovens, no entanto, pode ocorrer em qualquer idade (Direcção Geral da Saúde, 2011) (American Diabetes Association, 2015).

A diabetes gestacional corresponde a qualquer grau de anomalia do metabolismo da glicose documentado, pela primeira vez, durante a gravidez na prova de tolerância à glicose que obriga à colheita de sangue para doseamento de glicemia às 0, 1 e 2 horas (Direcção Geral da Saúde, 2011).

A diabetes mellitus (DM) tipo 2 é uma doença que resulta da deficiente capacidade de utilização pelo organismo da principal fonte de energia, a glucose. É caracterizada por um nível elevado de açúcar no sangue (hiperglicemia) que resulta da incapacidade do organismo em utilizá-lo como forma de energia (Vieira, 2009).

A diabetes tipo 2 é a forma mais frequente de diabetes, resultando da existência de insulinopenia relativa, com maior ou menor grau de insulinoresistência. Corresponde a cerca de 90% de todos os casos de diabetes e, muitas vezes, está associada a obesidade, principalmente abdominal, a hipertensão arterial e a dislipidemia. A diabetes tipo 2 é clinicamente silenciosa na maioria dos casos e é diagnosticada frequentemente em exames de rotina ou no decurso de uma hospitalização por outra causa (Direcção Geral da Saúde, 2011).

A DM não é curável, mas pode ser controlada, e, caso esta patologia não seja controlada, poderão surgir lesões a longo prazo, como a disfunção e falência de vários órgãos (Phipps,

et al., 2010). É considerada uma doença crónica multifatorial, cujo tratamento depende da conjugação de diferentes fatores, nomeadamente a alimentação, atividade física e medicação (Boavida & al, 2012).

A DM pode apresentar sintomas caraterísticos tais como sede, poliúria, visão turva e perda de peso. Pode desenvolver-se cetoacidose que pode conduzir a letargia, coma e até à morte. Na maioria das vezes, os sintomas não são graves, sendo até ausentes e, consequentemente, pode estar presente durante muito tempo uma hiperglicemia suficiente para causar alterações patológicas e funcionais, antes de ser feito o diagnóstico (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2015).

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2011): A diabetes pode ser diagnosticada com qualquer um dos seguintes critérios: Glicémia em jejum $\geq 126\text{mg/dl}$ ou glicémia $\geq 200\text{mg/dl}$ às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose ou hemoglobina glicada (HbA1c) $\geq 6,5\%$ ou glicémia ocasional $\geq 200\text{mg/dl}$ na presença de sintomas clássicos da diabetes. A ADA (2019), corrobora com estes parâmetros e valores no plasma venoso, para estabelecer o diagnóstico de Diabetes.

Os indivíduos assintomáticos com um único teste anormal devem repetir o teste para confirmar resultado, exceto quando o resultado é inequivocamente elevado. Quando detetada uma glicémia $\geq 100\text{mg/dl}$ e $< 200\text{mg/dl}$, deve ser realizada uma PTGO e uma avaliação de HbA1c (Direcção Geral da Saúde, 2011).

A persistência de um nível elevado de glicose no sangue, mesmo quando não estão presentes sintomas, resulta em lesões nos tecidos. Embora a evidência dessas lesões / complicações possa ser encontrada em diversos órgãos, é nos rins, olhos, nervos periféricos e sistema vascular, que se manifestam as mais importantes e frequentemente fatais (Sociedade Portuguesa de Diabetologia , 2017).

Os efeitos a longo prazo da diabetes mellitus incluem o desenvolvimento progressivo das complicações específicas de retinopatia diabética com potencial cegueira, nefropatia que pode conduzir à insuficiência renal, e/ou neuropatia com risco de ulcerações nos pés, amputações, artropatia de Charcot e sinais de disfunção autonómica, incluindo disfunção

sexual. As pessoas que sofrem de diabetes têm um risco aumentado de doença cardiovascular, vascular periférica e cerebrovascular.

As complicações da diabetes dividem-se em agudas e crônicas. As complicações agudas abrangem a hipoglicemia, hiperglicemia, estado hiperosmolar e a cetoacidose diabética. Já as crônicas compreendem a retinopatia, nefropatia, cardiopatia isquêmica, neuropatias, doença cerebrovascular e vascular periférica. As doenças degenerativas que mais ocorrem são o enfarte agudo do miocárdio, arteriopatia periférica, o acidente vascular cerebral e a microangiopatia (Cortez, et al., 2015).

A hipoglicemia é um estado metabólico caracterizado por níveis de glicemia inferiores a 70 mg/dL, que é acompanhado de manifestações clínicas, tais como a ansiedade, palpitações, tremores, déficit cognitivo e coma. Esta é a definição padrão e está relacionada com o limiar inicial para a libertação de hormonas contrarreguladoras (glucagon, catecolaminas, cortisol e hormona do crescimento). Existe ainda referência a hipoglicemia grave que é considerada quando os níveis de glicemia se encontram inferiores a 50 mg/dl e que, na grande maioria das vezes, já reflete alterações do estado de consciência (American Diabetes Association, 2015). A hipoglicemia é uma complicação aguda, muito frequente, que surge como consequência do tratamento da diabetes com insulina e/ou sulfonilureias (Rodrigues, 2014).

A hiperglicemia manifesta-se no aumento significativo da glicose no sangue. Desta forma, significa que a entrada de glucose no plasma é superior à quantidade de glucose saída. Em jejum, a hiperglicemia está diretamente relacionada com o aumento da glucose hepática. Já no caso de hiperglicemia pós-prandial significa que pode existir um estímulo de insulina defeituoso (Silvio, et al., 2012).

O coma hiperosmolar é caracterizado por hiperglicemia acentuada, desidratação e hiperosmolaridade plasmática. A hiperglicemia é uma complicação metabólica aguda da DM, e o não reconhecimento desta complicação causa progressiva deterioração metabólica, podendo causar sequelas bastante graves como o coma hiperosmolar, especialmente em doentes que usam de insulina ou drogas secretoras de insulina. Pode

ser assintomático ou acompanhado da sensação de fome, confusão mental, coma, entre outras (Oliveira, 2016).

As complicações tardias são causadas essencialmente por lesões nos vasos sanguíneos e nos nervos devido aos elevados níveis de glicémia durante um grande período de tempo e incluem doença coronária e cerebral, HTA, aterosclerose, AVC, problemas circulatórios nos membros inferiores, retinopatia, glaucoma, cataratas, nefropatia, neuropatia, “pé diabético” e disfunção sexual (Vieira, 2009) (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2015).

As doenças dos vasos sanguíneos relacionadas com DM dividem-se em dois grupos: a doença macro vascular (ou macroangiopatia) e a doença microvascular (ou microangiopatia) (Vieira, 2009).

A nível macro vascular, um diabético que não esteja metabolicamente controlado pode, com o passar dos anos, sofrer alterações nos médios e grandes vasos sanguíneos, designadamente espessamento, endurecimento e aterosclerose. Estas alterações traduzem-se numa diminuição do lúmen das artérias, o que compromete a nutrição dos tecidos, podendo evoluir para AVC, EAM, problemas circulatórios nos membros inferiores que podem originar lesões na pele e gangrena. Os diabéticos têm ainda um risco acrescido de desenvolver HTA (Vieira, 2009).

A retinopatia faz parte das complicações microvasculares da diabetes, associada à longa duração da doença e ao controle glicémico inadequado. Estima-se que, 60% dos pacientes com DM tipo 2 progridam para alguma forma de retinopatia diabética após 20 anos, sendo esta a principal causa de cegueira adquirida em adultos (Alves, et al., 2014).

A nefropatia diabética ocorre em cerca de 20 a 40% dos diabéticos e é definida como o aumento da excreção urinária de albumina, acompanhada pelo aumento da pressão arterial, o que conduz progressivamente ao declínio da taxa de filtração glomerular. A nefropatia diabética é a causa mais frequente de insuficiência renal crónica terminal, sendo responsável por cerca de 40% de todos os novos doentes que necessitam de terapêutica substitutiva da função renal (Longo & al, 2011).

A neuropatia diabética é definida como a presença de sintomas e/ou sinais de disfunção dos nervos periféricos em doentes com DM e destes resulta a diminuição ou supressão da sensibilidade sensitiva (térmica, dolorosa e tátil) e motora (motricidade muscular). Estima-se que cerca de 50% dos diabéticos desenvolvem neuropatia ou polineuropatia - neuropatia sensitiva e motora (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, 2011).

O “pé diabético” resulta do conjunto de mutações macrovasculares e microvasculares e sequente neuropatia que levam ao desenvolvimento de alterações nos membros inferiores, em que as úlceras do pé são as complicações mais frequentes e potencialmente graves da DM. Aproximadamente 15% dos indivíduos com DM sofrerão de patologia do pé e 4% sofrerá uma amputação (Longo & al, 2011).

Segundo Programa nacional da diabetes de 2017 as complicações do pé diabético, se não tratadas em tempo, podem evoluir para amputações minor (parte do pé) ou major (ao nível da coxa, perna ou tornozelo). No espaço temporal 2010-2016 verifica-se que o número de amputações dos membros inferiores tem vindo a diminuir, registando-se em 2016 o número mais baixo de amputações major e minor.

A prevenção das lesões é uma medida prioritária para se reduzir a incidência de novos casos e a gravidade da apresentação clínica. A prevenção passa pela educação contínua dos doentes e dos profissionais de saúde no que respeita a:

- observação frequente dos pés
- conselhos práticos de higiene
- conhecimento dos agentes agressores
- uso de palmilhas e calçado específico
- remoção de calosidades

ii. Adesão

A adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores, denominados como “dimensões”, no qual os fatores relacionados ao paciente são apenas um determinante. Os cinco fatores consistem em sistema e a equipa de saúde, fatores socioeconómicos, fatores relacionados com o paciente, fatores relacionados à doença e fatores relacionados ao tratamento (World Health Organization, 2019).

De acordo com a Conselho Internacional de Enfermeiros (2017), adesão é caracterizada pela ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente).

A adesão é definida como a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar medicamentos, seguir o plano alimentar ou adotar mudanças no estilo de vida corresponde às recomendações preconizadas por um profissional de saúde. No tratamento da diabetes, a falta de adesão é um desafio quase diário na prática clínica de enfermagem, tornando-se fundamental a procura constante por estratégias e intervenções que visem minimizar esta situação (Faria, et al., 2014).

No controle da diabetes a falta de adesão é um desafio frequente com que os profissionais de saúde se deparam na prática clínica. A não adesão à terapêutica é um problema de etiologia multifatorial, o qual depende de fatores que podem ser agrupados em três grandes dimensões: os fatores demográficos, sociais e económicos; os fatores relacionados à doença e ao regime prescrito; e os fatores ligados ao doente e à relação do doente com os profissionais e serviços de saúde (Cabral & Silva, 2010) (Faria, et al., 2014).

De acordo com outros autores os fatores envolvidos na adesão incluem: acessibilidade e disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, dados sociodemográficos do usuário, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitudes familiares e de amigos, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento (Faria, et al., 2014).

A não adesão ao regime terapêutico leva a uma diminuição do controle efetivo das doenças, aumento do risco de hospitalizações e aumento da mortalidade (Remondi, et al., 2014).

Ao avaliar a adesão terapêutica do doente existem dois problemas comuns: a não adesão involuntária do doente, que ocorre quando o doente apresenta dificuldade em cumprir o tratamento ou o segue de forma inconsciente com as instruções do prescritor, e a não adesão voluntária do doente, situação na qual o doente decide racionalmente não utilizar seus medicamentos ou fazê-lo de forma diferente das instruções dadas pelo médico (Salvado, 2012).

Muitos elementos podem influenciar a adesão do doente ao tratamento, entre eles o acesso aos medicamentos, as condições socioeconômicas e culturais, o conhecimento sobre os medicamentos, a capacidade cognitiva, a complexidade da farmacoterapia, os aspectos religiosos, as expectativas e os medos ligados ao tratamento, entre outros (Salvado, 2012).

A baixa adesão ocorre quando o doente não adere apropriadamente ao autocuidado de forma voluntária ou involuntária. As causas mais comuns são: o doente não entender as orientações; o medicamento não poder ser adquirido; o doente ter dificuldade pra se lembrar dos cuidados a ter (Correr & Otuk, 2011).

Para trabalhar a não adesão terapêutica há diversos recursos disponíveis, focados nas metas terapêuticas, nas mudanças de comportamentos e na frequência do seguimento. Para casos de não adesão involuntária pode-se utilizar calendários, porta comprimidos, alarmes, entre outros recursos voltados a ajudar o doente na rotina de uso de medicamentos (Correr & Otuk, 2011).

A adesão deve ser entendida como uma atividade conjunta entre o profissional/doente/família, na qual o doente não obedece apenas às orientações de um profissional de saúde, mas compreende-as, concorda com o tratamento prescrito, segue a prescrição e colabora no mesmo (Salvado, 2012).

Tendo presente a não adesão da pessoa diabética impõe-se a procura de estratégias de intervenção que visem minimizar esta situação. A pessoa com DM exige também cuidados permanentes para manter a sua qualidade de vida, assim, deverá desenvolver habilidades de autocuidado (Baquedano, et al., 2010).

iii. Autocuidado

O autocuidado é a atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2017).

O autocuidado é um fenómeno complexo e multidimensional que pode ser concetualizado como um sistema contínuo de ações produzidas por ou para pessoas, desde o nascimento até à morte, através do desempenho de ações de cuidado e sequências de ações (Taylor & Renpenning, 2011).

De acordo com Bastos (2012) o autocuidado, na perspetiva dos doentes, engloba uma série de atividades que visam capacitar a pessoa para lidar com alterações emocionais, aderir a um regime terapêutico, lidar com o impacto de uma situação crónica ou duradoura na sua vida e manter as coisas básicas da vida como a família, trabalho e atividade social.

O objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas a cuidar de si, enquanto que a promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação e controle deste processo (Silva, et al., 2015).

Os enfermeiros podem desempenhar um papel central na implementação de um modelo de prestação de cuidados na doença crónica. Existe evidência da eficácia de programas

de gestão da diabetes liderados por enfermeiros. Sendo uma doença crónica essencialmente ligada aos estilos de vida, a sua gestão é particularmente complexa, exigindo uma abordagem multifatorial por uma equipa interdisciplinar onde o enfermeiro deve assumir um papel ativo e fundamental, uma vez que também se encontra numa posição estratégica para intervir. Alguns estudos apontam para a importância que os enfermeiros desempenham na orientação das pessoas com diabetes através de intervenções de educação e de adesão terapêutica (Ferrito, et al., 2014).

As atividades de autocuidado na pessoa com DM tipo 2 dizem respeito à alimentação, exercício físico, auto monitorização da glicemia capilar, cuidados com os pés, terapêutica farmacológica e hábitos tabágicos (Salvado, 2012).

Uma alimentação saudável e equilibrada faz parte do tratamento das pessoas com diabetes. Os principais objetivos da alimentação de uma pessoa com diabetes são: obter um bom controlo da glicemia, colesterol, triglicéridos, pressão arterial e atingir e manter um peso saudável, de forma a prevenir o aparecimento das complicações da diabetes. Para ajudar a controlar estes fatores de risco, recomenda-se a redução da ingestão de gordura e sal e o aumento da ingestão de fibra (Associação Protetora Diabéticos de Portugal, 2019).

O exercício é uma forma eficaz de prevenir complicações da Diabetes e de controlar os níveis de glicemia. O exercício é benéfico pois estimula produção de insulina e facilita o seu transporte para as células. Quando a pessoa com diabetes faz exercício está a estimular o pâncreas a produzir insulina e, por outro lado, também está a aumentar a utilização de glicose pelos músculos impedindo que esta se acumule no sangue e aumente a sua glicemia (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2019).

Na pessoa com DM tipo 2 é importante vigiar os valores de glicemia fazendo as medições. O objetivo principal é controlar os níveis de glicemia. Se os valores se mantiverem dentro de valores normais existe muito menor probabilidade de sofrer de complicações da Diabetes. Atualmente é bastante fácil fazer este controlo da glicemia a partir de casa. Os aparelhos têm dimensões reduzidas e são fáceis de utilizar (Associação Protetora de Diabéticos de Portugal, 2019).

iv. Empoderamento

De acordo com a Carta de Ottawa (1986) a ação de promoção da saúde tem como objetivo diminuir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde (Guerra, 2012).

Só se consegue que os indivíduos sejam pró-ativos na mudança de estilos de vida, se os capacitarmos, fornecendo um reforço de poder, empoderamento, que se irá conseguir ganhos efetivos em saúde (Guerra, 2012)

Este empoderamento, na pessoa com diabetes, será possível com uma educação para saúde, em colaboração com o profissional de saúde, que visa a construção e reconstrução do conhecimento por parte do portador de DM, sobre a doença e suas consequências, de forma que este possa tomar decisões informadas acerca do cuidado de si (Guerra, 2012).

Empoderamento é o processo de ação social que leva a que as pessoas ganhem domínio das suas vidas e das vidas das suas comunidades gerando as mudanças necessárias (Guerra, 2012)

No entanto, os indivíduos parecem aderir mais facilmente a alguns componentes do tratamento que a outros, verificando-se uma maior adesão à medicação e menor adesão aos aspetos comportamentais, nomeadamente, à alimentação e atividade física. (Salvado, 2012).

A educação para a saúde e o empoderamento é o pilar fundamental no tratamento do doente com DM, sendo que para se obterem resultados positivos no tratamento e no controlo da DM, a pessoa deve ser consciencializada sobre todos os aspetos inerentes à doença (Salvado, 2012)

De acordo com Guerra (2012), o empoderamento, a educação na DM, é vista como uma cooperação constante entre o profissional de saúde /pessoa com diabetes/família, visando

a construção e reconstrução do conhecimento pelo doente, sobre a doença e suas consequências, de forma que possa tomar decisões informadas acerca do cuidado de si.

Para a pessoa com DM, o cuidado da saúde representa um grande desafio, o qual envolve inúmeras mudanças de comportamento que a pessoa portadora de DM terá de incorporar no seu dia-a-dia. Assim a auto monitorização dos níveis de glicose no sangue, a adesão ao tratamento e conhecimento dos mesmos, as confirmações regulares e cuidadas para detetar problemas precocemente com os pés, as dietas alimentares e atividades físicas constantes, constituem preocupações diárias (Guerra, 2012).

As estratégias educativas, que melhoram a adesão entre as pessoas com doenças crónicas, incluem a redução do número de medicamentos e da frequência das doses, o facultar de informação acerca dos efeitos secundários esperados e a motivação das pessoas para as alterações no estilo de vida causadas pela terapêutica. É muito importante educar os doentes acerca das suas doenças crónicas, benefícios do tratamento e complicações associadas à não-adesão (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

De acordo com a mesma fonte a intervenção do enfermeiro visa ensinar e instruir os indivíduos a monitorizarem alguns fisiológicos, nomeadamente a tensão arterial e a glicose, de forma a auto gerirem a sua doença. Fornecer conhecimento adequado e necessário para tomarem decisões informadas, ofertar sugestões e encorajá-los na tomada de decisão, apontando a mudança do estilo de vida para adoção de hábitos saudáveis, com vista á promoção da saúde.

II. Fase Metodológica

Quivy & Campenhoudt (2008) defendem que a fase metodológica corresponde a uma fase de construção, sendo que esta só pode ser efetuada a partir de um sistema concetual organizado, suscetível de exprimir a lógica que o investigador supõe estar na base do fenómeno.

Para Fortin (2009), esta fase consiste em definir os meios de realizar a investigação e o investigador determina a sua maneira de proceder para obter respostas às questões da mesma.

Por vezes, o próprio problema de investigação acaba por determinar qual o método a aplicar, contudo, o investigador que possua conhecimentos, adquire capacidades para tomar essa decisão (Polit, et al., 2007)

No decurso da fase metodológica foi descrito o tipo de estudo, as variáveis e a sua caracterização, a população e a amostra, o instrumento de recolha de dados e as considerações éticas.

1. Desenho de investigação

De acordo com Fortin (2009), o desenho da investigação é um plano que permite responder as questões ou verificar hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objetivo minimizar os riscos de erro e ainda orienta o investigador na planificação e realização do estudo para que os objetivos sejam cumpridos.

Em concordância, Ribeiro (2010) menciona que os desenhos e os métodos de investigação estabelecem uma das partes mais importantes de qualquer estudo. Estes permitem, ou não responder à grande questão de investigação colocada no início, que recolhe informação necessária (quantitativa, qualitativa ou mista), de modo favorável, com os procedimentos apropriados, que permitem identificar e valorizar os aspetos mais relevantes da investigação.

De acordo com estes pressupostos o desenho de investigação é composto por o tipo de estudo, as variáveis, a população selecionada, o instrumento e método de recolha de dados e tratamento dos mesmos

i. Tipo de estudo

No ponto de vista de Fortin (2009), o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada indo de encontro à questão de investigação, visando descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou verificar hipóteses de causalidade.

Para este estudo, optou-se pela metodologia descritiva simples que consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer características desta população ou de uma amostra desta (Fortin,2009).

O método de investigação utilizado foi o quantitativo. De uma forma geral, este método visa, sobretudo, explicar e predizer um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos (Fortin, 2009).

Conforme Polit et al (2007), a pesquisa quantitativa envolve a colheita sistemática de informação numérica, habitualmente mediante condições controladas, utilizando procedimentos estatísticos para a análise dessa informação.

Em relação à dimensão temporal, o estudo é transversal pois, segundo Fortin (2009), este mede a frequência de um acontecimento ou de um problema numa população em dado momento.

Para Fortin (2009) os estudos conduzidos fora dos laboratórios tomam o nome de estudos em meio natural visto que eles se efetuam em qualquer parte fora dos lugares altamente controlados. Assim, o investigador define o meio onde o estudo será conduzido sendo necessário assegurar-se que o meio é acessível e obter a colaboração e as autorizações necessárias das comissões de investigação e de ética.

ii. População, amostra e processo de amostragem

Depois da fase conceitual o investigador tem de definir a população e estabelecer critérios de seleção da mesma determinando a amostra e o seu tamanho (Fortin, 2009). De acordo com o mesmo autor, uma população é uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para quais o investigador deseja fazer generalizações (Fortin, 2009).

Nesta investigação, a população em estudo foram *“todos os adultos e idosos do distrito do Porto com Diabetes Mellitus tipo II, não institucionalizados.”*

A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população devendo ser representativa da população visada, ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada (Fortin, 2009).

Para Coutinho (2014), a amostra compreende um grupo de sujeitos ou objetos selecionados para representar uma população inteira de onde provieram, sendo um conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc.) de quem se irá recolher dados, devendo ter as mesmas características da população da qual foi extraída.

Assim, a amostra selecionada para este estudo baseou-se no método não probabilístico onde, de acordo com Fortin (2009) é um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem probabilidade igual de ser escolhido tendo o risco de ser menos representativa do que a amostragem probabilística.

Segundo Fortin (2009), a amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira.

Desta forma, o tipo de amostragem referente ao presente estudo denomina-se amostragem por redes, na qual os indivíduos para incluírem a amostra convidam novos participantes da sua rede de amigos e conhecidos visto que tem tendência a possuir características

comuns. Esta técnica é também chamada de “em bola de neve” ou snowball, a amostra vai crescendo a medida que os indivíduos selecionados convidam novos participantes (Fortin, 2009). Assim foi solicitado a algumas pessoas adultas com diabetes mellitus tipo 2, da nossa rede de amigos, os quais foram solicitando a outros amigos ou conhecidos para participar no estudo.

Os critérios de inclusão tidos em consideração para definir a amostra foram:

- Ter idade superior a 18 anos de idade;
- Residir no distrito do Porto;
- Ter capacidade cognitiva preservada para responder ao questionário;
- Ter diabetes Mellitus tipo II diagnosticada.

Nesta investigação, a amostra foi composta por 38 indivíduos adultos, de ambos os sexos, residentes no distrito do Porto, que corresponderam aos critérios de inclusão previamente definidos e que aceitaram fazer parte do estudo, respondendo ao questionário proposto pelo investigador.

iii. Variáveis em estudo

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (Fortin,2009).

As variáveis adquirem valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados, podendo ser classificadas, segundo o papel que exercem na investigação, como independentes, dependentes, de investigação, atributos e estranhas (Fortin,2009).

A variável central do estudo ou variável principal, no presente estudo” Adesão ao Autocuidado da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2”. Esta será operacionalizada pela Escala de Autocuidado com a Diabetes na sua versão traduzida e adaptada para português de Portugal, por Fernanda Bastos.

As variáveis de atributos são as características dos sujeitos no estudo. Na maioria dos estudos, a população de interesse é descrita em termos de suas características sociodemográficas (idade, gênero e raça). Estas variáveis são usadas em análises como principal objetivo de interesse ou como controle na análise da relação entre outras variáveis (Fortin,2009).

As variáveis sociodemográficas mais comuns são idade, gênero e classe social; sendo denominadas variáveis “folha de rosto”, por virem geralmente na frente dos questionários.

Assim, neste estudo as variáveis sociodemográficas referem-se gênero, idade, grupo étnico, estado civil, habilitações literárias, atividade profissional, duração do diagnóstico de diabetes, existência de complicações, presença de comorbidades, terapêutica instituída e a autoavaliação da glicemia.

iv. Instrumento de recolha de dados

De acordo com Fortin (2009), num estudo descritivo o investigador relata os fatores ou variáveis e deteta relações entre estas variáveis ou fatores, logo, escolherá, métodos de colheita de dados mais estruturados, tais como, o questionário, as observações e as entrevistas estruturadas ou semiestruturadas. Para a realização desta investigação, foi eleito o questionário como instrumento de recolha de dados.

De acordo com o mesmo autor, o instrumento de recolha de dados permite ao investigador colher os dados de forma sistemática a informação desejada, juntos dos participantes, com a ajuda do instrumento de recolha de dados. Um instrumento de recolha de dados deve satisfazer alguns requisitos, tais como: ser válido, ser operacional e ser fidedigno.

Indo de encontro aos objetivos do estudo, foi selecionado como instrumento de colheita de dados, um questionário (Anexo I). Segundo (Fortin,2009), o questionário é definido como um conjunto de enunciados ou questões que possibilitam avaliar as atitudes, as opiniões e os resultados dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto dos sujeitos em estudo. Para além disso, auxilia a organizar, a normalizar os dados, de tal

forma que as informações pesquisadas possam ser colhidas de uma forma rigorosa e organizada.

Fortin (2009) refere que o questionário apresenta as seguintes vantagens: menos dispendioso que a entrevista, requer menos habilidades da parte de quem o pratica, pode ser utilizado simultaneamente junto de um grande número de sujeitos repartidos por uma vasta região, natureza impessoal, apresentação uniformizada, ordem igual das questões para todos os sujeitos, assegurar a fidelidade e facilitar as comparações entre os indivíduos. Este pode ser enviado e reenviado de retorno pelo correio.

Apesar do questionário possuir vantagens, também tem, por sua vez, as suas desvantagens. Para Fortin (2009) este instrumento de medida limita o sujeito que o preenche, às questões formuladas, sem que lhe seja oferecida a possibilidade de as alterar ou de precisar o seu pensamento. Aponta as fracas taxas de respostas e a taxa elevada de dados em falta. Para os questionários remetidos pelo correio, é impossível conferir as condições nas quais serão preenchidos.

Os questionários suportam diversos níveis de estruturação, ou seja, podem ser constituídos por questões fechadas em que o sujeito é submetido a escolhas de possíveis respostas e podem também ser constituídos por questões abertas, ou seja, perguntas que pedem respostas escritas da parte do sujeito que preenche o questionário (Fortin, 2009).

Será utilizado como instrumento de recolha de dados o questionário de Escala de Autocuidado com a Diabetes na sua versão traduzida e adaptada para português de Portugal por Fernanda Bastos, (anexo III), organizado em duas partes, nomeadamente:

Este será dividido em duas partes fundamentais, das quais a primeira parte tem o objetivo final de caraterizar as variáveis sociodemográficas/profissionais e por sua vez, a segunda parte desse mesmo questionário terá o objetivo de caraterizar a variável principal deste estudo.

Na parte inicial, encontra-se uma breve introdução que apresenta o tema em estudo, os objetivos e as notas explicativas sobre o preenchimento do questionário. Posteriormente,

aborda-se a confidencialidade do estudo, bem como a importância da colaboração, de cada participante, na investigação.

Para caracterizar os participantes sociodemográfica e clinicamente, foram colocadas 11 questões relativas ao género, idade, grupo étnico, estado civil, habilitações, atividade profissional/ocupação, há quantos anos é diabético, que tipo de medicação faz para controlar a diabetes (comprimidos – ADO, insulina ou comprimidos e insulina), se tem alguma outra patologia, se tem ou já teve alguma complicação devido à diabetes e se realiza a autoavaliação da glicemia capilar.

A segunda parte do questionário “Escala de Atividades de Autocuidado na Pessoa com Diabetes”, traduzida e validada para a população portuguesa em 2004, por Fernanda Bastos, da escala “*Summary of Diabetes Self-Care Activities - SDSCA*” de Glasgow, Toobert e Hampson, foi por nós selecionada por ser amplamente utilizada para medir o autocuidado com a diabetes em adultos (Bastos, Severo e Lopes, 2007).

A versão do SDSCA utilizada neste estudo é composta por 7 dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados aos pés, medicação e hábitos tabágicos. A avaliação é parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7, que corresponde aos comportamentos que a pessoa adotou na semana anterior ao questionário, sendo o zero a situação menos desejável pois significa que a pessoa inquirida nos últimos 7 dias não apresentou o comportamento desejável relativamente à questão abordada e 7 a mais favorável, pois significa que a pessoa inquirida apresentou, todos os dias da semana anterior ao questionário, o comportamento desejável. As questões abordadas na parte da dimensão da alimentação específica, de acordo com Bastos (2007), devem ser recodificadas invertendo a pontuação: 0=7; 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1; 7=0.

O nível de adesão, por dimensão, é obtido pela soma dos itens e dividido pelo número destes, sendo que, os resultados (médias) são expressos em dias por semana.

O questionário foi apresentado à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, tendo sido aprovada a recolha de dados (Anexo IV).

Após estar o questionário construído, este precisa de ser testado antes de ser aplicado à população definitiva, aplicando-se alguns exemplares deste instrumento a uma pequena população escolhida com características semelhantes, mas nunca naquela que será alvo de estudo, ou seja, realizando-se um pré-teste (Fortin, 2009).

Para Fortin (2009), o pré-teste é a medida de uma variável efetuada nos sujeitos antes que seja aplicado o tratamento experimental. O pré-teste permitirá também verificar três elementos importantes do questionário:

- Fidedignidade, ou seja, qualquer pessoa que o aplique deve obter sempre os mesmos resultados;
- Validade, isto é, os dados recolhidos devem ser sempre necessários à pesquisa;
- Operatividade, quer isto dizer, com vocabulário acessível e de significado claro.

Ainda de acordo com o mesmo autor, o pré-teste surge após a redação do questionário e antes da sua aplicação definitiva. A sua aplicação é praticada em alguns exemplares da amostra, em cerca de 5 a 10% do tamanho total.

No presente estudo não se verificou a necessidade da realização de um pré-teste, já que os instrumentos utilizados para elaboração do questionário já tinham sido testados e acreditados em vários estudos anteriores, na população portuguesa.

v. Tratamento e apresentação dos dados

Numa investigação os dados reunidos precisam de ser organizados e analisados e, como na maioria das vezes tomam uma forma numérica, procede-se à sua análise estatística (Coutinho, 2014).

O investigador procura, em primeiro lugar, descrever os seus dados e, de seguida, efetuar análises estatísticas para relacionar as suas variáveis, isto é, realiza análise de estatística descritiva, para cada uma das suas variáveis, e depois narra a relação entre elas (Sampieri, 2006).

No ponto de vista de Fortin (2009), utilizam-se técnicas estatísticas descritivas e inferenciais ou, segundo os casos análises de conteúdo, procedendo-se de seguida à sua análise, interpretação e posteriormente à comunicação dos resultados.

Fortin (2009) refere ainda que a análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem explicar as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis.

Para o tratamento de dados foi utilizada a estatística descritiva. Os resultados do tratamento dos dados foram apresentados sob a forma de gráficos e tabelas com a respetiva informação e análise associadas.

O tratamento estatístico dos dados adquiridos através da aplicação do questionário formulado neste estudo, foi efetuado no programa informático Google Formulários e Microsoft Office Excel 2013, uma vez que estes são os métodos de tratamento de dados que melhor se adequam às necessidades da investigação em curso. Essa adequação deve-se ao facto de serem programas destinados ao tratamento de dados, no qual é feito uma análise descritiva sobre os dados analisados.

vi. Princípios Éticos

Segundo Fortin (2009), “Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas”.

Dessa maneira, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações (Fortin,2009).

Consoante Fortin (2009), existem cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, sendo eles:

- O direito à autodeterminação baseia-se no respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer uma é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu destino, ou seja, tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não na investigação.
- O direito à intimidade faz referência à liberdade da pessoa decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar na investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações privadas.
- O direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada as respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador.
- O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo corresponde às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem.
- O direito a um tratamento justo e equitativo refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para qual é solicitado a participação da pessoa, tal como os métodos utilizados no estudo.

O respeito pelo consentimento livre e esclarecido foi salvaguardado nesta investigação, uma vez que cada questionário possui uma nota introdutória no qual consta os objetivos do estudo e informa do caráter livre e voluntário da sua participação, do anonimato e consta também o consentimento informado, conforme consta do anexo II.

De forma a dar cumprimento a estes princípios foi também solicitada a autorização a autora do questionário (anexo III) e enviado o projeto de investigação para a comissão de ética da Universidade Fernando Pessoa, para autorização da mesma (anexo IV).

III. Fase Empírica

A Fase Empírica, segundo Fortin (2009), inclui a colheita de dados, e de seguida uma organização e tratamento dos dados, depois passa-se à interpretação e depois à comunicação de dados podendo propor novas vias de investigação e também formular recomendações.

Após colheita de dados efetuada, através das ferramentas adequadas, os dados são organizados, introduzidos numa base de dados, analisados em termos da finalidade do estudo, de forma a permitir explorar e/ou descrever fenómenos ou verificar relações entre as variáveis. Posteriormente a isso passamos à interpretação, análise e discussão dos resultados. Assim, de modo a proceder à sua organização e tratamento estatístico recorreu-se ao programa Microsoft Office Excel 2013 e Google formulários para posteriormente dar resposta às questões delineadas na fase inicial da investigação e iremos tentar relacionar os dados obtidos com o contexto, analisando-os á luz de resultados de trabalhos anteriores. Relativamente à apresentação dos resultados obtidos, Fortin (2009) defende que deve ser feita inicialmente uma descrição da amostra, referindo o número de participantes e as suas características sociodemográficas (género, idade, profissão, escolaridade e estado civil).

Perante estas considerações, inicia-se o capítulo seguinte com a apresentação e análise dos resultados.

1. Apresentação, análise e interpretação dos dados

Após recolha de dados, é necessário organizá-los tendo em vista a sua análise e ainda é conveniente apresentar os resultados em quadros e figuras para dar uma informação clara e concisa (Fortin, 2009).

Relativamente aos resultados obtidos, deve ser feita uma descrição da amostra, referindo o número de participantes e as características sociodemográficas, como, o género, a idade, a situação profissional, a escolaridade, estado civil e situação atual de doença.

Tendo em conta que a amostra deste estudo é composta por 38 indivíduos, verifica-se através do gráfico nº1 que 57.9% integravam o sexo feminino e 42.1% o sexo masculino, correspondendo assim a 22 mulheres e 16 homens respetivamente.

Estes números vão de acordo com o estudo de Salvado (2012), no qual, na distribuição da amostra por género, prevalece o sexo feminino (n=61), em relação ao sexo masculino (n=39). Resultados diferentes do estudo de Oliveira (2016) onde 42 inquiridos são do sexo masculino (52%) e 39 são do sexo feminino (48%)

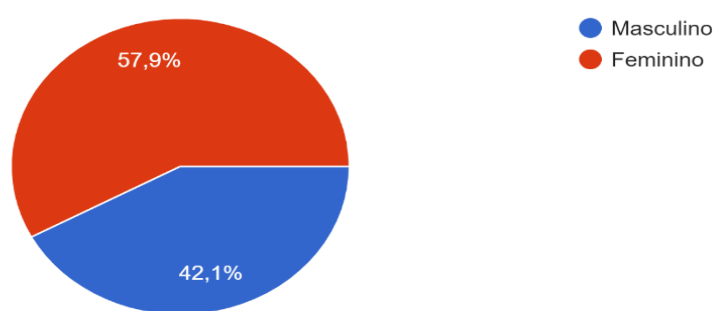


Gráfico 1- Distribuição por Género

Tal como foi referido na fase metodológica, um dos critérios de inclusão necessários para integrar a amostra era os participantes terem idade superior a 18 anos. Dada a existência de uma variedade muito grande de idades foram criados os intervalos visíveis no gráfico acima apresentado com o intuito de facilitar a leitura e a apresentação dos resultados.

A partir da observação do Gráfico 2, concluímos que a amostra, na sua generalidade, compreende maioritariamente, idades entre os 61 e os 70 anos, com uma percentagem de 44,7% e uma média de idades de 68 anos, sendo que, a idade com maior incidência de resposta, isto é, a moda centra-se nos 63 anos. Resultados semelhantes com o estudo realizado por Oliveira (2016) onde a média de idades é de 68 anos

Estes resultados são ligeiramente distintos dos resultados obtidos por Salvado (2012) que verificou que a grande percentagem da amostra (38%; n=38) tem entre 70 a 79 anos e que 33% da amostra (n=33) tem entre 80 a 89 anos. Verificou que mais de 50% da amostra (71%) apresenta idade superior ou igual a 70 anos.

De acordo com o Observatório Nacional da Diabetes (2015), mais de um quarto das pessoas entre os 60-79 anos tem Diabetes.

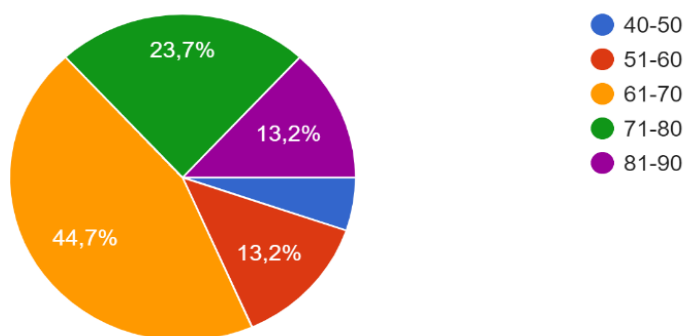


Gráfico 2- Distribuição por Grupo Etário

Nesta amostra verifica-se que a totalidade de participantes (100%) são do grupo étnico Branco/Europeu.

O gráfico nº3 faz referência ao estado civil dos participantes e permite concluir que: 26 dos indivíduos eram casados (68,4%), 8 viúvos (21,1%), 2 solteiros (5,3%) e 2 divorciados (5,3%). Comparando com Salvado em que a grande parte dos indivíduos da amostra são casados (61%; n=61) e mais de 90% das pessoas que fizeram parte do estudo são casadas ou viúvas enquanto que no presente estudo 89,5% são casados ou viúvos sendo resultados equivalentes. Assim como no estudo de Oliveira (2016) onde a maior parte dos inquiridos são casados (69,1%), 7,4% são solteiros, 1,2% vivem em união de facto, 6,2% encontram-se separados/divorciados e 16% são viúvos

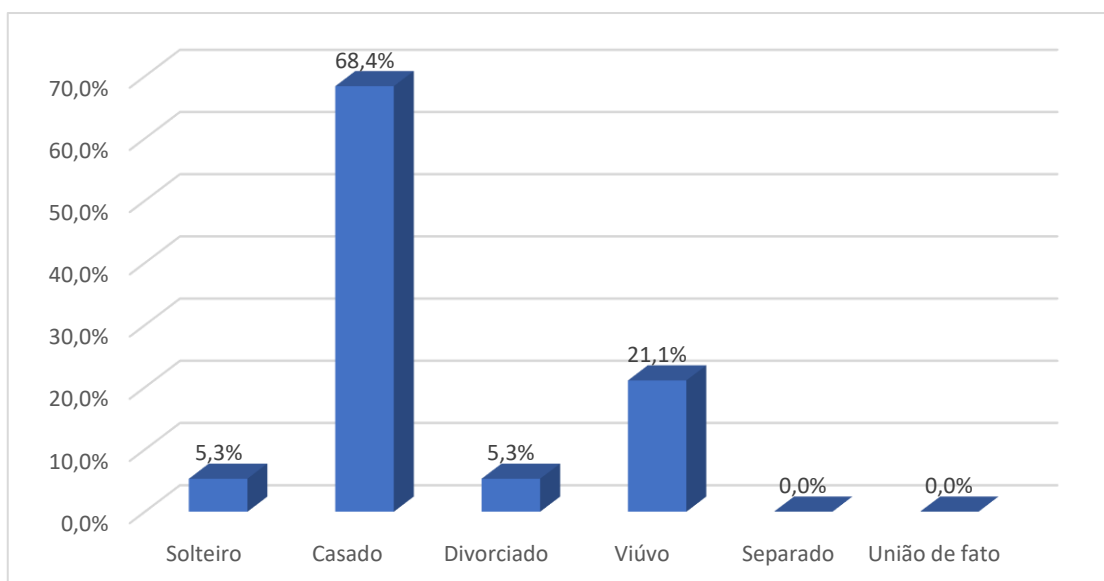


Gráfico 3 - Distribuição por Estado civil

Considerando o gráfico 4, relativo ao nível de habilitações literárias dos intervenientes no estudo, verifica-se que a maior parte dos indivíduos, 50% possuíam o 1º Ciclo; 39,5% detinham o 2º Ciclo do Ensino Básico; 2,6% tinham o 3º Ciclo do Ensino Básico; 2,6% o Secundário; 2,6% o ensino Superior e 2,6% um curso profissional.

No estudo conduzido por Oliveira (2016) da sua amostra, 11,1% são analfabetos, 53,1% referem ter o 1º ciclo de escolaridade e salienta-se que 82,7% tem 4 ou menos anos que escolaridade.

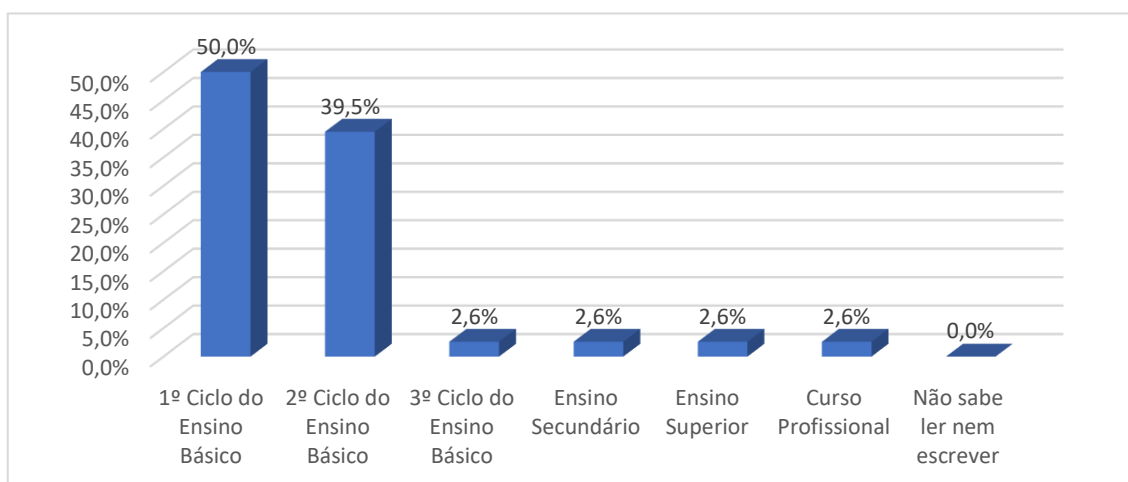


Gráfico 4- Habilitações literárias

No gráfico nº5, podemos verificar que a maior parte dos participantes são reformados (28 pessoas) correspondendo a uma percentagem de 73.7%. Os dados são concordantes, com um estudo conduzido por Salvado (2012) verificou-se que a grande percentagem dos indivíduos que fizeram parte da amostra eram reformados (n=78; 78%).

Em concordância também com o estudo de Oliveira (2016) onde a maioria dos inquiridos é reformado (74%).

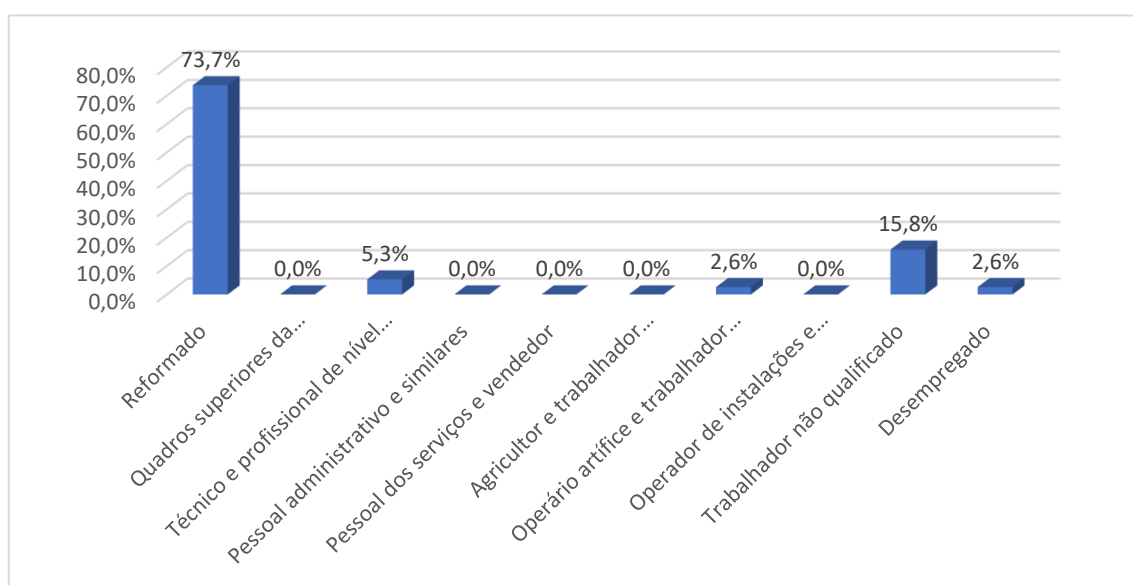


Gráfico 5- Atividade profissional

Pela análise do gráfico 6, verifica-se que 28.9% têm diabetes entre 6 anos a 10 anos; 26.3% entre 11 anos a 15 anos; 15.8% têm diabetes há mais de 20 anos. Apura-se também que 13.2% possuem diabetes entre 16 a 20 anos; 13.2% entre 1 a 5 anos e ainda que 2.6% tem diabetes há menos de 1 ano.

Os dados são discordantes de um estudo conduzido por Salvado (2012), onde a maioria, 61% dos indivíduos que fizeram parte da amostra apresentam uma evolução da doença entre 0 – 10 anos e 7% apresentam uma evolução da doença de mais de 30 anos.

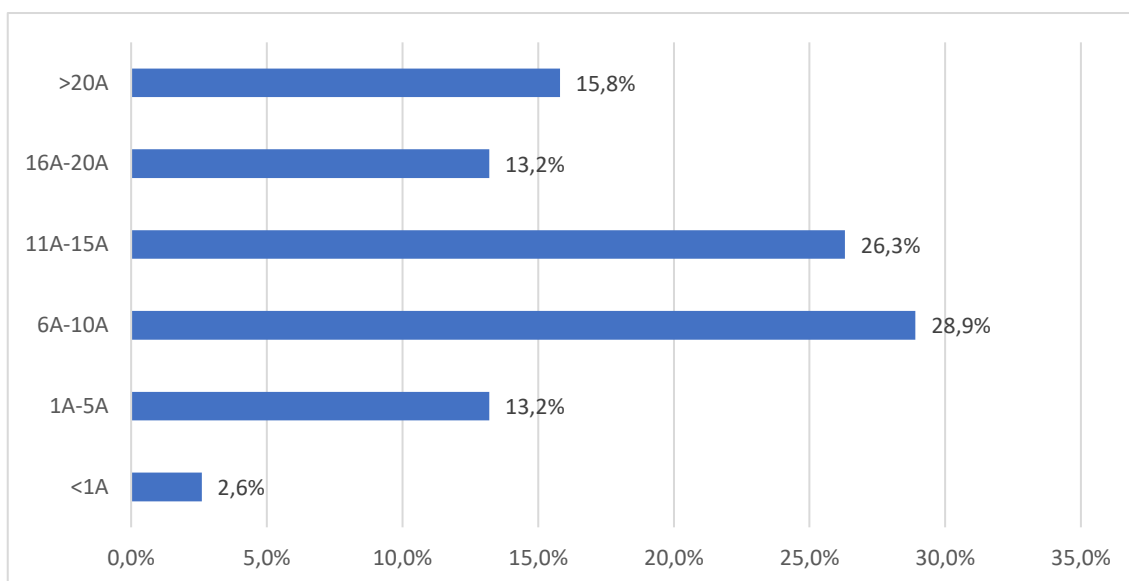


Gráfico 6 - Distribuição por Duração do diagnóstico de diabetes

No gráfico nº7 podemos verificar a terapêutica usada pelos participantes. 76.3% dos participantes utiliza os antidiabéticos orais; 21.1% utiliza antidiabéticos e insulina e apenas 2.6% utiliza a adequação do estilo de vida como terapêutica.

Comparando com Salvado (2012), em que a maioria dos indivíduos da sua amostra (75%), estavam medicados exclusivamente com antidiabéticos orais, 8% medicados com antidiabéticos orais e insulina e 17% faziam apenas insulina.

Os resultados do estudo de Oliveira (2016) relativamente ao tratamento farmacológico para a diabetes, 81% dos participantes usam antidiabéticos orais, 10% insulina exclusivamente e 9% fazem terapêutica mista (antidiabéticos orais e insulina).

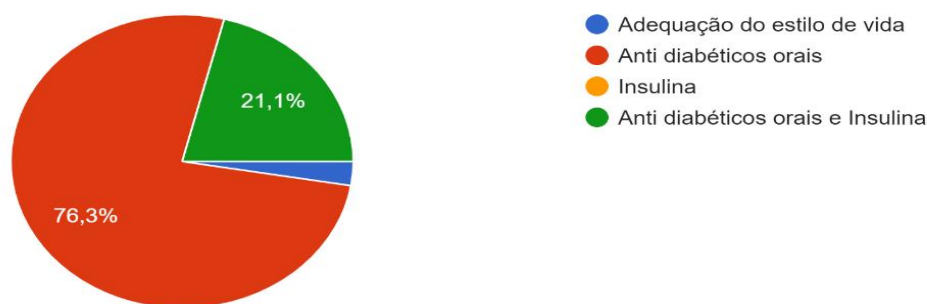


Gráfico 7 - Distribuição por terapêutica usada

No gráfico nº8 averiguamos que 84,2% dos participantes têm outras patologias associadas com a diabetes. Contrariamente no estudo de Oliveira (2016) verifica-se que 35,8% referem sofrer de outras patologias, enquanto 64,2% referem não sofrer de mais nenhuma patologia para além da diabetes.

Um estudo concretizado por Fontela (2014), menciona que a qualidade de vida dos portadores de diabetes apresenta um impacto negativo nas dimensões sociais, na sobrecarga e no constrangimento por possuir diabetes, acabando esta patologia por interferir na vida familiar e social.

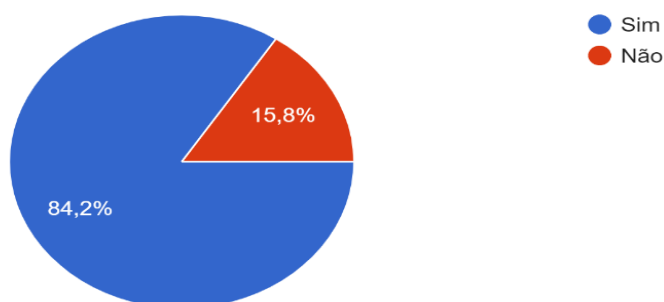


Gráfico 8 - Outras patologias associadas

Pela análise do Gráfico nº9, constata-se que 42.1% dos inquiridos apresentam complicações micro ou macro vasculares. Salvado (2012), no seu estudo teve os seguintes resultados 30% dos indivíduos apresentaram complicações da doença enquanto que 70% não apresentaram complicações associadas com a DM. Também Oliveira (2016) afirma que 27% dos inquiridos referiram já ter tido complicações e 73% referiram nunca ter tido qualquer tipo de complicações.

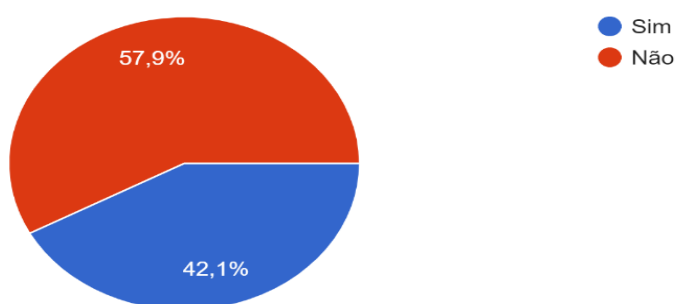


Gráfico 9 - Complicações micro e macro vasculares

No gráfico 10 verifica-se que 57.9% dos participantes (22) auto avaliam a glicemia e 42.1% (16) não avaliam.

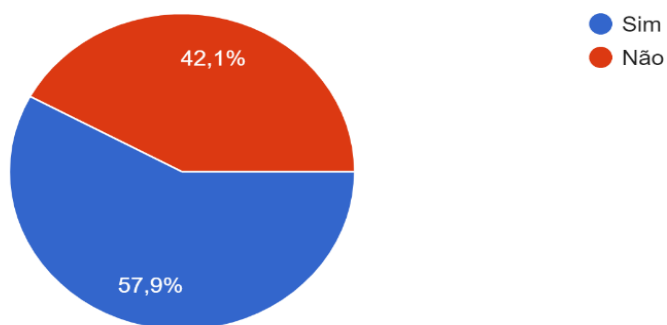


Gráfico 10 - Autoavaliação da glicemia

Caraterização da Escala de Atividades de Autocuidado na Pessoa com Diabetes

A segunda parte do Questionário, corresponde conforme referido anteriormente, à Escala de Atividades de Autocuidado na Pessoa com Diabetes e consentiu caraterizar a adesão às atividades de autocuidados por parte dos inquiridos, nos diferentes domínios, particularmente:

- Alimentação em geral (perguntas 1 a 3),
- Alimentação específica (perguntas 4 a 8),
- Atividade Física (perguntas 9 e 10),
- Monitorização da glicemia (perguntas 11 e 12),
- Cuidados com os pés (perguntas 13 a 15),
- Medicamentos (perguntas 16 a 18),
- Hábitos tabágicos (perguntas 19 a 21);

De acordo com a ADA (2012), existem sete comportamentos de autocuidado essenciais para as pessoas com diabetes: alimentação saudável, ser fisicamente ativo, monitorização da glicémia capilar, tomar a medicação prescrita, boa capacidade de resolução de problemas, habilidades de aquisição de hábitos de vida saudáveis e aquisição de comportamentos de redução de risco.

Alimentação Geral

Relativamente à alimentação geral dos inquiridos, a tabela nº1 encontra-se dividida em três questões referentes: “Em quantos dos últimos sete dias seguiu uma alimentação saudável?”; “Em média, no último mês, quantos dias por semana seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?”; “Em quantos dos últimos sete dias comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou vegetais (incluindo os da sopa)?”

Quanto à resposta destas 3 questões verifica-se que, em média, os inquiridos, nos 7 dias anteriores ao questionário, aderiram 4,8 dias ($\pm 2,3$) a uma alimentação saudável; em média, durante o último mês, os indivíduos aderiram 2,1 dias por semana ($\pm 2,8$) a um

plano alimentar recomendado por um profissional de saúde; e aderiram, em média, à ingestão de fruta e legumes 4,9 dias ($\pm 2,8$) na semana anterior ao questionário.

No estudo conduzido por Salvado (2012), os inquiridos aderiram 4,51 dias ($\pm 2,10$) a uma alimentação saudável; em média, os inquiridos, durante o último mês, aderiram 4,17 dias por semana ($\pm 2,45$) a um plano alimentar recomendado por um profissional de saúde e aderiram, em média, à ingestão de fruta e legumes 5,16 dias ($\pm 2,22$) na semana anterior ao questionário.

Já no estudo realizado por Eid et al (2018), em média os inquiridos seguiram uma alimentação saudável 5,0 dias ($\pm 2,2$); e aderiram, em média, à ingestão de fruta e legumes 4,9 dias ($\pm 2,2$) e aderiram, em média, à ingestão de fruta e legumes 1,3 dias ($\pm 2,4$) na semana anterior ao questionário.

Itens e fatores	M	DP
Alimentação geral		
Em quantos dos últimos sete dias seguiu uma alimentação saudável?	4,8	2,3
Em média, no último mês, quantos dias por semana seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	2,1	2,8
Em quantos dos últimos sete dias comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou vegetais (incluindo os da sopa)?	4,9	2,8
	3,9	2,6

Tabela 1 - Alimentação Geral

Alimentação específica

A tabela nº2, relativa à alimentação específica, dá resposta as seguintes 5 perguntas: “Em quantos dos últimos sete dias comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?”; “Em quantos dos últimos sete dias comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?”; “Em quantos dos últimos sete dias misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?”; “Em quantos dos últimos

sete dias consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?”; “Em quantos dos últimos sete dias adoçou as suas bebidas com açúcar?”

Observando a tabela nº2 verificamos que em média, houve um consumo de carnes vermelhas em 2,3 dias ($\pm 1,7$), na semana anterior ao questionário, resultado que vai de acordo com o estudo conduzido por Salvado (2012) que verifica que em média, houve um consumo de carnes vermelhas em 2,9 dias, na semana anterior ao questionário. Já no estudo de Eid et al (2018) em média foi consumido carnes vermelhas 2,8 dias ($\pm 2,4$) nos últimos sete dias.

Verifica-se também que em média, os inquiridos que ingeriram pão as refeições principais, em média, 3,5 dias ($\pm 3,1$). Salvado (2012) também verificou que os indivíduos que fizeram parte da amostra ingeriram pão ao almoço ou ao jantar, em média, 4,41 dias ($\pm 3,15$) por semana. Assim como Oliveira (2016) no seu estudo os inquiridos consumiram pão às refeições 3,3 ($\pm 3,2$) dias por semana.

É possível constatar que em média 2,1($\pm 2,2$) dias na última semana aquando do questionário os inquiridos misturaram mais de que um hidrato de carbono (HC) à refeição, que contrasta com os resultados de Salvado (2012) que em média os seus inquiridos misturavam dois ou mais HC 0,97($\pm 1,7$) dias por semana. Já Oliveira (2016) teve resultados, em relação a este parâmetro no seu estudo, de 4,7 ($\pm 2,1$) dias por semana.

Ainda na mesma tabela (nº2) é possível observar que em média 1,8 dias da semana os inquiridos ingerem mais de que um copo de bebidas alcoólicas à refeição, estes resultados entram em concordância com os de Salvado (2012) em que os seus inquiridos ingerem dois ou mais copos de qualquer tipo de bebida alcoólica às refeições principais, em média, 1,34 dias ($\pm 2,65$).

A APDP (2019) refere a importância de incluir alimentos ricos em fibra nas suas refeições, como o pão de mistura ou centeio, ou flocos de aveia, leguminosas (grão, feijão, ervilhas, favas, lentilhas) pois, permitem diminuir a glicemia após as refeições, reduzir os níveis de colesterol, aumentam a saciedade e auxiliam o bom funcionamento do intestino.

Itens e fatores	M	DP
Alimentação específica		
Em quantos dos últimos sete dias comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	2,3	1,7
Em quantos dos últimos sete dias comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	3,5	3,1
Em quantos dos últimos sete dias misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	2,1	2,2
Em quantos dos últimos sete dias consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	1,8	2,7
Em quantos dos últimos sete dias adoçou as suas bebidas com açúcar?	2,6	3,1
	2,5	2,6

Tabela 2 - Alimentação Específica

Atividade Física

A tabela nº3 apresenta os resultados às perguntas relacionadas com a atividade física, nomeadamente: “Em quantos dos últimos sete dias praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)”;

“Em quantos dos últimos sete dias participou numa sessão de exercício físico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?”

Pela análise da referida tabela, verifica-se que a adesão à prática de atividade física é baixa, sendo que na adesão à atividade física continua a média de adesão foi de 2,5 dias ($\pm 2,9$) e no exercício físico foi de 0,9 dias ($\pm 1,9$).

Salvado (2012) tem na primeira questão a média de adesão foi de 2,25 dias ($\pm 2,75$) e na segunda questão foi de 1,04 dias ($\pm 2,16$). Eid (2018) tem uma média na primeira pergunta 1,6 dias ($\pm 2,5$), já na segunda pergunta foi de 1,5 dias ($\pm 2,4$). Oliveira (2016) tem de

resultado na pergunta da atividade física de 1,8 ($\pm 2,6$) dias por semana e como resultado na pergunta do exercício físico de 0,3 ($\pm 1,0$) dias por semana.

ADA (2016) diz que o exercício melhora o controle da glicemia no diabetes tipo 2, reduz os fatores de risco cardiovascular, contribui para a perda de peso e melhora o bem-estar. O exercício regular pode prevenir ou retardar o desenvolvimento do diabetes tipo 2. Também a APDP (2019), alude aos benefícios do exercício físico com regularidade, num mínimo de 30 minutos diários, o qual irá cooperar para a redução da gordura visceral, diminuindo assim a resistência à insulina, aprimorando a ação da insulina no organismo do indivíduo.

Itens e fatores	M	DP
Atividade Física		
Em quantos dos últimos sete dias praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)	2,5	2,9
Em quantos dos últimos sete dias participou numa sessão de exercício físico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0,9	1,9
	1,7	2,4

Tabela 3 - Atividade física

Monitorização da glicemia

Na tabela nº4 observa-se os resultados as seguintes perguntas: “Em quantos dos últimos sete dias avaliou o açúcar no sangue?”; “Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue, pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?”

Podemos constatar pela análise da tabela supramencionada, que a adesão à monitorização da glicemia capilar dos indivíduos da amostra é baixa, pois os inquiridos apenas avaliam a sua glicemia capilar, em média, 2,4 dias ($\pm 2,9$) por semana.

Comparando com os estudos de Salvado (2012), os inquiridos destes apenas avaliam a sua glicemia capilar, em média, 3,55 dias ($\pm 3,05$) por semana. E no estudo de Oliveira (2016) os inquiridos avaliam a sua glicemia capilar, em média, 3,0 dias ($\pm 2,7$) por semana e foi recomendado avaliar a glicemia por um profissional de saúde 2,7 ($\pm 2,7$) dias por semana. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2019), o controlo apertado dos níveis de glicemia, através da frequente monitorização dos níveis glicémicos, associou-se uma diminuição da infeção.

Itens e fatores	M	DP
Monitorização da glicemia		
Em quantos dos últimos sete dias avaliou o açúcar no sangue?	2,4	2,9
Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue, pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	2,3	2,8
	2,4	2,9

Tabela 4 - Monitorização da glicemia

Autocuidado com os pés

Na tabela nº5 vemos as respostas as perguntas: “Em quantos dos últimos sete dias examinou os seus pés?”; “Em quantos dos últimos sete dias lavou os seus pés?”; “Em quantos dos últimos sete dias secou os espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar?”. Pela análise da tabela, podemos verificar que, em média, os inquiridos examinam os pés 4,6 dias ($\pm 2,9$) por semana.

Num estudo realizado por Salvado (2012) a adesão dos indivíduos da amostra, examinam os pés, em média, 3,06 dias ($\pm 2,74$) por semana. Já no estudo conduzido por Eid (2018) os inquiridos examinam os pés 5,5 dias ($\pm 2,7$) por semana. Na tabela 5 podemos ver que

os inquiridos aderem com frequência ao autocuidado de lavar e secar bem os pés indo de acordo com os outros estudos já referidos.

Itens e fatores	M	DP
Autocuidado com os pés		
Em quantos dos últimos sete dias examinou os seus pés?	4,6	2,9
Em quantos dos últimos sete dias lavou os seus pés?	6,5	1,1
Em quantos dos últimos sete dias secou os espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar?	5,9	1,9
	5,7	2

Tabela 5 – Autocuidado com os pés

Uso da medicação

Na tabela nº6 podemos ver os resultados das seguintes perguntas: “Em quantos dos últimos sete dias, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?”; “Em quantos dos últimos sete dias tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?”; “Em quantos dos últimos sete dias tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?”.

Pela observação da supramencionada tabela, constatamos que os inquiridos aderem corretamente à toma de medicação. Este resultado vai de acordo com o estudo conduzido por Eid (2018) em média os seus inquiridos tomam os medicamentos conforme indicado 6,7 dias (2,1) por semana e está em concordância com o mesmo estudo, em relação à toma do número indicado de comprimidos para a diabetes 6,5 dias (1,6) por semana.

No estudo conduzido por Oliveira (2016) os inquiridos tomaram os medicamentos da diabetes como indicado 6,6 (0.9) dias por semana. Já em relação à administração de insulina a média da adesão por dias da semana é baixa, o que pode ser explicado pois estes não necessitam de insulina.

Itens e fatores	M	DP
Uso da medicação		
Em quantos dos últimos sete dias, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	6,6	1,3
Em quantos dos últimos sete dias tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	1,3	2,8
Em quantos dos últimos sete dias tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	6,6	1,3
	4,8	1,8

Tabela 6 - Uso da medicação

Hábitos tabágicos

Relativamente aos “Hábitos tabágicos”, pela análise do gráfico 11, 92.1% (35) dos inquiridos afirma não ter fumado nos últimos 7 dias, enquanto que 7,9% apresenta hábitos tabágicos. Estes dados são consentâneos com os dados obtidos por Salvado (2012) também 92% dos indivíduos da sua amostra referiram não fumar no momento do questionário. Também Oliveira (2016), num estudo realizado relativamente aos hábitos tabágicos, verificou-se que 91,4% dos inquiridos não fumava.

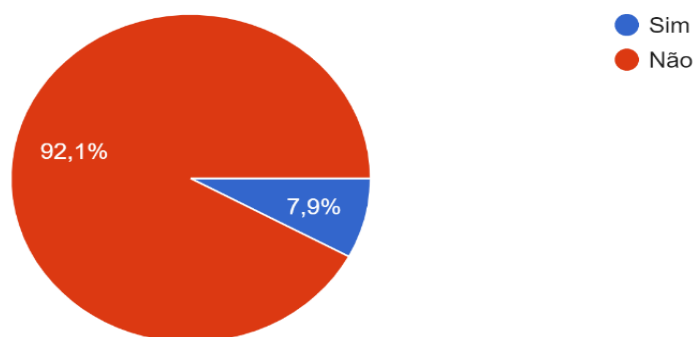


Gráfico 11 - Hábitos tabágicos

Pela análise do gráfico nº 12, observamos que 55.3% (21) dos inquiridos nunca fumaram; 34.2% (13) deixou de fumar há mais de dois anos; e 7.9% (3) fumaram no dia o seu último cigarro.

No estudo de Salgado (2012) 15 referiram não fumar há mais de 2 anos e 77 indivíduos referiram nunca ter fumado, já 8 teriam fumado no dia do questionário. Oliveira (2016) refere que 67,9% dos seus inquiridos nunca fumaram e 22,2% não fumam há dois ou mais anos.

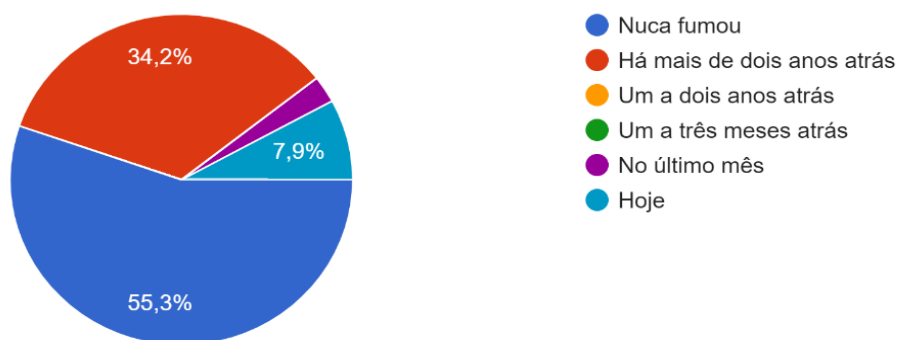


Gráfico 12-Último cigarro

2. Conclusões do estudo

Durante a realização deste trabalho e consulta de vários estudos acerca do tema diabetes foi possível verificar que uma alimentação saudável, prática de exercício físico com regularidade, o controlo da glicemia capilar, o cumprimento do regime medicamentoso e vigilância dos pés são essenciais para o controlo da doença e suas comorbidades.

Para a concretização deste estudo foram traçados objetivos gerais e específicos. Relativamente à caracterização do perfil sociodemográfico da pessoa portadora de Diabetes Mellitus tipo 2, do concelho do Porto concluiu-se que:

- Amostra composta maioritariamente por pessoas do género feminino (57,9%), com uma média de idade de 68 anos, na sua maioria com o 1º ciclo do Ensino Básico de escolaridade (50%), com a atividade profissional reformado (73,7%).
- Grande parte da amostra deste estudo (84,2%) afirma ter alguma patologia associada à diabetes.

Quanto à identificação de padrões de adesão às atividades de autocuidado, da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 do concelho do Porto concluiu-se que:

- Na “Alimentação geral”, apurou-se que os inquiridos seguem uma alimentação saudável, em média, 3,9 dias por semana, enquanto que na “Alimentação específica”, verificou-se uma adesão em média, de 2,5 dias por semana a este autocuidado. Identifica-se a necessidade de intervenção neste domínio de intervenção;
- Foi identificada uma baixa adesão na “Atividade física”, com uma média de 1,7 dias. Mais uma vez este domínio carece de intervenção.
- No parâmetro da “Monitorização da glicemia”, verificou-se que a grande parte dos inquiridos avalia a o nível do açúcar no sangue em média de 2,4 dias por semana;
- No “Cuidados com os pés”, conclui-se que este autocuidado tem uma boa adesão (em média, 5,7 dias);
- Apuramos uma adesão aos “Medicamentos”, em média de 4,8 dias por semana, o que pode ser explicado pela não necessidade do uso de insulina pois as outras duas perguntas referentes a toma de ADO’s têm uma média de 6,6 dias por semana.
- Constatou-se que a maioria dos inquiridos (92,1%) não fuma atualmente e, destes, a maioria nunca fumou.

Conclusão

A investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspetos da saúde que são de interesse para a Enfermagem (Vieira, 2015).

Assim, todo o processo de investigação constitui uma oportunidade bastante enriquecedora permitindo aprofundar conhecimentos teóricos e desenvolver novos conhecimentos no âmbito da investigação com um tema bastante pertinente e atual e, assim como desenvolver uma atitude crítico-reflexiva sobre o mesmo.

Com o intuito de integrar novas experiências e, de forma a concluir a unidade curricular Projeto de Graduação do 4º ano de Licenciatura de Enfermagem, do ano letivo 2018/2019, desenvolveu-se este trabalho, com um tema muito pertinente e importante para o desenvolvimento académico e profissional.

A diabetes mellitus é considerada uma síndrome metabólica que vem adquirindo ampla importância nos dias atuais. É uma doença crónica com elevados custos humanos sociais e económicos que se encontra em expansão, sendo de extrema importância travar a sua expansão e os seus custos, o que representa um desafio para profissionais e utentes que passa por programas de prevenção integrados na educação para a saúde, informação e formação.

Com a realização deste estudo desejou-se avaliar a importância da formação na diabetes para a adesão do doente diabético tipo 2 às suas atividades de autocuidado e verificar possíveis relações entre variáveis sociodemográficas e antecedentes pessoais com a adesão às atividades de autocuidado. O objetivo geral do estudo era avaliar a adesão ao autocuidado pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2”.

Das atividades de autocuidado avaliadas, as que obtiveram melhor média correspondem a toma de medicamentos para a diabetes, o autocuidado com os pés e as menores foram monitorização da glicemia e atividade física.

Neste sentido podemos inferir que educação da pessoa com diabetes é um pilar fundamental no seu tratamento, sendo fundamental informar e consciencializar a pessoa diabética para ser protagonista do seu tratamento, transferindo para si a responsabilidade do seu tratamento, numa perspetiva de o tornar mais autónomo.

Nesta perspetiva como sugestão, verifica-se a necessidade de criação programas educativos, que contribuam para aumentar a qualidade de vida do diabético, proporcionando-lhe os meios adequados para superar as suas limitações.

Este trabalho, como qualquer outro estudo de investigação, não esteve isento de dificuldades, e o facto de ter sido o primeiro trabalho de investigação realizado até ao momento acarretou um acréscimo destas, devido há inexperiência na área da investigação. E uma das dificuldades sentidas neste projeto foi o facto de esta investigação ocorrer em simultâneo com o Estágio de Integração Profissional tratando-se de dois acontecimentos que despendiam de um investimento muito grande por parte do investigador. Também foram sentidas outras dificuldades, como por exemplo, na definição de objetivos do estudo, variáveis e de questões de investigação, na análise dos dados e na elaboração das conclusões. No entanto, essas dificuldades foram ultrapassadas, e após o término do trabalho, penso que foram atingidos os objetivos a que me propus aquando a realização do mesmo.

No entanto como qualquer trabalho contribuiu para o desenvolvimento do gosto pela investigação, para o desenvolvimento de competências nesse mesmo âmbito e para o aprofundamento de conhecimentos sobre os temas abordados. Gostaria ainda de salientar que inserido num quadro futuro de evolução profissional e pessoal e atendendo ao facto de pretender vir a desenvolver novos estudos ou até nesta mesma investigação, mas com tempo mais alargado de forma a estudar uma amostra maior. É de salientar que as estratégias educacionais, comportamentais e motivacionais, utilizadas pelos enfermeiros,

surtirão efeito, se direcionadas ao doente e/ou família, devendo incluir, o esclarecimento sobre a sua patologia e a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis, reforçando a sua motivação.

Referências Bibliográficas

- Sociedade Portuguesa de Diabetologia , 2017. *Diabetes / Factos e Números 2015*. [Online]
Available at: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/03/15/diabetes-factos-e-numeros-2015/>
[Acedido em 2019].
- Alves, A. P. et al., 2014. Retinopatia em pacientes hipertensos e/ou diabéticos em uma unidade de saúde da família.
- American Diabetes Association, 2015. Standards of Medical Care in Diabetes.
- American Diabetes Association, 2019. Standards of Medical Care in Diabetes.
- Associação Protetora de Diabéticos de Portugal, 2019. *Controlo da Glicemia*. [Online]
Available at: <https://www.apdp.pt/diabetes/tratamento/controlo-da-glicemia>
[Acedido em 20 Janeiro 2019].
- Associação Protetora Diabéticos de Portugal, 2019. *Alimentação*. [Online]
Available at: <https://www.apdp.pt/diabetes/tratamento/alimentacao>
[Acedido em 20 Janeiro 2019].
- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2019. *Exercício Físico*. [Online]
Available at: <https://www.apdp.pt/diabetes/tratamento/exercicio-fisico>
[Acedido em 20 Janeiro 2019].
- Baquedano, I. et al., 2010. Fatores Relacionados ao Autocuidado de Pessoas com Diabetes Mellitus Atendidas em Serviço de Urgência no México..
- Bastos, F., 2012. A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico..
- Boavida, J. M. & al, e., 2012. Diabetes: Factos e Números 2011 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes..
- Cabral, M. & Silva, P., 2010. A adesão à terapêutica em Portugal.
- Conselho Internacional de Enfermeiros, 2017. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.
- Correr, C. & Otuk, M., 2011. Método clínico de atenção farmacêutica.

- Cortez, D. N. et al., 2015. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária.
- Coutinho, 2014. *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas Teoria e Prática*. 2ª ed. Coimbra: Almedina.
- Coutinho, C. P., 2013. *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas*. 2º ed. Coimbra: Edições Almedina.
- Direção Geral da Saúde, 2014. Atualização dos critérios de classificação e diagnóstico da diabetes mellitus.
- Direção-Geral da Saúde, 2017. PROGRAMA NACIONAL PARA A DIABETES.
- Direcção Geral da Saúde, 2011. Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus.
- Direcção Geral da Saúde, 2011. Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus.
- Faria, H. et al., 2014. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da estratégia saúde da Família..
- Ferrito, C., Nunes, L. & Carneiro, A. V., 2014. Intervenções de enfermagem à pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 em cuidados de saúde primários: elaboração de uma norma de orientação clínica.
- Fortin, M.-F., 2009. *O processo de investigação da concepção à realização*. s.l.:Lusociência.
- Freixo, M. J. V., 2011. *Metodologia Científica, Fundamentos, métodos e técnicas*. 3º ed. s.l.:Instituto Piaget.
- Garces, T. S. et al., 2018. TENDÊNCIA DE MORTALIDADE POR DIABETES MELLITUS.
- Gomes-Villas Boas, L. C. et al., 2011. ADESÃO À DIETA E AO EXERCÍCIO FÍSICO DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS.
- Guerra, M. T. B. P. F., 2012. EMPODERAMENTO DA PESSOA COM DIABETES TIPO 2.
- Hulley, S. B. et al., 2008. *Delineando a Pesquisa Clínica*. 3º ed. Porto Alegre: Artmed Editora.

- Longo, D. & al, e., 2011. Harrison's Principles of Internal Medicine..
- Neta, D. S. R., da Silva, A. R. V. & da Silva, G. R. F., 2015. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés.
- Oliveira, D. I. L. D., 2016. Adesão ao autocuidado da pessoa com diabetes mellitus tipo 2.
- Ordem dos Enfermeiros, 2009. Estabelecer parceria com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento.
- Phipps, W. J., Sands, J. K. & Marek, J. F., 2010. *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspetivas de Saúde e Doença*. 8º ed. Loures: Lusodidacta.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P., 2007. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. s.l.:Artmed Editora.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L., 2008. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*.. s.l.:Gradiva.
- Ramalho, S., 2009. Diabetes Mellitus: Uma Nova Abordagem na Terapêutica.
- Remondi, F. A., Cabrera, M. A. S. & de Souza, R. K. T., 2014. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais.
- Rodrigues, J. F. M., 2014. Hipoglicémia - Da Bioquímica à Clínica..
- Salvado, N., 2012. Adesão Terapêutica numa população diabética atendida na unidade de diabetes do Hospital Amanto Lusitano em Castelo Branco..
- Salvado, S. S., 2012. A EDUCAÇÃO NA PESSOA COM DIABETES TIPO 2 PARA A ADESÃO ÀS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F. & Lucio, M. D. P. B., 2013. *Metodologia de Pesquisa*. 5º ed. São Paulo: McGraw Hill.
- Silva, L. A., Santos, I., Guerra, G. M. & Tavares, C., 2015. Convivência de pessoas com diabetes ensino ao autocuidado visando à autonomia e bem-estar..
- Silva, S. V. et al., 2015. Auditoria clínica ao tratamento da Diabetes mellitus num serviço de Medicina Interna.

- Silvio, E. et al., 2012. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach..
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2015. Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicemia na Diabetes Tipo 2.
- Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, 2011. Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. Diabetes: uma abordagem global..
- Taylor, S. & Renpenning, K., 2011. Self-Care Science, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice..
- Vieira, S., 2009. *Conselhos para Diabéticos*. s.l.:Lusodidacta.
- World Health Organization, 2019. *Diabetes*. [Online] Available at: <https://www.who.int/diabetes/en/#> [Acedido em 22 Janeiro 2019].

Anexos

Anexo I

Questionário

Adesão ao Auto cuidado da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2

Este projeto destina-se à elaboração de um trabalho de investigação como parte integrante da obtenção do Grau de Licenciado em Enfermagem, da autoria de Pedro Silva, sob orientação da Profª Doutora Margarida Ferreira, da Universidade Fernando Pessoa. O presente estudo tem como objectivo identificar a adesão às actividades de auto cuidado da pessoa com diabetes Tipo II. As questões que se seguem deverão ser respondidas por sujeitos portadores de Diabetes Tipo II e que habitem na cidade do Porto. A participação no preenchimento é voluntária e em caso de desistência não ocorrerão quaisquer consequências para o participante. Os dados disponibilizados são confidenciais e anónimos e serão destruídos no final da investigação. O preenchimento demorará cerca de 10 minutos. O acesso aos dados e resultados só é possível pelos investigadores envolvidos, pelo que solicitamos a sua colaboração através do preenchimento do questionário que se segue. No presente inquérito não existem respostas certas ou erradas, visto ser relativo à sua experiência pessoal. Caso existam quaisquer questões adicionais sobre o estudo, deverão ser endereçadas para a morada de correio electrónico 34003@ufp.edu.pt. Obrigada pela sua colaboração.

*Obrigatório

Caracterização sócio-demográfica

1. Género *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Masculino
☐ Feminino

2. Idade

3. Grupo étnico

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Branco/Europeu
☐ Asiático
☐ Africano
☐ Indiano
☐ Outros

4. Estado Civil *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Solteiro
☐ Casado
☐ Divorciado
☐ Viúvo
☐ Separado
☐ União de facto

5. Habilitações literárias **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Não sabe ler nem escrever
- ☐ 1º Cido do Ensino Básico
- ☐ 2º Cido do Ensino Básico
- ☐ 3º Cido do Ensino Básico
- ☐ Secundário
- ☐ Ensino Superior
- ☐ Curso Profissional

6. Actividade Profissional **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Reformado
- ☐ Quadros superiores da administração pública, dirigente e quadros
- ☐ Técnico e profissional de nível intermédio de empresa
- ☐ Pessoal administrativo e similares
- ☐ Pessoal dos serviços e vendedor
- ☐ Agricultor e trabalhador qualificado da agricultura e pescas
- ☐ Operário artífice e trabalhador similar
- ☐ Operador de instalações e máquinas e trabalhador de montagem
- ☐ Trabalhador não qualificado
- ☐ Desempregado

Caracterização clínica

7. Duração do diagnóstico da diabetes *

8. Terapêutica da diabetes*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Adequação do estilo de vida
- ☐ Anti diabéticos orais
- ☐ Insulina
- ☐ Anti diabéticos orais e Insulina

9. Outras patologias **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não

10. Diagnóstico de complicações, micro e/ou macro vasculares, inerentes à diabetes: **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
☐ Não

11. Auto-avaliação da glicemia **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
☐ Não

Escala de Atividades de Auto-Cuidado na Pessoa com Diabetes

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

Alimentação

12. Em quantos dos últimos sete dias seguiu uma alimentação saudável? **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

13. Em média, no último mês, quantos dias por semana seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde? **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

14. Em quantos dos últimos sete dias comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou vegetais (incluindo os da sopa)? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

15. Em quantos dos últimos sete dias comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

16. Em quantos dos últimos sete dias comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

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

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

18. Em quantos dos últimos sete dias consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

19. Em quantos dos últimos sete dias adoçou as suas bebidas com açúcar? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

Actividade Física

20. Em quantos dos últimos sete dias praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade continua, inclusive andar) *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

21. Em quantos dos últimos sete dias participou numa sessão de exercício físico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

Monitorização da glicemia

22. Em quantos dos últimos sete dias avaliou o açúcar no sangue? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

23. Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue, pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

Cuidados com os pés

24. Em quantos dos últimos sete dias examinou os seus pés? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

25. Em quantos dos últimos sete dias lavou os seus pés? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

26. Em quantos dos últimos sete dias secou os espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

Medicamentos

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

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

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

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

29. Em quantos dos últimos sete dias tomou o número indicado de comprimidos da diabetes? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7

Hábitos tabágicos

30. Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos sete dias? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

31. Se sim, quantos cigarros fuma habitualmente, num dia? *

32. Quando fumou o seu último cigarro? *

Marcar apenas uma oval.

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

Com tecnologia

 Google Forms

Anexo II

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Exm^{o/a} Senhor/a Utente

O questionário anexo a este documento é parte integrante de um estudo com o título “A adesão ao Autocuidado da Pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2”, promovido por um Aluno da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa e que tem por objetivo caracterizar a população diabética em relação a adesão aos Autocuidados.

A sua colaboração neste estudo é voluntária. A sua opção de colaborar ou não no estudo não lhe acarreta prejuízos de quaisquer naturezas. Fica desde já garantida a confidencialidade e o anonimato da sua colaboração e respostas, nomeadamente porque o questionário não lhe solicita qualquer identificação.

Por favor, leia com atenção a seguinte “declaração”. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações (mail: 34003@ufp.edu.pt). Se concorda com esta proposta de colaboração, queira assinar este documento.

Pelo Grupo de Investigação:

DECLARAÇÃO

Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.

Nome:

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Anexo III

Pedido de autorização relativo ao Questionário AACD

Pedro Emanuel Lima Silva

Curso de Licenciatura de Enfermagem

Universidade Fernando Pessoa

Assunto: Autorização para utilização da Escala de Autocuidado com a Diabetes na sua versão traduzida e adaptada para português de Portugal.

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio autorizar a utilização da escala supracitada, conforme solicitado pelo Estudante Pedro Emanuel Lima Silva, para a sua utilização na monografia com o tema "Adesão da pessoa com diabetes Tipo II às Atividades de Autocuidado, na Cidade do Porto", sob a orientação da Professora Doutora Margarida Ferreira.

Mais informo que deve usar as referências da sua publicação na Acta Médica Portuguesa e na qual se encontra um erro na escala final, por repetição de um item e ausência de outro, conforme podem identificar nas restantes tabelas do artigo.

Coloco-me ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Ao dispor,

Porto, 5 de novembro de 2018

Fernanda Bastos

Fernanda Bastos, PhD, MSc, RN
Professora Adjunta
fernandabastos@esefp.pt
CIBES
Centro de Investigação e Desenvolvimento
em Sistemas de Informação em Enfermagem

Anexo IV

Aprovação da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa



Porto, 18 de Março de 2019

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de investigação de Pedro Emanuel Lima, intitulado "Adesão ao Autocuidado da Pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2", realizado no âmbito da Licenciatura em Enfermagem, considera o estudo pertinente com o título e objetivos concordantes.

Com os melhores cumprimentos,

Susana Teixeira Magalhães

Das Gegenbeispiel
ist
folgt
2.19



44230941 - Universidade de Coimbra (Instituto de Estudos) - 1 Faculdade de Ciências do Ambiente - Portugal - 3000-070 Coimbra - Portugal - +351 231 567 1000 - +351 231 536 8000 - geral@uec.ucp.pt
Faculdade de Ciências do Ambiente - 1 Instituto Superior de Estudos - 3000-070 Coimbra - Portugal - +351 231 567 1000 - +351 231 536 8000 - geral@uec.ucp.pt
+351 231 567 1000 - geral@uec.ucp.pt - 3000-070 Coimbra - Portugal - +351 231 567 1000 - +351 231 536 8000 - geral@uec.ucp.pt