

Rita Alexandra Fernandes Gonçalves da Costa

Adesão ao Regime Medicamentoso na Pessoa com Diabetes Mellitus

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019



Rita Alexandra Fernandes Gonçalves da Costa

Adesão ao Regime Medicamentoso na Pessoa com Diabetes Mellitus

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Rita Alexandra Fernandes Gonçalves da Costa

Adesão ao Regime Medicamentoso na Pessoa com Diabetes Mellitus

---

(Rita Alexandra Fernandes Gonçalves da Costa)

Projeto de Graduação, apresentado à Universidade  
Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para a  
obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

## Sumário

A Diabetes é uma doença crónica metabólica caracterizada por elevados níveis de glicose no sangue que ocorre quando o corpo se torna resistente à insulina ou não a produz suficiente.

Relativamente à adesão ao regime medicamentoso, é uma das áreas de prioritárias em saúde em que os enfermeiros devem focar-se na promoção e prevenção da saúde fundamentando as suas intervenções baseadas em evidência científica.

Neste sentido, os objetivos delineados foram: identificar se a pessoa portadora de diabetes mellitus se esquece de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes; identificar se a pessoa portadora de diabetes mellitus é descuidada com as horas de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes; identificar se a pessoa portadora de diabetes mellitus deixa de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes, por sua iniciativa, por se ter sentido melhor; identificar se a pessoa portadora de diabetes mellitus deixa de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes, por sua iniciativa, por se ter sentido pior; identificar se a pessoa portadora de diabetes mellitus toma os comprimidos / aplica a insulina para a diabetes em dose superior à prescrita, por sua iniciativa, por se ter sentido pior; identificar se a pessoa portadora de diabetes mellitus interrompe a toma dos comprimidos / aplica a insulina para a diabetes por ter deixado acabar os medicamentos e identificar se a pessoa portadora de diabetes mellitus deixou de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes por alguma razão que não a indicação do médico.

Tratou-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal que pretende verificar se existe adesão ao regime medicamentoso. A população foi composta por todas as pessoas adultas e idosas, com diabetes mellitus, do grande Porto, não institucionalizados. A técnica de amostragem utilizada foi Bola de Neve, na qual os indivíduos para incluírem a nossa amostra convidam novos participantes da sua rede de amigos e conhecidos. A amostra vai crescendo à medida que os indivíduos selecionados convidam novos participantes. Foram critérios de inclusão ter DM diagnosticada, residir no grande Porto, participar voluntariamente do estudo e ter capacidade cognitiva preservada para

responder ao questionário. Para avaliar o nível de adesão ao regime medicamentoso dos indivíduos, aplicou-se o instrumento Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), desenvolvido e validado para a população portuguesa por Delgado e Lima em 2001.

Os resultados obtidos neste estudo demonstraram que os adultos e os idosos aderem ao regime medicamentoso.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; Adesão ao regime medicamentoso; Adultos.

## Abstract

Diabetes is a metabolic chronic disease characterized for high levels of glucose in the blood system; this occurs when the body becomes resistant to insulin or when it doesn't produce enough.

When speaking about the adherence to the drug regimen, this is one of the priority health areas that nurses should be focused on promoting and preventing, doing their interventions based on scientific evidences.

Therefore, the objectives outlined are to understand if: the person with diabetes mellitus forgets to take the pills/insulin for diabetes, if the person with diabetes is careless with the timing of taking the pills/insulin for diabetes, if the person with diabetes stops taking the drugs or insulin for diabetes in order to feel better, if the person with diabetes stops taking the drugs or insulin for diabetes in order to feel worse, if the person with diabetes takes (by own initiative) the pills or insulin in higher doses, if the person with diabetes stops taking the pills or insulin because they let it end, if the person with diabetes stopped taking pills or insulin for diabetes for some reason other than the doctor's recommendation.

This was a descriptive, quantitative and cross - sectional study that meant to verify if there was an adherence to the drug regimen by the interviewed. The population was composed by adults and elderly people with diabetes mellitus (not institutionalized), from the Porto district. The sampling technique used was the Snowball, in which individuals included in our sample invited new participants from their network of friends and surroundings; as so, the sample grew. The included criteria are diagnosed with DM, lives in Porto district, and also voluntarily participated in the study; all confirmed to have a preserved cognitive capacity to respond to the questionnaire.

In order to evaluate the level of adherence to the drug regimen in individuals, the instrument “Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)” - developed and validated for the Portuguese population by Delgado and Lima in 2001 - was applied.

The results obtained in this study demonstrated that adults and the elderly are adhere to the drug regimen.

Keywords: Diabetes mellitus; Adherence to the drug regimen; Adults.



## Agradecimentos

Em primeiro lugar queria agradecer ao meu orientador de Projeto de Investigação, Professor Doutor José Manuel dos Santos, por toda disponibilidade, incentivo, atenção e motivação para a realização do mesmo.

Aos meus amigos que me acompanharam nesta etapa agradeço a força, a motivação, a compreensão, o reforço positivo e o carinho que sempre demonstraram e por terem estado sempre presentes, nos bons e nos maus momentos da minha vida.

Ao meu namorado pela paciência que tem para aturar o meu mau feitio, por nunca duvidar das minhas capacidades, pelo apoio incondicional e por todo amor, carinho e compreensão que foram essenciais durante todo o percurso.

Por último, agradeço à minha família cujos apoio incondicional, carinho, motivação, paciência e compreensão foram essenciais para a conclusão desta etapa.

*“O trágico na vida não é o objetivo inatingível.*

*Trágico é não ter um objetivo a atingir.”*

*Benjamim Mays*

## Índice

Introdução .....	16
I. Fase Concetual .....	18
1. Problema de investigação .....	18
2. Revisão da literatura .....	20
i. Diabetes Mellitus .....	21
ii. Adesão ao Regime Medicamentoso .....	26
iii. Papel do Enfermeiro na Adesão ao Regime medicamentoso .....	28
3. Objetivos de investigação .....	31
II. Fase Metodológica .....	33
1. Desenho de investigação .....	33
i. Tipo de estudo .....	33
ii. População, amostra e processo de amostragem .....	34
iii. Variáveis em estudo .....	36
iv. Instrumento de recolha de dados e Pré teste .....	37
v. Tratamento e apresentação dos dados .....	38
vi. Princípios Éticos .....	39
III. Fase Empírica .....	41

1. Apresentação dos dados .....	41
2. Análise, discussão e conclusões dos resultados .....	53
IV. Conclusão .....	58
Referências Bibliográficas.....	60

## Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição de frequências relativas e absolutas do gênero.....	41
Gráfico 2- Distribuição de frequências relativas e absolutas das idades .....	42
Gráfico 3- Distribuição de frequências relativas e absolutas da atividade profissional .	43
Gráfico 4- Distribuição de frequências relativas e absolutas da escolaridade.....	43
Gráfico 5- Distribuição de frequências relativas e absolutas do estado civil .....	44
Gráfico 6- Distribuição de frequências relativas e absolutas do local de residência.....	44
Gráfico 7- Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão “Com quem vive?” .....	45
Gráfico 8- Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão “Tem Diabetes de que tipo? .....	45
Gráfico 9- Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão “Que tipo de tratamento faz para a Diabetes?” .....	46
Gráfico 10- Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão “Tem ou já teve alguma complicação devido à Diabetes?” .....	46
Gráfico 11- Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão “Alguma vez se esqueceu de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes?.....	47
Gráfico 12- Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão” Alguma vez foi descuidado com as horas de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes?” .....	48
Gráfico 13- Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão “Alguma vez deixou de tomar os comprimidos/insulina para a diabetes, por sua iniciativa, por se ter sentido melhor?” .....	49
Gráfico 14- Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão “Alguma vez deixou de tomar os comprimidos/insulina para a diabetes, por sua iniciativa, por se ter sentido pior?” .....	50

Gráfico 15- Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão “Alguma vez tomou os comprimidos/insulina para a diabetes em dose superior à prescrita, por sua iniciativa, por se ter sentido pior?” ..... 51

Gráfico 16- Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão” Alguma vez interrompeu a toma dos comprimidos/insulina para a diabetes por ter deixado acabar os medicamentos?”..... 52

Gráfico 17- Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão” alguma vez deixou de tomar os comprimidos/ aplicar insulina para a diabetes por alguma razão que não a indicação do médico?” ..... 53

## Lista de Siglas

ARS-Administração Regional de Saúde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

B-ON- Biblioteca do Conhecimento Online

DM- Diabetes Mellitus

EAM- Enfarte Agudo Miocárdio

MAT- Medida de Adesão ao Tratamento

OMS- Organização Mundial de Saúde

RCAAP- Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

Scielo- Scientific Electronic Libray Online

## 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. Esta investigação teve início em novembro de 2018, altura na qual decorria o ensino clínico de Enfermagem de Urgência e Emergência, e terminou em junho de 2019 sendo entregue à universidade e tendo sido defendida posteriormente no mês seguinte.

Qualquer trabalho de investigação que é proposto realizar assenta em motivações pessoais e académicas por parte do investigador, assim também este se revestiu de tais. 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 caráter. Relativamente às motivações pessoais, e apesar de advirem das académicas, estas tiveram por base o ensino clínico de Enfermagem Médica II que consciencializaram a investigadora para este foco de atenção, suscitando-lhe interesse. Pois, trata-se de um tema que deve ser alvo de estratégias de prevenção de forma a evitar repercussões graves a longo prazo na saúde da população.

Segundo Fortin (2009), a investigação científica é um processo 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 duma investigação.

Deste modo, a investigação em enfermagem tem como objetivo desenvolver conhecimentos sobre os temas de importância para a Enfermagem, incluindo a prática, o ensino e a administração e gestão em Enfermagem.

O tema abordado nesta investigação foi a adesão ao regime medicamentoso na Pessoa com Diabetes Mellitus. O interesse em abordar esta temática surgiu por se tratar de um tema atual que suscita alguma preocupação, pois dados fornecidos pela Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 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. O impacto do envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa (20-79 anos) refletiu-se num aumento de 1,6 pontos percentuais (p.p.) da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2015, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5%.

Posto isto, e após uma aprofundada revisão de literatura através de pesquisa na internet, de artigos científicos, teses, dissertações e livros presentes em bibliotecas físicas e virtuais, surgiu como objetivo geral da investigação: Identificar o nível de adesão ao regime medicamentoso na Pessoa com Diabetes Mellitus.

Para este estudo optou-se pela metodologia descritiva, transversal, com uma abordagem quantitativa. Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um questionário aplicado a uma amostra de 30 adultos, com idade superior a 18, e residentes no Porto. Após a recolha, os dados foram devidamente tratados no programa Google Formulários.

Este estudo está 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.

## I. Fase Concetual

Segundo Fortin (2009), esta fase começa quando o investigador trabalha na ideia para orientar a sua investigação e no seu decorrer elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso para poder chegar a uma conceção clara do problema. A fase concetual sustém uma grande importância, sendo uma fase crucial uma vez que a análise de uma situação problemática necessita de uma questão de investigação bem depurada.

### 1. Problema de investigação

Para Fortin (2009) o problema de investigação é uma situação que necessita de uma elucidação ou de uma modificação podendo ser considerada como problemática quando há um desvio entre uma situação julgada insatisfatória e uma situação desejável.

Para a mesma autora, esta é uma das etapas chave do processo de investigação e situa-se no centro da fase conceptual (Fortin, 2009)

De acordo com o que foi referido surgiu a problemática em estudo: Adesão ao regime medicamentoso na Pessoa com Diabetes Mellitus.

#### i. Domínio da investigação

Para Fortin (2009), o tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação com o objetivo de aumentar os seus conhecimentos.

Neste estudo, o domínio da investigação é a Adesão ao Regime medicamentoso na Pessoa com Diabetes Mellitus.

#### ii. Questão pivô e questões de investigação

Fortin (2009, p.72) afirma que: “Uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe.” É constituída por um enunciado interrogativo claro e não equívoco que necessita dos conceitos-chaves, especificar a população alvo e sugere uma investigação empírica (Fortin, 2009, p.72).

De acordo com Ribeiro (2010, p.34), “(...) a questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação (...)”.

De acordo com Hulley (2008, p.35), uma questão de investigação “(...) é a incerteza que o investigador pretende resolver sobre algo na população, realizando aferições nos sujeitos do estudo (...)”.

Segundo Fortin (2009, p.51), “As questões pivô correspondem a níveis de conhecimentos no domínio em estudo.”

Fortin (2009, p.73) afirma ainda que “As questões pivô são interrogações simples que precedem o domínio no enunciado da questão e a direção que será dada à investigação”.

Desta forma, foi delineada a seguinte questão pivô, à qual se pretendia obter resposta no final do estudo: Qual será a adesão ao regime medicamentoso na Pessoa com Diabetes Mellitus do Grande Porto?

Neste âmbito, foram definidas as seguintes questões de investigação:

- Será que a pessoa portadora de diabetes mellitus se esquece de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes?
- Será que a pessoa portadora de diabetes mellitus é descuidada com as horas de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes?
- Será que a pessoa portadora de diabetes mellitus deixa de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes, por sua iniciativa, por se ter sentido melhor?

- Será que a pessoa portadora de diabetes mellitus deixa de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes, por sua iniciativa, por se ter sentido pior?
- Será que a pessoa portadora de diabetes mellitus toma os comprimidos / aplica a insulina para a diabetes em dose superior à prescrita, por sua iniciativa, por se ter sentido pior?
- Será que a pessoa portadora de diabetes mellitus interrompe a toma dos comprimidos / aplica a insulina para a diabetes por ter deixado acabar os medicamentos?
- Será que a pessoa portadora de diabetes mellitus deixou de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes por alguma razão que não a indicação do médico?

## 2. Revisão da literatura

Para Fortin (2009, p.74), 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, p.87) afirma, ainda, que 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 um dado tema, das suas lacunas e contribuição da investigação para o desenvolvimento do saber. Esta pode ser mais ou menos abundante, segundo a complexidade do tema.

Deste modo, procurando situar o estudo num contexto teórico e específico utilizou-se, para tal, a literatura científica indexada nas bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Repositórios científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), Biblioteca de conhecimento online (B-ON) e Repositório institucional da Universidade Fernando Pessoa utilizando-se as palavras-chave: Enfermagem, diabetes mellitus e adesão ao regime medicamentoso, usando diversas combinações. Também se recorreu a livros e trabalhos científicos nomeadamente artigos de revisão.

## 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). A sua prevalência tem sempre vindo a aumentar, sendo atualmente considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a pandemia do século XXI, com previsões de poder atingir, nos próximos 20 anos, mais de 20% da população mundial (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Assim, a Diabetes é uma das principais causas de morte, principalmente por implicar um risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral. Além do sofrimento humano que as complicações relacionadas com a doença causam nas pessoas com Diabetes e nos seus familiares, os seus custos económicos são enormes. Estes custos incluem os cuidados de saúde, a perda de rendimentos e os custos económicos para a sociedade em geral, a perda de produtividade e os custos associados às oportunidades perdidas para o desenvolvimento económico. Um deficiente controlo metabólico nas crianças pode resultar em défice de desenvolvimento, assim como na ocorrência tanto de hipoglicemias graves, como de hiperglicemia crónica e em internamentos hospitalares. As crianças são mais sensíveis à falta de insulina do que os adultos e estão em maior risco de desenvolvimento rápido e dramático da cetoacidose diabética (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

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 e estima-se a existência de entre 591 a 699 novos casos de Diabetes por cada 100 000 habitantes (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

Para a American Diabetes Association (2014), a diabetes é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia devido aos defeitos da excreção da insulina, ação da insulina ou de ambas. A hiperglicemia crónica está associada a disfunção e insuficiência de diferentes órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos

O diagnóstico de diabetes é feito com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população em geral: Glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dl ou Sintomas clássicos + glicemia ocasional  $\geq 200$  mg/dl ou Glicemia  $\geq 200$  mg/dl às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose ou Hemoglobina glicada A1c (HbA1c)  $\geq 6,5\%$  (Direcção Geral da Saúde, 2011).

A diabetes mellitus pode apresentar sintomas característicos tais como sede, poliúria, visão turva e perda de peso. Em casos mais graves, pode desenvolver-se cetoacidose ou um estado hiperosmolar não-cetónico que pode conduzir a letargia, coma e, na ausência de tratamento adequado, 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, 2016).

Para a Direcção Geral da Saúde (2011) a classificação da diabetes estabelece a existência de quatro tipos clínicos, etiologicamente distintos: Diabetes tipo 1; Diabetes tipo 2; Diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes.

A diabetes tipo 1 resulta da destruição das células  $\beta$  dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, com insulinopenia absoluta, passando a insulino-terapia a ser indispensável para assegurar a sobrevivência. Na maioria dos casos, a destruição das células dá-se por um mecanismo autoimune, pelo que se denomina diabetes tipo 1 autoimune. Nalguns casos não se consegue documentar a existência do processo imunológico, passando nestes casos a ser denominar se por diabetes tipo 1 idiopática (Direcção Geral da Saúde, 2011).

Segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2015), a Diabetes tipo 1 nas crianças e nos jovens em Portugal atingia 3 327 indivíduos com idades entre 0-19 anos, o que corresponde a 0,16% da população portuguesa neste escalão etário, número que se têm mantido estável nos últimos anos e foram detetados 13,3 novos casos de Diabetes tipo 1 por cada 100 000 jovens com idades compreendidas entre os 0-14 anos, sendo este valor bastante inferior aos valores registados na última década.

A diabetes tipo 2 é a forma mais frequente de diabetes, resultando da existência de insulinopenia relativa, com maior ou menor grau de insulinorresistência. 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 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).

De acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2015), a prevalência da Diabetes Gestacional em 2015 foi de 7,2% da população parturiente do Serviço Nacional de Saúde, registando um acréscimo significativo do número absoluto de casos registados, comparativamente ao ano anterior tendo-se verificado ainda um aumento da prevalência da diabetes gestacional com a idade das parturientes, atingindo os 15,9% nas mulheres com idade superior a 40 anos.

Os outros tipos específicos de diabetes correspondem a situações em que a diabetes é consequência de um processo etiopatogénico identificado, como: defeitos genéticos da célula  $\beta$ ; defeitos genéticos na ação da insulina; doenças do pâncreas exócrino; endocrinopatias diversas e diabetes induzida por químicos ou fármacos (Direcção Geral da Saúde, 2011).

Segundo o Programa Nacional para a Diabetes (2017), as principais complicações crónicas afetam vários órgãos do organismo nomeadamente no Pé, no Rim e no Olho (complicações microvasculares) assim como causar complicações macro vasculares, que podem conduzir ao Enfarte agudo do miocárdio (EAM) e ao Acidente Vascular Cerebral (AVC).

A neuropatia diabética, caracterizada por conhecidas alterações sensitivas e vasculares periféricas, é responsável pelo risco acrescido de ulceração e amputação posterior, ao ponto de a DM ser a principal causa de amputação não traumática de membros inferiores (Entidade Reguladora da Saúde, 2011).

Estima-se que cerca de 25% de todas as pessoas com diabetes tenha condições favoráveis ao aparecimento de lesões nos pés, nomeadamente pela presença de neuropatia sensitivo-motora e de doença vascular aterosclerótica. As lesões que atinjam preferencialmente os nervos ou vasos irão condicionar o aparecimento de um pé neuropático ou de um pé neuro isquémico. O diagnóstico diferencial destas duas entidades clínicas é fundamental para a abordagem correta do pé diabético. Estima-se, ainda, que em Portugal possam ocorrer anualmente 1600 amputações não traumáticas dos membros inferiores. Um esforço acrescido do membro remanescente conduzirá a problemas a curto prazo, quer se tenha ou não provido de prótese o membro amputado. Decorridos cinco anos sobre a primeira amputação, mais de metade dos casos terão sofrido amputação contralateral. A evidência demonstra que o rastreio sistemático do pé diabético leva à diminuição acentuada do número de amputações dos membros inferiores, obtendo-se evidentes ganhos de saúde e de qualidade de vida (Direcção Geral da Saúde, 2011).

São várias as alterações oculares na pessoa com diabetes: retinopatia diabética, cataratas, glaucoma, neuropatia (dos nervos oculomotores e nervo ótico) e alterações transitórias da refração. Destas, irei apenas salientar a retinopatia pelo facto de esta ser a complicação mais comum nos doentes que padecem desta patologia. A retinopatia diabética é uma das principais causas de diminuição da acuidade visual e principal causa de cegueira em adultos. Muitos doentes permanecem assintomáticos até estádios avançados da retinopatia. A sua progressão pode ser rápida, e o seu tratamento através da fotocoagulação tem-se mostrado eficaz na melhoria dos sintomas e na redução da progressão (Henriques, et al., 2015).

As alterações na função e estrutura renais ocorrem precocemente na Diabetes, sendo possível, atualmente, fazer-se o diagnóstico precoce da nefropatia diabética pela deteção da microalbuminúria, considerando-se existir quando a taxa de excreção urinária de albumina for superior a 20 µg/min ou 30 mg/24h e igual ou inferior a 200 µg/min ou 300



mg/24h. Sendo a microalbuminúria um sinal precoce da repercussão renal da Diabetes Mellitus, salienta-se a importância de se proceder a adequados controlos metabólicos e da pressão arterial, dado que estes são fatores determinantes na progressão para nefropatia clínica (Direcção Geral da Saúde , 2011).

A nefropatia é uma das maiores causas de morbilidade e mortalidade em ambos os tipos de diabetes, atingindo cerca de 20 a 50% das pessoas com diabetes. Há evidência da efetividade da prevenção na progressão da nefropatia diabética. O rastreio sistemático e tratamento precoces da nefropatia diabética são um imperativo clínico, no sentido de se assegurar a reversibilidade ou o retardamento da história natural da doença, que pode culminar na insuficiência renal terminal (Direcção Geral da Saúde , 2011).

O tratamento medicamentoso do DM é complexo e pode envolver diferentes fármacos com múltiplas dosagens, bem como aplicações diárias de insulina exógena. As taxas de adesão, em geral, variam de 31 a 98% e há evidências de que quanto mais complexo o regime terapêutico menor a adesão (Villas-Boas, et al., 2014).

Segundo o Guia farmacológico para Enfermeiros (2016), a insulina é usada no controlo da diabetes mellitus tipo 1 podendo também ser usada na diabetes mellitus tipo 2 quando o regime alimentar e / ou a terapêutica oral com hipoglicemiantes é insuficiente para obter os valores desejados. Os hipoglicemiantes orais são apenas administrados em diabetes mellitus tipo 2 sendo usados quando o regime alimentar, por si só, não é suficiente para controlar os valores glicémicos ou os sintomas ou quando os doentes são incapazes de usar insulina (Vallerand, et al., 2016).

Desse modo, a literatura tem mostrado que a adesão ao uso da insulina é menor do que a adesão ao uso de antidiabéticos orais, com taxas entre 36 e 80% e de 46,4 a 86%, respetivamente. Isso também sugere que os comportamentos de adesão podem não possuir relação entre si, ou seja, as pessoas podem aderir a um aspeto do tratamento, mas não aderir a outro (Villas-Boas, et al., 2014).

No tratamento farmacológico da diabetes tipo 2, a metformina é o fármaco de eleição, em especial nas pessoas com obesidade ou com sobrecarga ponderal sendo a prescrição

da dose gradual e progressiva, de modo a minimizar os efeitos adversos, principalmente gastrointestinais. O objetivo principal deve ser o controlo da hiperglicemia, atingindo um valor de hemoglobina glicosilada (HbA1C) < 6,5 % (Direcção Geral da Saúde, 2011).

A insulina é uma hormona produzida pelo pâncreas que provoca uma diminuição da glicemia através do aumento do transporte da glicose para as células e da promoção da conversão da glicose em glicogénio e, bem como a conversão dos aminoácidos em proteínas no tecido muscular, estimula a produção de triglicérideos e inibe a libertação de ácidos gordos livres (Vallerand, et al., 2016).

Nos doentes com Diabetes o objetivo da terapêutica é fornecer uma cobertura com insulina que se assemelhe o mais possível à produção de insulina endógena e que esta resulte no melhor controlo glicémico sem hipoglicemias. As insulinas diferem na rapidez de absorção, o tempo até atingir o pico de atividade e a sua duração global existindo 5 tipos de insulina: ação rápida, ação curta, ação intermédia, ação prolongada e misturas (Vallerand, et al., 2016).

## ii. Adesão ao Regime Medicamentoso

Conforme a Classificação para a Prática de Enfermagem (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 (Faria, et al., 2014).

Assim, para Catela e Amendoeira (2010), a adesão ao regime terapêutico, em enfermagem, é um conceito que engloba não só o cumprimento da prescrição farmacológica, mas também os comportamentos promotores de saúde, pelo que o enfermeiro deve compreender como o regime terapêutico se relaciona com a vida do doente.

No contexto das doenças crônicas, em que as pessoas e seus familiares são responsáveis pela maior parte dos cuidados, a adesão deve ser vista como uma atividade conjunta, na qual a pessoa não somente obedece às orientações médicas, mas entende, concorda e adota o regime prescrito (Villas-Boas, et al., 2014).

O regime terapêutico, por si só, não é uma medida suficiente para a melhoria do estado de saúde. Devem associar-se sempre as indicações e prescrições médicas a um estilo de vida saudável. Para que o regime terapêutico seja apropriado e surta efeito é necessário que haja uma correta adesão ao tratamento na sua totalidade (Vieira & Santos, 2010).

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).

Assim, para uma gestão eficaz do regime terapêutico duas condições são necessárias: a cognição e a volição. A cognição é um processo intelectual que compreende a percepção, pensamento, raciocínio e memória, importantes para manter e abandonar ações e tem em conta o conhecimento da pessoa (Bastos, 2012). A volição é um processo psicológico, segundo o qual a pessoa cria um modelo mental que integra as suas orientações e opiniões acerca dos assuntos, tem por base a intenção consciente para agir e realizar ou modificar determinado comportamento, frequentemente representado pela “força de vontade: disposição para manter e abandonar ações, controlar ou não impulsos, tendo em conta o desejo, as intenções e as tendências” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2017).

Ao avaliar a adesão terapêutica do doente podem-se perceber 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. Muitos elementos podem influenciar a adesão do doente ao tratamento, entre eles o acesso aos medicamentos, as condições socioeconómicas e culturais, o conhecimento sobre os medicamentos, a capacidade cognitiva, a complexidade da farmacoterapia, os aspetos religiosos, as expectativas e os medos ligados ao tratamento, entre outros. A baixa adesão ocorre quando o doente não adere apropriadamente à farmacoterapia 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 de tomar o medicamento; o medicamento ser administrado incorretamente. 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 adesões involuntárias podem ser utilizados calendários, porta comprimidos, alarmes, entre outros recursos voltados a ajudar o doente na rotina de uso de medicamentos (Correr & Otuk, 2011).

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).

### iii. Papel do Enfermeiro na Adesão ao Regime medicamentoso

A Enfermagem enquanto profissão tem um reconhecido papel nos cuidados à doença crónica, na implementação de políticas de saúde, e no envolvimento com a comunidade, nomeadamente “os enfermeiros têm estado na linha da frente da prática em termos de: facultar informações e educação ao doente; estabelecer relações com os doentes, cuidadores e comunidades; disponibilizar continuidade de cuidados; utilizar tecnologia para fazer avançar a prestação dos cuidados, apoiar a adesão a terapêuticas a longo prazo; e promover a prática colaborativa” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2017).

A contribuição do enfermeiro no contexto das doenças crônicas depende primeiramente de uma sólida formação, que favoreça o exercício de um julgamento clínico consistente, aprofundada e abrangente e também de sua capacidade em propor e avaliar intervenções inovadoras, visando prevenção ou estabilização das doenças crônica (Gallani, 2015).

Consoante a Ordem dos Enfermeiros (2010) estes profissionais desempenham cada vez mais o papel de gestores na doença crônica, particularmente na gestão da diabetes mellitus.

Os enfermeiros podem desempenhar um papel importante no apoio da implementação do regime terapêutico, liderando campanhas de educação e informação, garantindo que as mensagens de saúde são claras e consistentes e influenciando as políticas relacionadas com o acesso a alimentos saudáveis, como por exemplo nas escolas (Ordem dos Enfermeiros , 2010).

Os enfermeiros têm estado na linha da frente da prática ao facultar informações e educação ao doente, estabelecer relações com os doentes, cuidadores e comunidades, disponibilizar continuidade de cuidados, utilizar tecnologia para fazer avançar a prestação de cuidados, apoiar a adesão a terapêuticas a longo prazo e promover a prática colaborativa (Ordem dos Enfermeiros , 2010).

O enfermeiro, envolvido na assistência ao diabético, deve promover a saúde desses pacientes portadores de diabetes, através de programas com novas práticas de cuidado, pois a adesão ao tratamento e o autocuidado são pontos que devem ser ponderados com mais ênfase (Xavier, et al., 2009).

O papel do enfermeiro na assistência de enfermagem apresenta-se fundamental para o paciente portador de diabetes, desde a ação de orientação, acompanhamento e até mesmo o acolhimento deste paciente, promovendo assim incentivo ao portador e educação à saúde para a aprendizagem da convivência com a doença (Vieira & Santos, 2010).

A assistência de enfermagem ao paciente portador de diabetes deve estar voltada a prevenção de complicações, avaliação e monitorização dos fatores de risco e orientação

quanto à prática do autocuidado. Sendo de competência de o enfermeiro realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames e realizar transcrição de medicamentos de rotina de acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, desenvolver estratégias de educação em saúde e fazer encaminhamentos quando necessário (Oliveira & Oliveira, 2010).

Para Oliveira e Oliveira (2010) concerne ao profissional enfermeiro determinar o mais prematuramente possível os fatores de riscos, como: vulnerabilidade do indivíduo e o ambiente em que vive, para definir intervenções sistematizadas visando reduzir riscos e agravos à saúde. A ação de enfermagem é baseada na educação em saúde, com orientações para mudanças no estilo de vida, nos hábitos alimentares indicando uma dieta equilibrada e fornecer ao portador e suas familiares informações sobre a patologia.

Enquanto prestadores de cuidados de saúde em quem as pessoas confiam no contínuo de cuidados, os enfermeiros encontram-se numa posição única para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão. A prática holística da Enfermagem inclui:

- avaliar o risco de não-adesão (incluindo aspetos físicos, mentais, comportamentais, socioculturais, ambientais e espirituais);
- identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão;
- proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação;
- avaliar a adesão ao tratamento (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Os enfermeiros, em colaboração com outros prestadores de cuidados de saúde, desempenham um papel importante na otimização da adesão ao tratamento ao nível do indivíduo, da família, da comunidade e do sistema de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A adesão ao regime medicamentoso emerge na atualidade, como uma das áreas de atenção relevantes para a prática de cuidados de enfermagem e prioritárias em saúde (Martins, et al., 2017).

### 3. Objetivos de investigação

Os objetivos da investigação encontram-se divididos em objetivo geral e objetivos específicos, obtendo cada um deles significados e funções diferentes.

Segundo Fortin (2009), o enunciado de um objetivo de investigação deve indicar de forma clara qual o fim que o investigador pretende e onde são especificadas as variáveis-chave, a população onde os dados serão recolhidos e o verbo de ação que serve para orientar a investigação.

Para refletir sobre o propósito da presente investigação e de forma a responder às preocupações evidenciadas na temática em estudo definiu-se o seguinte objetivo geral: Avaliar a adesão ao regime medicamentoso na Pessoa com Diabetes Mellitus do Porto.

Sendo posteriormente delineados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar se a pessoa portadora de diabetes mellitus se esquece de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes;
- Identificar se a pessoa portadora de diabetes mellitus é descuidada com as horas de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes;
- Identificar se a pessoa portadora de diabetes mellitus deixa de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes, por sua iniciativa, por se ter sentido melhor;
- Identificar se a pessoa portadora de diabetes mellitus deixa de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes, por sua iniciativa, por se ter sentido pior;
- Identificar se a pessoa portadora de diabetes mellitus toma os comprimidos / aplica a insulina para a diabetes em dose superior à prescrita, por sua iniciativa, por se ter sentido pior;

- Identificar se a pessoa portadora de diabetes mellitus interrompe a toma dos comprimidos / aplica a insulina para a diabetes por ter deixado acabar os medicamentos;
- Identificar se a pessoa portadora de diabetes mellitus deixou de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes por alguma razão que não a indicação do médico.



## II. Fase Metodológica

Quivy e 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.

#### 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 prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos (Fortin, 2009).

Conforme Polit e Hungler (2004), 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, p.252), este serve para medir 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

Para Fortin (2009), 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 os adultos do distrito do Porto, indivíduos com idade superior a 18 e com regime medicamentoso da Diabetes Mellitus.

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).

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”, a amostra vai crescendo a medida que os indivíduos selecionados convidam novos participantes (Fortin, 2009).

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;
- Saber ler e escrever;
- Ser diabético e ter regime medicamentoso.

Nesta investigação, a amostra foi composta por 30 indivíduos adultos, de ambos os sexos, residentes no distrito do Porto, que corresponderam aos critérios definidos e que aceitaram fazer parte do estudo, respondendo ao questionário proposto pelo investigador.

Assim, a técnica de amostragem utilizada foi Bola de neve visto que os indivíduos para incluírem a nossa amostra convidaram novos participantes da sua rede de amigos e

conhecidos. A amostra vai crescendo à medida que os indivíduos selecionados convidam novos participantes.

### 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).

As variáveis atributos são as características dos sujeitos no estudo (Fortin, 2009). Assim, neste estudo as variável atributo referem-se ao género, idade, profissão, escolaridade, estado civil, agregado familiar e local de residência.

Neste âmbito, foram definidas as seguintes variáveis de estudo:

- tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes;
- as horas de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes;
- deixar de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes, por sua iniciativa, por se ter sentido melhor;
- deixar de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes, por sua iniciativa, por se ter sentido pior;
- tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes em dose superior à prescrita, por sua iniciativa, por se ter sentido pior;
- interromper a toma dos comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes por ter deixado acabar os medicamentos;
- deixou de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes por alguma razão que não a indicação do médico.

#### iv. Instrumento de recolha de dados e Pré teste

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.

Para proceder à recolha dos dados pode utilizar-se um questionário já existente ou criar-se um novo por parte do investigador (Fortin, 2009). Se o mesmo utiliza um instrumento já existente deve assegurar-se que possui uma fidelidade e uma validade aceitáveis (Fortin, 2009). Assim, para avaliar o nível de adesão ao regime medicamentoso dos indivíduos aplicou-se o instrumento Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) desenvolvido e validado para a população portuguesa por Delgado e Lima em 2001.

O questionário a utilizar neste estudo (anexo I) está organizado em duas partes, nomeadamente:

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.

A parte I do questionário integra perguntas fechadas e abertas que deram resposta às variáveis atributo. Formada por dez questões, correspondentes às variáveis demográficas, destinadas a caracterizar a amostra segundo: género, idade, profissão, escolaridade e local de residência.

A parte II do questionário, de forma a dar resposta às variáveis em estudo, utilizou-se um questionário já estruturado, denominado por MAT, na sua versão curta, constituído por sete itens que dizem respeito aos seguintes aspetos: 1. “esquecimento de tomas de medicamentos”; 2. “descuido nos horários de toma”; 3. “abandono do medicamento após melhoras”; 4. “abandono por iniciativa própria por se sentir pior”; 5. “aumento do número

de tomas por se sentir pior”; 6. “interrupção por ter terminado a embalagem”; 7. “abandono de tomas por qualquer outra razão”. Cada item é apresentado sob a forma de uma escala de tipo Likert com seis níveis de classificação, em função da frequência de ocorrência das circunstâncias em causa, de modo que 1 corresponde a “sempre” e 6 a “nunca”.

Fortin (2009) descreve o pré-teste como a prova que consiste em avaliar a eficácia e a pertinência do questionário junto de uma pequena amostra (entre 10 a 20 pessoas) do público alvo. Esta etapa é indispensável, visto que permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e ordem das questões.

Caso sejam feitas alterações importantes, impõe-se um segundo pré-teste (Fortin, 2009).

Neste estudo, o pré -teste foi aplicado a uma pequena amostra de 3 pessoas com Diabetes Mellitus com o objetivo de saber se as questões estavam formuladas corretamente. Após a sua aplicação não foi necessária nenhuma alteração ao questionário tendo em conta a avaliação da amostra a quem foi aplicada.

#### 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, p.151).

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, 2007)

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.

#### 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. Neste estudo, aplicou-se este princípio onde o sujeito respondeu ao questionário de forma autónoma e livre, ou seja, é convidado a participar e a escolher de forma voluntária a participação ou não nesta 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. Deste modo, o investigador deve assegurar-se que o seu estudo é o menos invasivo possível e que a intimidade dos sujeitos está protegida. Assim, nesta investigação o participante tem o direito ou não de rejeitar a resposta a alguma das questões por motivos de invasão de privacidade

ou a partilha de informações íntimas e privadas. Assim sendo o investigador tem o dever de proteger o anonimato da pessoa e a confidencialidade dos dados.

- 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. No presente estudo, os resultados foram apresentados de maneira a que nenhum dos participantes seja reconhecido por nenhum dos leitores deste projeto. E ainda é evidente que o investigador não pode divulgar ou partilhar qualquer tipo de informação pessoal sem autorização expressa do participante.
- 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. Neste projeto, as questões realizadas não prejudicam de nenhuma maneira o sujeito visto que previnem o desconforto e prejuízo da pessoa e as que a rodeiam.
- 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. Assim, o participante é devidamente informado sobre os métodos utilizados no estudo e por isso a análise de cada questionário será avaliada de igual forma para todos os sujeitos e também sem qualquer tipo de discriminação.



### III. Fase Empírica

A Fase Empírica, segundo Fortin (2009), inclui a colheita de dados no terreno, seguida da organização e do tratamento de dados e seguidamente passa-se à interpretação e depois à comunicação de dados podendo propor novas vias de investigação e também formular recomendações.

#### 1. Apresentação dos dados

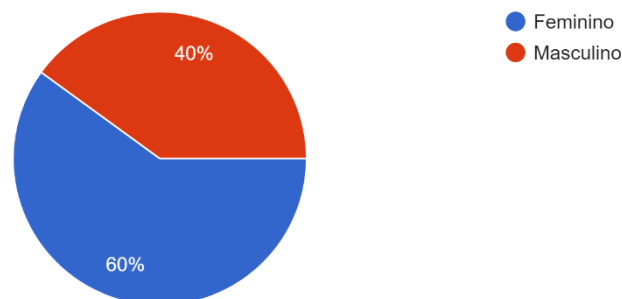
Após a recolha dos dados, é necessário organizá-los tendo em vista a sua análise e ainda é conveniente apresentar os resultados em quadros e figuras para dar uma informação clara e concisa. (Fortin, 2009)

Assim, de modo a proceder à sua organização e tratamento estatístico recorreu-se ao Google Formulários para posteriormente dar resposta às questões delineadas na fase inicial da investigação.

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).

#### Género

30 respostas

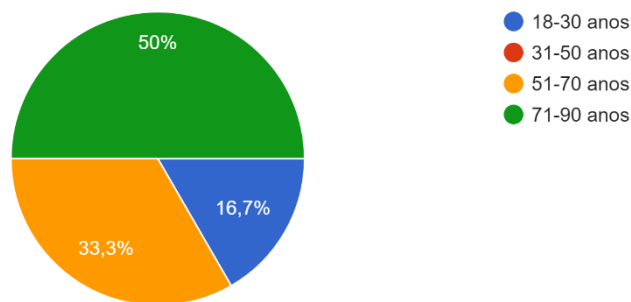


*Gráfico 1- Distribuição de frequências relativas e absolutas do género*

Tendo em conta que a amostra deste estudo era formada por 30 indivíduos, verifica-se através do gráfico acima apresentado que 60% constituíam o género feminino e 40% o género masculino, correspondendo assim a 18 mulheres e 12 homens respetivamente.

### Idade

30 respostas

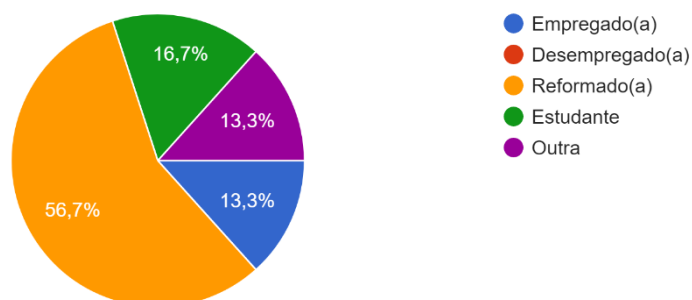


*Gráfico 2- Distribuição de frequências relativas e absolutas das idades*

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. Com isto, pode verificar-se, através do gráfico nº2, que a maioria dos participantes (15 pessoas) apresentavam idades entre os 71 e 90 anos, correspondendo a 50% da amostra.

### Actividade Profissional

30 respostas

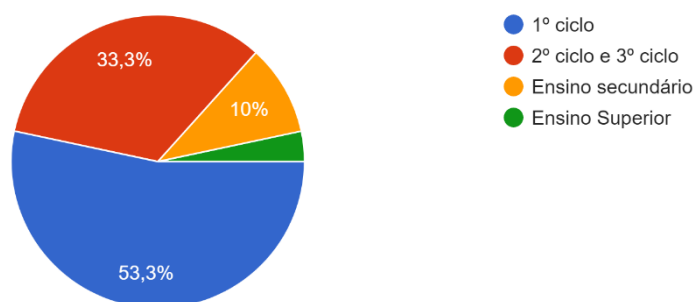


*Gráfico 3- Distribuição de frequências relativas e absolutas da atividade profissional*

O gráfico nº3 indica a situação profissional dos indivíduos no momento em que os dados foram colhidos. Constatou-se então que 56,7% dos participantes, 17 pessoas, estavam reformadas, 16,7% que corresponde a cinco pessoas, eram estudantes e quatro pessoas correspondente a 13,3% se encontrava empregada.

**Escolaridade**

30 respostas

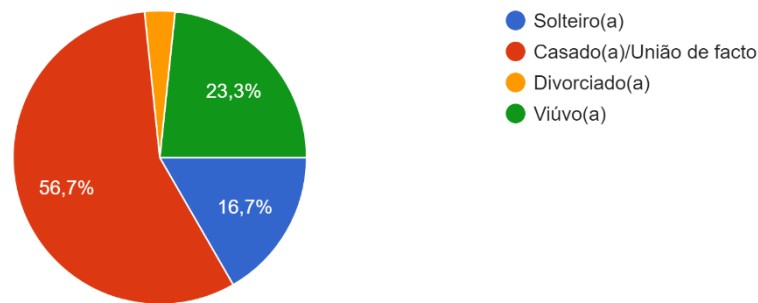


*Gráfico nº 4- Distribuição de frequências relativas e absolutas da escolaridade*

Considerando o gráfico acima representado, relativo ao nível de escolaridade dos intervenientes no estudo, verifica-se que a maior parte dos indivíduos, correspondente a 53,3% (16 pessoas), possuíam o 1º Ciclo; 33,3% (10 pessoas), possuíam o 2º e 3º ciclo; 10% (três pessoas) apresentavam o 12º ano e apenas uma pessoa correspondente a 3,3% obteve uma licenciatura.

### Estado Civil

30 respostas

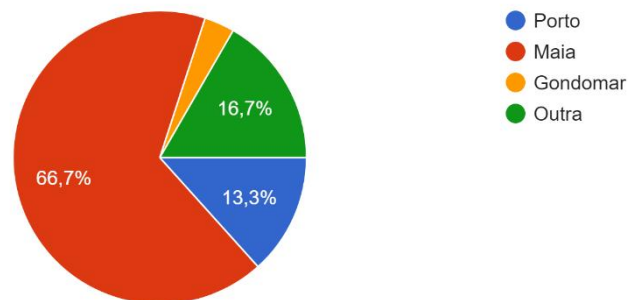


*Gráfico 5- Distribuição de frequências relativas e absolutas do estado civil*

O gráfico nº5 faz referência ao estado civil dos participantes e permite concluir que: 17 dos indivíduos eram casados (56,7%), 7 viúvos (23,3%), cinco solteiros (16,7%) e apenas uma pessoa divorciada (3,3%).

### Local de residência

30 respostas

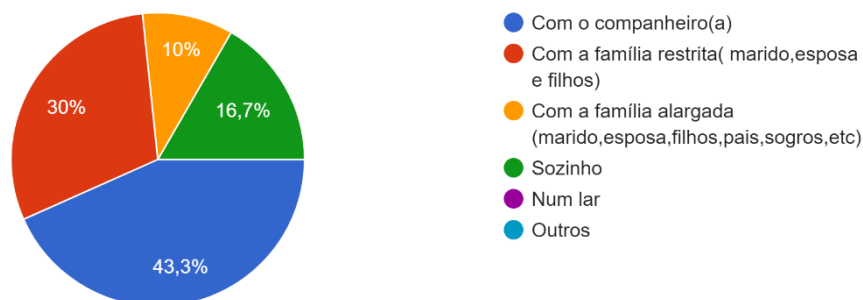


*Gráfico 6- Distribuição de frequências relativas e absolutas do local de residência*

O gráfico supracitado refere-se ao local de residência das pessoas, revelando que 66,7% da amostra, 20 pessoas, residem na Maia; 13,3% (quatro pessoas) residem no Porto e apenas uma pessoa correspondendo a 3,3% reside em Gondomar.

### Com quem vive:

30 respostas

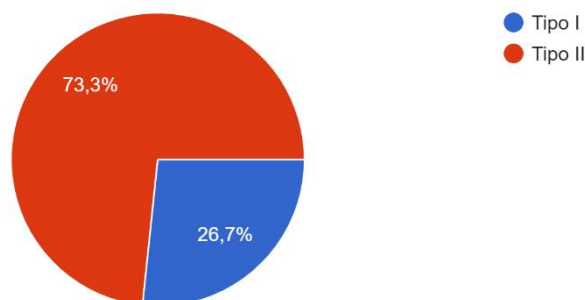


*Gráfico7- Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão “Com quem vive?”*

Os resultados da investigação mostram, através do gráfico nº7, que a maior parte das pessoas vive com o companheiro, isto é, 43,3% (13 pessoas), 9 pessoas correspondente a 30% vive com a família restrita, cinco pessoas correspondente a 16,7% e apenas três pessoas correspondente a 10% vivem com a família alargada.

### Tem Diabetes de que tipo?

30 respostas

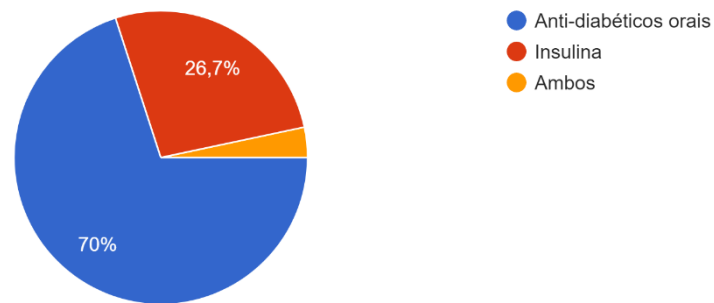


*Gráfico 8- Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão “Tem Diabetes de que tipo?”*

O gráfico nº8 faz referência ao tipo de diabetes dos participantes e permite concluir que: 22 dos indivíduos eram diabéticos tipo II (73,3%) e 8 diabéticos era tipo I (26,7%).

### Que tipo de tratamento faz para a diabetes?

30 respostas

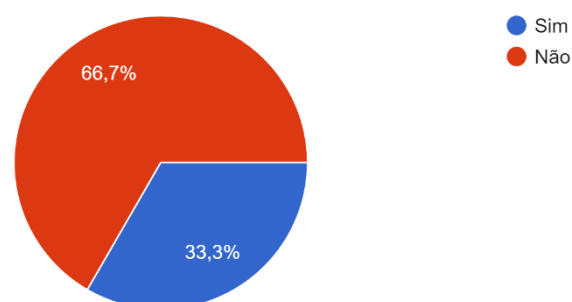


*Gráfico 9- Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão “Que tipo de tratamento faz para a Diabetes?”*

Os resultados da investigação mostram, através do gráfico nº9, que a maioria, isto é, 70% (21 pessoas), utilizam antidiabéticos orais; 26,7% (oito pessoas) utilizam insulina e apenas uma pessoa correspondente a 3,3% utiliza ambos.

### Tem ou já teve alguma complicação devido à Diabetes?

30 respostas



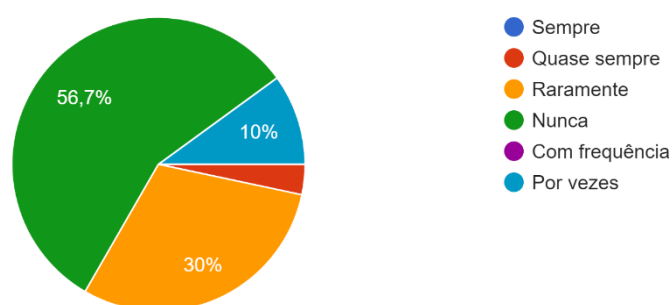
*Gráfico 10 - Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão “Tem ou já teve alguma complicação devido à Diabetes?”*

O gráfico nº10 faz referência à existência de complicações devido à Diabetes e permite concluir que: 10 dos indivíduos tiveram alguma complicação (33.3%) e 20 indivíduos não sofreram qualquer complicação (67,3%).

De seguida, apresentam-se os resultados da análise dos dados que dá resposta às variáveis em estudo, através de um questionário já estruturado, denominado por MAT.

### 1.Alguma vez se esqueceu de tomar os comprimidos/aplicar insulina para a diabetes?

30 respostas

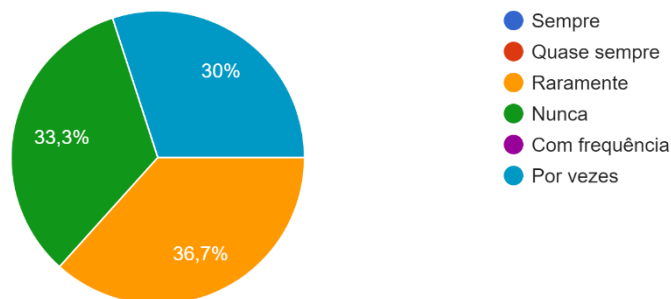


*Gráfico 11 - Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão "Alguma vez se esqueceu de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes?"*

Considerando o gráfico acima representado, relativo ao esquecimento de tomar os comprimidos/aplicar insulina, verifica-se que 56,7% (17 pessoas) nunca se esqueceu, 30% (9 pessoas) raramente se esqueceu, 10% (três pessoas) por vezes se esquecem e apenas uma pessoa correspondente a 3,3% quase sempre se esquece de tomar os comprimidos/aplicar insulina.

## 2. Alguma vez foi descuidado com as horas de tomar os comprimidos/aplicar insulina para a diabetes?

30 respostas



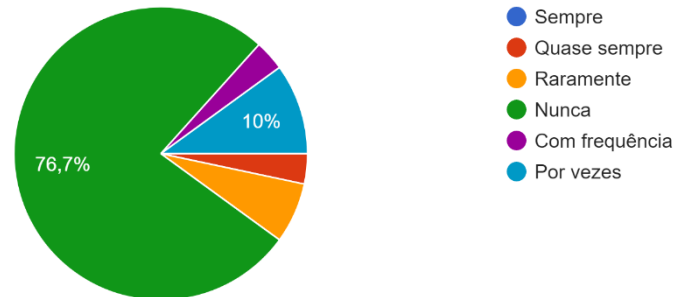
*Gráfico 12 - Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão "Alguma vez foi descuidado com as horas de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes?"*

O gráfico supracitado refere-se ao descuido com as horas de tomar os comprimidos/aplicar insulina, revelando que 36,7% da amostra, 11 pessoas, raramente se descuidam com o horário enquanto 10 pessoas (33,3%) nunca se descuidam e nove pessoas correspondente a 30% por vezes se descuidam com o horário da toma da insulina/comprimidos.



3. Alguma vez deixou de tomar os comprimidos/aplicar a insulina para a diabetes, por sua iniciativa, por se ter sentido melhor?

30 respostas

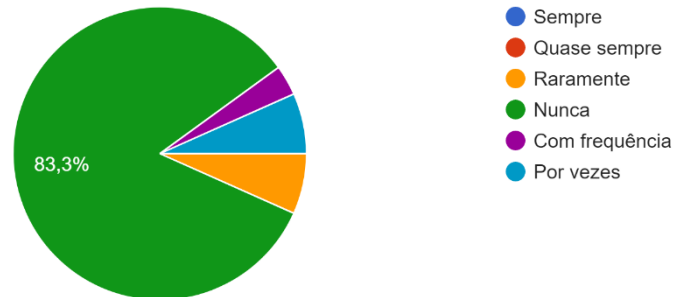


*Gráfico 13 - Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão “Alguma vez deixou de tomar os comprimidos/insulina para a diabetes, por sua iniciativa, por se ter sentido melhor?”*

No que corresponde ao deixar de tomar os comprimidos/insulina por melhoria denota-se que 76,7% (23 pessoas) nunca o fizeram, três pessoas (10%) por vezes o fizeram, duas pessoas (6,7%) raramente deixaram de tomar e ainda uma pessoa (3,3%) quase sempre deixou de tomar e outra com frequência.

4. Alguma vez deixou de tomar os comprimidos/aplicar insulina para a diabetes, por sua iniciativa, por se ter sentido pior?

30 respostas

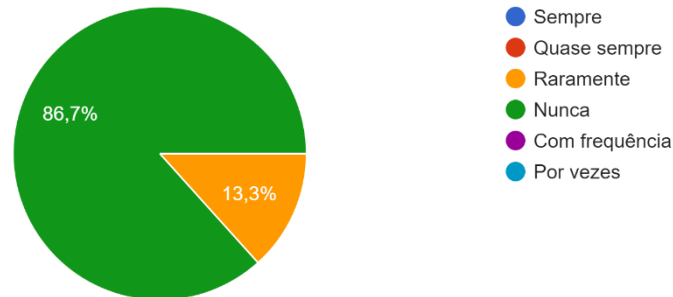


*Gráfico 14 - Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão "Alguma vez deixou de tomar os comprimidos/insulina para a diabetes, por sua iniciativa, por se ter sentido pior?"*

O gráfico nº14 indica se deixou de tomar comprimidos/aplicar insulina por se sentir pior. Constatou-se então que 83,3% dos participantes, 25 pessoas, nunca o fizeram, duas pessoas correspondente a 6,7% raramente ou por vezes fizeram e apenas uma pessoa (3,3%) deixou de tomar com frequência.

5. Alguma vez tomou os comprimidos/aplicou insulina para a diabetes em dose superior à prescrita, por sua iniciativa, por se ter sentido pior?

30 respostas

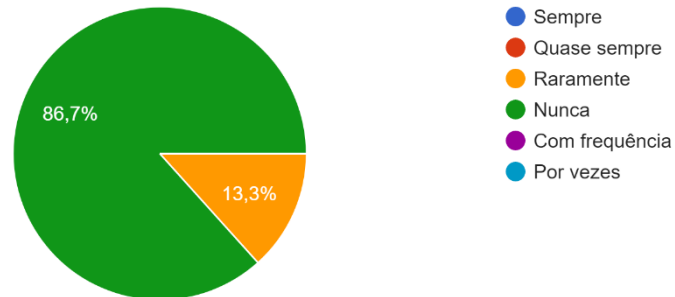


*Gráfico 15 - Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão “Alguma vez tomou os comprimidos/insulina para a diabetes em dose superior à prescrita, por sua iniciativa, por se ter sentido pior?”*

O gráfico nº15 faz referência à toma de dose superior dos comprimidos/insulina pelos participantes se terem sentido pior e permite concluir que: 26 dos indivíduos nunca o fizeram (86,7%) e quatro raramente o fizeram correspondente a 13,3%.

6. Alguma vez interrompeu a toma dos comprimidos/aplicou a insulina para a diabetes por ter deixado acabar os medicamentos?

30 respostas

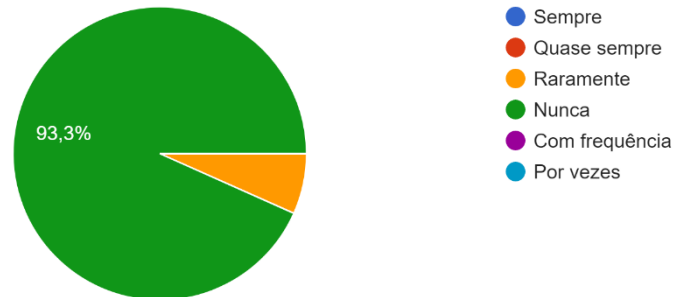


*Gráfico 16 - Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão "Alguma vez interrompeu a toma dos comprimidos/insulina para a diabetes por ter deixado acabar os medicamentos?"*

O gráfico nº16 faz referência à interrupção do tratamento para a diabetes por ter acabado os comprimidos/insulina e permite concluir que: 26 dos indivíduos nunca o fizeram (86,7%) e quatro raramente o fizeram correspondente a 13,3%.

7. Alguma vez deixou de tomar os comprimidos/aplicar a insulina para a diabetes por alguma razão que não indicação do médico?

30 respostas



*Gráfico 17- Distribuição de frequências relativas e absolutas da questão "alguma vez deixou de tomar os comprimidos/ aplicar insulina para a diabetes por alguma razão que não a indicação do médico?"*

O gráfico nº17 faz referência à interrupção do tratamento para a diabetes sem indicação médica e permite concluir que: 28 dos indivíduos nunca o fizeram (93,3%) e dois raramente o fizeram correspondente a 6,7%.

## 2. Análise, discussão e conclusões dos resultados

Tendo em conta que a amostra deste estudo era formada por 30 indivíduos, verifica-se que 60% constituíam o género feminino e 40% o género masculino, correspondendo assim a 18 mulheres e 12 homens respetivamente. Estes resultados vão em conformidade com o estudo realizado em Chaves numa amostra de 228 indivíduos em que a maioria eram do sexo feminino (71,5%) e com o estudo realizado no Concelho de Bragança a partir de uma amostra de 400 indivíduos, sendo 57,75% (231) do sexo feminino e 42,25% (169) do sexo masculino (Martins, et al., 2017) (Paradinha, 2018).

Relativamente as idades dos indivíduos no presente estudo, a maioria dos participantes (15 pessoas) apresentavam idades entre os 71 e 90 anos, correspondendo a 50% da amostra que vai de acordo com o estudo realizado em Chaves com idades compreendidas

entre 45 e 92 anos e com o estudo realizado em Bragança com 400 indivíduos com idade superior a 65 anos observando-se que 50,25% (201) dos inquiridos tinham idade compreendida entre 65 e 74 anos; 37,75% (151) tinham idade entre 75 anos e 84 anos e os restantes 12,00% (48) tinham pelo menos 85 anos.

Neste estudo, o nível de escolaridade dos intervenientes, verifica-se que a maior parte dos indivíduos, correspondente a 53,3% (16 pessoas), possuíam o 1º Ciclo; 33,3% (10 pessoas), possuíam o 2º e 3º ciclo; 10% (3 pessoas) apresentavam o 12º ano e apenas uma pessoa correspondente a 3,3% obteve uma licenciatura. Enquanto que no estudo no concelho de Bragança, verifica-se que 14,25% (57) dos inquiridos não sabiam ler nem escrever, 65,25% (261) tinham o 1º ciclo, 7,75% (31) possuíam o 2º ciclo, 4,50% (18) tinham o 3º ciclo e os restantes trinta e três indivíduos possuem habilitações acima do 3º ciclo (Paradinha, 2018).

Quanto ao estado civil, permite concluir que neste estudo: 17 dos indivíduos eram casados (56,7%), 7 viúvos (23,3%), 5 solteiros (16,7%) e apenas uma pessoa divorciada (3,3%) e no estudo em Bragança verifica-se que 6,00% (24) eram solteiros, 62,75% (251) estavam casados ou em união de facto, 1,5% (6) eram divorciados ou separados e 29,75% (119) eram viúvos (Paradinha, 2018).

Quanto ao contexto habitacional, os resultados da investigação mostram que a maior parte das pessoas vive com o companheiro, isto é, 43,3% (13 pessoas), 9 pessoas correspondente a 30% vive com a família restrita, 5 pessoas correspondente a 16,7% e apenas 3 pessoas correspondente a 10% vivem com a família alargada. E no estudo realizado em Bragança verifica-se que 61,50% (246) vive com o cônjuge, 16,50% (66) vive com familiar, 19,50% (78) vive sozinho e 2,50% (10) coabita com outras pessoas (Paradinha, 2018).

Quando analisadas as frequências de cada item do MAT, no primeiro momento, verificou-se que 56,7% (17 pessoas) nunca se esqueceu, 30% (9 pessoas) raramente se esqueceu, 10% (3 pessoas) por vezes se esquecem e apenas uma pessoa correspondente a 3,3% quase sempre se esquece de tomar os comprimidos/aplicar insulina. No estudo realizado em Chaves verificou-se que 60 (30%) dos participantes disseram que nunca se

tinham esquecido de tomar os medicamentos e 44 (22%) afirmaram que frequentemente se tinham esquecido de os tomar. Por análise do estudo realizado em Bragança, verifica-se que a maioria dos inquiridos 37,75% (151) raramente se esquece de tomar os medicamentos e que 29,75% (119) nunca se esquecem de o fazer (Martins, et al., 2017) (Paradinha, 2018).

Assim, consegui atingir o objetivo específico conhecer se a pessoa portadora de diabetes mellitus se esquece de tomar os comprimidos/aplicar insulina para a diabetes.

Relativamente ao descuido com as horas de tomar os comprimidos/aplicar insulina, revelando que 36,7% da amostra, 11 pessoas, raramente se descuidam com o horário enquanto dez pessoas (33,3%) nunca se descuidam e nove pessoas correspondente a 30% por vezes se descuidam com o horário da toma da insulina/comprimidos. Enquanto que no estudo de Chaves, cinquenta e oito (29%) participantes declararam que nunca se tinham descuidado com as horas de toma dos medicamentos e 47 (23,5%) referiram que se tinham descuidado por vezes e na investigação do concelho de Bragança verificou-se que as respostas dos inquiridos estão mais concentradas nas opções raramente e nunca (Paradinha, 2018) (Martins, et al., 2017).

Assim, consegui atingir o objetivo específico conhecer se a pessoa portadora de diabetes mellitus é descuidada com as horas de tomar os comprimidos/aplicar insulina para a diabetes.

No que corresponde ao deixar de tomar os comprimidos/insulina por melhoria denota-se que 76,7% (23 pessoas) nunca o fizeram, três pessoas (10%) por vezes o fizeram, duas pessoas (6,7%) raramente deixaram de tomar e ainda uma pessoa (3,3%) quase sempre deixou de tomar e outra com frequência. Em Chaves, noventa e nove (49,5%) participantes afirmaram que nunca tinham deixado de tomar a medicação por se sentirem melhor e 34 (17%) assumiram que isso, por vezes, os levava a interromper a medicação. E em Bragança, a maioria 58,50% (234) afirmou que nunca o faz e 19,50% (78) responderam que raramente o fazem (Paradinha, 2018) (Martins, et al., 2017).

Assim, consegui atingir o objetivo específico conhecer se a pessoa portadora de diabetes mellitus deixa de tomar os comprimidos/aplicar insulina para a diabetes, por sua iniciativa, por se ter sentido melhor.

Constatou-se então que 83,3% dos participantes, 25 pessoas, nunca deixou de tomar comprimidos/aplicar insulina por se sentir pior duas pessoas correspondente a 6,7% raramente ou por vezes fizeram e apenas uma pessoa (3,3%) deixou de tomar com frequência. Segundo Martins (2017), 116 (58%) indicaram que nunca tinham deixado de tomar os medicamentos por se sentirem pior e 24 (12%) revelaram que por vezes tinham interrompido a medicação por esse motivo. Para Paradinha (2018), quando os participantes foram questionados sobre se alguma vez tinham deixado a medicação por se sentirem pior verifica-se que a maioria, 59,00% (236) afirmou que nunca o fez e que 20,75% (83) afirmaram que o fizeram raramente.

Assim, consegui atingir o objetivo específico conhecer se a pessoa portadora de diabetes mellitus deixa de tomar os comprimidos/aplicar insulina para a diabetes, por sua iniciativa, por se ter sentido pior.

Quanto à toma de dose superior dos comprimidos/insulina pelos participantes se terem sentido pior e permite concluir que: 26 dos indivíduos nunca o fizeram (86,7%) e quatro raramente o fizeram correspondente a 13,3%. No estudo de Chaves, cento e vinte e nove (64,5%) participantes asseguraram que nunca tinham aumentado a medicação por se sentirem pior e 23 (11,5%) mencionaram que, sentindo-se pior, por vezes tinham tomado mais um ou vários comprimidos. Segundo Paradinha (2018) verificou-se que a maioria 63,00%; (252) nunca o faz e que 23,50% (94) admitiram raramente fazê-lo.

Assim, consegui atingir o objetivo específico conhecer se a pessoa portadora de diabetes mellitus deixa de tomar os comprimidos/aplicar insulina para a diabetes em dose superior, por sua iniciativa, por se ter sentido pior.

Relativamente à interrupção do tratamento para a diabetes por ter acabado os comprimidos/insulina permite concluir que: 26 dos indivíduos nunca o fizeram (86,7%) e quatro raramente o fizeram correspondente a 13,3%. Na investigação efetuada em



Chaves, 95 (47,5%) declararam que isso nunca tinha acontecido e 17 (8,5%) responderam que o tinham feito com frequência e no estudo em Bragança, observa-se que 56,00% (224) dos inquiridos afirmaram nunca o ter feito e 26,75% (107) que raramente tiveram esse comportamento.

Assim, consegui atingir o objetivo específico conhecer se a pessoa portadora de diabetes mellitus interrompe a toma dos comprimidos/aplicar insulina para a diabetes por ter deixado acabar os medicamentos.

Quanto à interrupção do tratamento para a diabetes sem indicação médica e permite concluir que: 28 dos indivíduos nunca o fizeram (93,3%) e dois raramente o fizeram correspondente a 6,7%. Para Martins (2017), cento e quarenta e quatro (72%) indivíduos asseveraram que nunca tinham deixado de tomar a medicação por outra razão que não seja a indicação do médico, e três (1,5%) disseram que o tinham feito com frequência. Quando os inquiridos de Bragança foram questionados sobre terem deixado de tomar os medicamentos por outra qualquer razão que não fosse indicação médica, a maioria, 65,75% (263) afirmou que nunca o fez e 21,25% (85) que o fizeram raramente (Paradinha, 2018).

Assim, consegui atingir o objetivo específico conhecer se a pessoa portadora de diabetes mellitus deixou de tomar os comprimidos/aplicar insulina para a diabetes por alguma razão que não a indicação médica.

Para concluir, este estudo permitiu como adequar as intervenções terapêuticas não farmacológicas, nomeadamente o reforço na educação para a saúde face ao impacto previsível dos riscos da não adesão ao regime terapêutico associados às doenças crónicas. O esquecimento da toma, o não cumprimento da hora da mesma e o não tomar por deixar acabar e não repor, são os itens com maior relevância na fraca adesão. No sentido de se poder melhorar a adesão, seja ao regime medicamentoso, seja ao regime terapêutico, as estratégias educacionais, comportamentais e motivacionais, utilizadas pelos enfermeiros, surtirão efeito, se direcionadas ao doente e/ou família, devem incluir, o esclarecimento sobre a sua patologia e a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis, reforçando a sua motivação (Martins, et al., 2017).

#### IV. 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).

A diabetes é uma doença crónica que está a tomar proporções epidémicas e que pode ser controlada através de intervenções que provaram ser efetivas, nomeadamente a educação terapêutica. O presente estudo, teve por base o seguinte objetivo: avaliar a adesão ao regime medicamentoso na pessoa com Diabetes Mellitus.

Este estudo permitiu-nos identificar um conjunto de fatores sobre os quais consideramos de fundamental importância intervir, nomeadamente no que concerne às estratégias que podem ser utilizadas pelo enfermeiro. A abordagem colaborativa aumenta a consciencialização e o incentivo de escolhas saudáveis, realistas e economicamente acessíveis à pessoa.

As principais conclusões deste trabalho apontam para:

Face às variáveis sociodemográficas, conclui-se que: a amostra é constituída por 30 adultos, com idade superior a 18 e residentes no Porto, em que 60% são do sexo feminino e 50% apresentavam idades compreendidas entre os 71 e 90 anos.

Relativamente ao nível de adesão ao regime medicamentoso pode concluir-se: 10% por vezes se esquecem de tomar os comprimidos/aplicar insulina enquanto 30% por vezes se descuidam com o horário da toma; 10% por vezes deixaram de tomar os comprimidos/aplicar insulina por se terem sentido melhor e 6,7% raramente ou por vezes deixaram por se terem sentido pior; 13,3% raramente tomam os comprimidos/aplicar insulina em dose superior por se terem sentido pior; 13,3% raramente interromperam a toma dos comprimidos/aplicar insulina por terem deixado acabar os medicamentos e 6,7% raramente deixaram de tomar os comprimidos/aplicar insulina sem indicação médica.

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 a dificuldade em conseguir a autorização da Comissão de Ética da ARS Norte para entregar os questionários numa Unidade Saúde Familiar obrigando-me a escolher outro processo de amostragem o que levou a estudar uma amostra mais pequena. No entanto, essas dificuldades foram ultrapassadas, conseguindo dar resposta aos objetivos propostos inicialmente.

Em termos de limites do estudo é importante referir que, de acordo com a revisão da literatura deste estudo, pesquisas envolvendo Diabetes Mellitus e adesão ao regime medicamentoso são escassas visto que a maior parte dos estudos se focam no regime terapêutico e não em específico no regime medicamentoso.

A realização deste estudo 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 concluir um Mestrado, será meu objetivo retomar este tema, com tempo mais alargado de forma a estudar uma amostra maior.

Em termos de sugestões futuras, pensamos que este estudo pode orientar futuras investigações que procurem dar resposta às questões por nós identificadas e que potenciem o desenvolvimento de programas de intervenção em enfermagem, de modo a contribuir para a obtenção de ganhos em saúde na adesão ao regime medicamentoso nas pessoas com diabetes mellitus.

## Referências Bibliográficas

- Bastos, F. S., 2012. *A pessoa com doença crónica- Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*, Porto: s.n.
- Cabral, M. & Silva, P., 2010. A adesão à terapêutica em Portugal.
- Conselho Internacional de Enfermeiros, 2017. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. s.l.:s.n.
- Correr, C. J. & Otuk, M. F., 2011. Método clínico de atenção farmacêutica.
- Direção-Geral da Saúde, 2017. Programa Nacional para a Diabetes.
- Direcção Geral da Saúde , 2011. Diagnóstico Sistemático da Nefropatia Diabética.
- Direcção Geral da Saúde, 2011. Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus.
- Direcção Geral da Saúde, 2011. Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético.
- Entidade Reguladora da Saúde, 2011. Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus.
- Faria, H. et al., 2014. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. p. 2.
- Fortin, M.-F., 2009. *O processo de investigação da concepção à realização*. s.l.:Lusociência.
- Fortin, M.-F., 2009. *O Processo de investigação da concepção à realização*. s.l.:Lusociência.
- Gallani, M. C., 2015. O enfermeiro no contexto das doenças crónicas.

- Henriques, J., Vaz-Pereira, S., Nascimento, J. & Rosa, P. C., 2015. Doença Ocular Diabética.
- Martins, A. j., Martins, J. P. & Santos, S. A. d., 2017. Adesão ao regime medicamentoso antes e após intervenção de sensibilização terapêutica.
- Martins, J. C., 2007. Investigação em Enfermagem.
- Oliveira, G. K. d. S. & Oliveira, E. R. d., 2010. Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus.
- Ordem dos Enfermeiros , 2010. Servir a comunidade e garantir qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica..
- Ordem dos Enfermeiros, 2009. Estabelecer parceria com os indivíduos e as famílias para promover a Adesão ao Tratamento.
- Paradinha, F. M. R. A., 2018. ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO MEDICAMENTOSO EM IDOSOS NO CONCELHO DE BRAGANÇA.
- Polit, D., Beck, C. T. & Hungler, B., 2007. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. s.l.:Artmed Editora.
- Sampieri, R. H., 2007. *Metodologia de Pesquisa*. s.l.:McGraw Hill.
- Silva, S. et al., 2015. Auditoria Clínica ao tratamento da Diabetes mellitus num serviço de Medicina Interna- O internamento como janela de oportunidade.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016. Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015. *Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*.
- Vallerand, A. H., Sanoski, C. & Deglin, J., 2016. *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. 14º ed. s.l.:Lusodidacta.

- Vieira, J., 2015. A Investigação em Enfermagem.
- Vieira, V. & Santos, G., 2010. O papel do Enfermeiro no tratamento de pacientes com Diabetes descompensada.
- Villas-Boas, L., Lima, M. L. & Pace, A., 2014. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus: validação de instrumentos para anti-diabéticos orais e insulina. Janeiro, p. 2.
- World Health Organization, 2016. Global report on diabetes.
- Xavier, A. T. d. F., Bittar, D. B. & Ataíde, M. B. C. d., 2009. Crenças no Autocuidado em Diabetes-Implicações para a prática.

## Anexos

## Anexo I

### Questionário



## CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Exm<sup>o</sup>/ª Senhor/a Utente

O questionário anexo a este documento é parte integrante de um estudo com o título “A adesão ao regime medicamentoso da Pessoa com Diabetes Mellitus”, promovido por uma Aluna da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa e que tem por objetivo caraterizar a população diabética em relação a estilos de Vida Saudável e adesão terapêutica.

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: 31220@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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Questionário

### Parte I

**Com esta parte do questionário, pretende-se conhecer alguns dos aspetos sociodemográficos que o caracterizam.** Para isso, pedimos-lhe que responda às seguintes questões, colocando um xis (x) antes da afirmação que considera a mais adequada.

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
  
2. Género:    ☐ Feminino    ☐ Masculino
  
3. Estado Civil:  
  
☐ Solteiro (a)  
  
☐ Casado (a) / União de facto  
  
☐ Divorciado (a) / Separado (a)  
  
☐ Viúvo (a)
  
4. Atividade profissional / ocupação  
  
☐ Empregado (a)  
  
☐ Desempregado (a)  
  
☐ Reformado (a)  
  
☐ Estudante  
  
☐ Outra
  
5. Escolaridade: \_\_\_\_\_

6. Local de Residência: \_\_\_\_\_

7. Com quem vive:

☐ Com o cônjuge / companheiro (a)

☐ Com a família restrita (marido, esposa e filhos)

☐ Com a família alargada (marido, esposa, filhos, pais, sogros, etc.)

☐ Sozinho (a)

☐ Num lar

☐ Outros

8. Tem diabetes ? ☐ Sim ☐ Não

8.1 Se sim, de que tipo?

☐ Tipo I ☐ Tipo II

9. Que tipo de tratamento faz para a diabetes?

☐ Antidiabéticos orais (comprimidos) ☐ Insulina ☐ Ambos ☐

10. Tem ou já teve alguma complicação devido à diabetes?

☐ Sim ☐ Não

## Parte II

**O questionário MAT permite conhecer o nível de adesão ao regime medicamentoso.** Pedimos-lhe que responda às seguintes questões, colocando um xis (x) atrás da afirmação que considera a mais adequada.

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes?

☐ Sempre    ☐ Quase sempre    ☐ Com frequência    ☐ Por vezes    ☐ Raramente    ☐ Nunca

2. Alguma vez foi descuidado com as horas de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes?

☐ Sempre    ☐ Quase sempre    ☐ Com frequência    ☐ Por vezes    ☐ Raramente    ☐ Nunca

3. Alguma vez deixou de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes, por sua iniciativa, por se ter sentido melhor?

☐ Sempre    ☐ Quase sempre    ☐ Com frequência    ☐ Por vezes    ☐ Raramente    ☐ Nunca

4. Alguma vez deixou de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes, por sua iniciativa, por se ter sentido pior?

☐ Sempre    ☐ Quase sempre    ☐ Com frequência    ☐ Por vezes    ☐ Raramente    ☐ Nunca

5. Alguma vez tomou os comprimidos / aplicou a insulina para a diabetes em dose superior à prescrita, por sua iniciativa, por se ter sentido pior?

☐ Sempre    ☐ Quase sempre    ☐ Com frequência    ☐ Por vezes    ☐ Raramente    ☐ Nunca

6. Alguma vez interrompeu a toma dos comprimidos / aplicou a insulina para a diabetes por ter deixado acabar os medicamentos?

☐ Sempre    ☐ Quase sempre    ☐ Com frequência    ☐ Por vezes    ☐ Raramente    ☐ Nunca

7. Alguma vez deixou de tomar os comprimidos / aplicar a insulina para a diabetes por alguma razão que não a indicação do médico?

☐ Sempre    ☐ Quase sempre    ☐ Com frequência    ☐ Por vezes    ☐ Raramente    ☐ Nunca