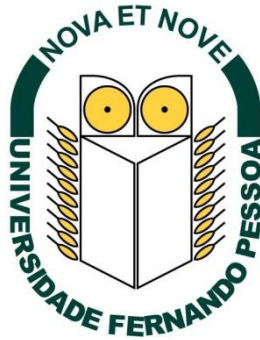


Helena Maria Cruz Azevedo



AS VIVÊNCIAS DO ADULTO COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 RELATIVAMENTE
À GESTÃO DO REGIME TERAPEUTICO

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2011

Helena Maria Cruz Azevedo

AS VIVÊNCIAS DO ADULTO COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 RELATIVAMENTE
À GESTÃO DO REGIME TERAPEUTICO

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2011

Helena Maria Cruz Azevedo

AS VIVÊNCIAS DO ADULTO COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 RELATIVAMENTE
À GESTÃO DO REGIME TERAPEUTICO

Atesto a originalidade do trabalho

Helena Maria Cruz Azevedo

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção do grau de
Licenciada em Enfermagem

SUMÁRIO

A Diabetes é uma doença cuja incidência tem vindo a aumentar a nível mundial. Os enfermeiros têm um papel importante na promoção de estilos de vida saudáveis de forma a evitar o aparecimento das complicações relacionadas com esta doença. Para isso importa conhecer os hábitos de vida dos diabéticos para assim adequar as intervenções de enfermagem. Nesse sentido foi efectuado o presente trabalho de investigação que tem como objectivo principal conhecer as vivências do diabético adulto relativamente à gestão do regime terapêutico nas suas vertentes alimentação, exercício físico, auto-vigilância da glicemia capilar, auto vigilância dos pés, terapêutica farmacológica e hábitos tabágicos. Foi efectuado um estudo do tipo quantitativo descritivo na instituição de saúde onde a autora exerce as suas funções. A amostra foi obtida de forma não probabilística accidental e constituída por 63 indivíduos. Como método de colheita de dados foi utilizado o “Questionário de Avaliação das Actividades de Auto-Cuidado com a Diabetes”, versão traduzida e adaptada para Portugal por Bastos e Lopes (2004), da escala “Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure-SDSCA” de Glasgow, Toobert, Hampson (2000).

Os resultados obtidos, revelam que a alimentação e o exercício são as actividades em que os diabéticos apresentam níveis de adesão mais baixos. Relativamente à auto-vigilância dos pés, os resultados apontam para níveis médios de adesão que contrastam com a inspecção do calçado, onde os níveis de adesão são mais baixos. A auto-vigilância da glicemia capilar apresenta bons níveis de adesão. Verificou-se no estudo efectuado que a grande maioria dos diabéticos nunca fumou e existe uma percentagem considerável de ex-fumadores. A terapêutica medicamentosa é uma actividade cujos níveis de adesão são muito elevados.

Face aos resultados obtidos, sugere-se um maior investimento por parte dos enfermeiros na educação para a saúde a efectuar a estes utentes. Outra medida interessante seria a dinamização de grupos para a prática de exercício físico específico, nas localidades.

Palavras-chave: vivências, adulto, diabetes mellitus tipo 2, gestão do regime terapêutico

ABSTRACT

Diabetes is a disease whose incidence has increased worldwide. Nurses have an important role in promoting healthy lifestyles which promote skills that help these patients avoid the appearance of complications related to this disease. Therefore, it is important to know the health habits of diabetics for nurses to adequately intervene. In this sense, the present research study was carried out and its main goal is to determine the skills of diabetic adults in terms of management of their treatment regime, nutrition, physical exercise, self-monitoring of blood-glucose, foot care, medication taking and smoking habits.

A qualitative descriptive type of study was conducted at the health institution where the author works. The sample was obtained in a non-accidental probabilistic form and consisted of 63 individuals. The method used for data collection was the following questionnaire "Summary of Diabetics Self-Care Activities Measure- SDSCA " of Glasgow, Toobert, Hampson (2000).

The results demonstrate that diet and exercise are the activities in which diabetics have lower levels of adherence. As for checking one's feet, the results indicate average levels of adherence whereas the inspection of footwear has an even lower adherence level. Self-monitoring of blood-glucose showed good levels of adherence. It was found in the study that a vast majority of diabetics never smoked and there is a considerable percentage of former smokers. Medication taking is an activity where there is a considerably high adherence level.

Taking into account the results, there needs to be a greater investment in delivering health care education to these clients. Another interesting measure of intervention would be the organization of group activities that involve physical exercise in a specific location.

Key words: experiences, adult, diabetes mellitus type 2, management of therapeutic regimen.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
PARTE I – FASE CONCEPTUAL	14
1.1- Definição do Problema	14
1.2- Questões e objectivos da investigação.....	15
1.3- Revisão Bibliográfica	17
1.3.1- Diabetes Mellitus	17
1.3.2- Regime terapêutico da DM2	20
1.3.3- Estudos Realizados	24
PARTE II - FASE METODOLÓGICA	26
2.1 – Meio	26
2.2 - Tipo de Estudo.....	26
2.3 - População e Amostra	26
2.4- Variáveis.....	27
2.4.1- Variáveis atributo.....	27
2.4.2- Variáveis em estudo.....	27
2.5 - Método e instrumento de recolha de dados	27
2.6 -Tratamento de dados.....	28
2.7- Questões éticas	28
PARTE III- FASE EMPÍRICA	30
3.1- Apresentação análise e discussão dos resultados	30
3.2- Caracterização da amostra.....	30
3.2.1- Variáveis atributo.....	30
3.2.2- Variáveis em estudo.....	33
CONCLUSÃO	45
BIBLIOGRAFIA	47
ANEXOS	

ANEXO I: Questionário de Avaliação das Actividades de Auto-cuidado com a Diabetes

ANEXO II: Pedido de autorização à Direcção da Instituição para a realização do estudo

ANEXO III: Consentimento Informado

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição de dados relativamente à variável género.....	30
Gráfico 2- Distribuição dos dados relativamente à variável idade.	31
Gráfico 3- Distribuição dos dados relativamente à variável escolaridade.....	31
Gráfico 4- Distribuição dos dados relativamente à variável profissão.	32
Gráfico 5- Distribuição dos dados relativamente à variável estado civil.	32
Gráfico 6- Distribuição dos dados relativamente à variável alimentação (alimentação geral).....	33
Gráfico 7- Distribuição dos dados relativamente à variável alimentação (alimentação específica: frutas e legumes).....	34
Gráfico 8- Distribuição dos dados relativamente à variável à alimentação (alimentação específica: carnes vermelhas).	35
Gráfico 9- Distribuição dos dados relativamente à variável à alimentação (alimentação específica: pão à refeição).	36
Gráfico 10- Distribuição dos dados relativamente à variável à alimentação (alimentação específica: mistura de HC).	36
Gráfico 11- Distribuição dos dados relativamente à variável à alimentação (alimentação específica: álcool).	37
Gráfico 12- Distribuição dos dados relativamente à variável à alimentação (alimentação específica: doces, açúcar).	38
Gráfico 13- Distribuição dos dados relativamente à variável exercício físico.	39
Gráfico 14- Distribuição dos dados relativamente à variável cuidados com os pés (exame dos pés, inspecção do calçado).	40
Gráfico 15- Distribuição dos dados relativamente à variável cuidados com os pés (lavagem dos pés secagem dos espaços interdigitais).	41
Gráfico 16- Distribuição dos dados relativamente à variável medicamentos.....	42
Gráfico 17- Distribuição dos dados relativamente à variável monitorização da glicemia.	43
Gráfico 18- Distribuição dos dados relativamente à variável hábitos tabágicos.	44

SIGLAS E ABREVIATURAS

ADA – American Diabetes Association

APDP – Associação Protectora de Diabéticos de Portugal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

DM1 – Diabetes Mellitus Tipo 1

DM2 – Diabetes Mellitus Tipo 2

HC – Hidratos de Carbono

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

pp. - Páginas

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança de vida nos últimos anos, aliado à adopção de estilos de vida pouco saudáveis, levou a um aumento importante de doenças crónicas das quais se destaca a diabetes mellitus tipo 2 (DM2). A sua incidência tem vindo a aumentar e constitui actualmente um problema à escala global, com inúmeras e graves repercussões a vários níveis: elevados custos económicos com medicação, internamentos e complicações da doença a longo prazo. Na maioria dos países desenvolvidos esta patologia é já a 4^a causa de morte e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) poderá conduzir a uma diminuição da esperança média de vida, pela primeira vez em 200 anos.

A par desta problemática, o contacto quase diário com utentes diabéticos, a existência de uma consulta de enfermagem na instituição onde se exerce a actividade profissional e o papel privilegiado do enfermeiro enquanto promotor de estilos de vida saudáveis, foram também factores determinantes para a escolha da DM2 como tema da presente monografia.

Com este trabalho pretendeu-se desenvolver competências na área da investigação científica e cumprir o requisito necessário para a obtenção do grau de licenciada em Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa do Porto.

No desenvolvimento da actividade profissional, concretamente na realização da consulta de enfermagem a utentes com DM2, verifica-se que este grupo constitui um alvo prioritário nas intervenções de enfermagem ao nível da promoção da saúde. Como é referido pela OMS na Carta de Ottawa, (1986) a promoção da saúde é um processo cuja finalidade é aumentar as competências dos indivíduos para que consigam controlar a sua saúde, no sentido de a melhorar.

Nasceu assim a necessidade de conhecer os comportamentos dos diabéticos e as medidas que põe em prática relativamente à sua doença e foi desta preocupação que surgiu a questão de partida que serviu de base para este trabalho de investigação: Quais as vivências do adulto com DM2 relativamente à gestão do regime terapêutico? O objectivo geral foi então traçado a partir desta questão:

Conhecer as vivências do adulto com DM2 relativamente a gestão do regime terapêutico.

Sendo a diabetes uma doença exigente com um tratamento multifacetado e que leva à necessidade de grandes alterações nos hábitos de vida diários com vista à integração de actividades de auto-cuidado, tão importantes no controle da doença (Bradley, 1997 Cit Correia, 2007), importa conhecer os comportamentos e vivências dos diabéticos relativamente a alguns desses aspectos.

Para atingir os objectivos delineados procedeu-se a uma investigação de carácter quantitativo e foi utilizado como instrumento de colheita de dados o “Questionário de Avaliação das Actividades de Auto-Cuidado com a Diabetes”, versão traduzida e adaptada para Portugal por Bastos e Lopes (2004), da escala “Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure-SDSCA” de Glasgow, Toobert, Hampson (2000), aplicado a utentes com DM2 (ANEXO I).

Os dados foram tratados no programa informático Excel.

Os resultados obtidos foram de encontro aos objectivos propostos Salienta-se o exercício físico e a alimentação como os aspectos com níveis de adesão mais baixos. A auto-vigilância dos pés e calçado é um dos parâmetros com algumas lacunas ao nível da adesão, ao passo que na auto-vigilância da glicemia capilar os níveis de adesão foram mais elevados. Relativamente à terapêutica farmacológica verificou-se uma taxa de adesão elevada. Verificou-se que cerca de 10% da população estudada tem hábitos tabágicos.

Várias foram as restrições sentidas na execução deste trabalho. Em primeiro lugar a inexperiência, por ter sido o primeiro trabalho de investigação científica efectuado. Conciliar a vida profissional com este projecto, constitui por um lado um constrangimento por vezes difícil de ultrapassar, mas por outro facilitador, na medida em que permitiu elaborar um trabalho com base na experiência profissional e cujos resultados podem ser uma mais-valia para instituição onde foi efectuado. Finalmente o

factor tempo foi uma restrição importante. Foi difícil cumprir em simultâneo com este projecto e com outros trabalhos no âmbito doutras disciplinas deste ano académico.

Este projecto de investigação encontra-se dividido em 3 partes principais. A primeira parte é constituída pela fase conceptual, onde estão englobados a definição do problema, a pergunta de partida as questões e objectivos do estudo e a revisão bibliográfica. Segue-se a segunda parte, constituída pela fase metodológica, onde se descreve o tipo de estudo, o meio, a população e amostra, o método e instrumento de recolha de dados e os princípios éticos considerados. O enquadramento empírico constitui a 3ª parte onde são apresentados interpretados e discutidos os resultados do estudo. Fazem ainda parte do trabalho a conclusão e as referências bibliográficas.

PARTE I – FASE CONCEPTUAL

A fase conceptual é o alicerce de todo o trabalho de investigação. É nesta fase que se vai delinear todo o trabalho. É “uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo” (Fortin, 1996, p. 39).

1.1- Definição do Problema

A identificação do problema de investigação constitui naturalmente a primeira etapa de qualquer projecto de investigação, na medida em que permite encontrar um domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador e que pode estar associado a preocupações sociais e representar comportamentos ou observações (Fortin, 1996).

No desenvolvimento da actividade profissional, concretamente na realização da consulta de enfermagem a utentes com Diabetes Mellitus tipo 2, verificou-se que este grupo constitui um alvo prioritário nas intervenções de enfermagem ao nível da promoção da saúde. Como é referido pela OMS na Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde é um processo cuja finalidade é aumentar as competências dos indivíduos para que consigam controlar a sua saúde, no sentido de a melhorar.

Cada vez mais a diabetes surge em idades precoces, em que as pessoas estão no auge da sua vida. O diagnóstico de uma doença crónica nesta altura e as implicações deste facto não são fáceis de aceitar. A negação da doença é por vezes a reacção imediata mais frequente. A prevenção de complicações agudas e crónicas da diabetes implica quase sempre uma mudança nos hábitos e comportamentos, que muitas vezes tiveram um forte contributo no aparecimento da doença (hábitos alimentares, sedentarismo). As mudanças dificilmente são imediatas, não são fáceis e implicam o envolvimento da família. É crença comum que os diabéticos têm imensas restrições alimentares, este facto, aliado à falta de conhecimentos, leva a comportamentos inadequados e de risco. Há uma desvalorização das complicações tardias da diabetes porque estas são de evolução lenta e insidiosa e os sintomas revelam-se frequentemente em fases em que as lesões já são irreversíveis. A dificuldade que por vezes existem em controlar os níveis de glicemia, apesar do cumprimento da terapêutica e das outras medidas e a tendência

para fazer comparações com outros doentes menos cumpridores faz com que haja falta de confiança dos diabéticos nas medidas adoptadas e por vezes o abandono das mesmas.

O receio de desaprovação por parte do enfermeiro leva a que muitas vezes os utentes refiram comportamentos que na realidade não tem, mas que sabem ser os correctos. A diabetes é uma doença em que o tratamento e a prevenção de complicações passa pelo envolvimento do utente em todo o processo; é fundamental a sua participação activa e os objectivos a atingir devem ser traçados pelo próprio. O papel do enfermeiro desenvolve-se através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem a uma vida saudável (OMS, Carta de Ottawa, 1986).

1.2- Questões e objectivos da investigação

“Uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações” (Fortin, 1996, p. 51).

O que se pretende com esta investigação é conhecer as medidas adoptadas pelos diabéticos para o tratamento e prevenção de complicações da sua doença a fim de adequar o papel do enfermeiro nas actividades de promoção da saúde, face aos resultados encontrados. Coloca-se assim a seguinte pergunta de partida:

Quais as vivências do adulto com DM2 relativamente à gestão do regime terapêutico?

Com base nesta questão foi traçado como objectivo geral:

Conhecer as vivências do adulto com DM2 relativamente à gestão do regime terapêutico.

Com a finalidade de responder à questão principal, surgiram as seguintes questões:

- Quais as vivências do adulto com DM 2 relativamente à alimentação?

- Quais as vivências do adulto com DM2 relativamente à prática de exercício físico?
- Quais as vivências do adulto com DM2 relativamente à auto-vigilância da glicemia capilar?
- Quais as vivências do adulto com DM2 relativamente à auto-vigilância dos pés?
- Quais as vivências do adulto com DM 2 relativamente à terapêutica farmacológica?
- Quais as vivências do adulto com DM2 relativamente aos hábitos tabágicos?

Com base nas questões anteriores foram delineados os objectivos específicos, a saber:

- Conhecer os hábitos alimentares do adulto com DM2.
- Identificar os padrões de exercício físico do adulto com DM2.
- Identificar as práticas do adulto com DM2 relativamente à auto-vigilância da glicemia capilar.
- Identificar as práticas do adulto com DM2 relativamente à auto-vigilância dos pés.
- Conhecer os procedimentos do adulto com DM2 relativamente à terapêutica farmacológica.
- Conhecer os hábitos tabágicos do adulto com DM2.

1.3- Revisão Bibliográfica

Através da revisão da literatura faz-se o levantamento de publicações já existentes sobre o domínio a estudar e definem-se os conceitos em estudo (Fortin, 1996).

1.3.1- Diabetes Mellitus

Nas várias regiões do mundo a diabetes apresenta variações de incidência e prevalência, mas sempre com um crescimento progressivo e com maior impacto nos países em desenvolvimento e industrializados, assumindo um papel significativo nas causas de morte. Portugal não foge à regra; os últimos dados estatísticos revelam que a prevalência da DM2 na população portuguesa é já de 11.7%, dos quais apenas 6.6% estão diagnosticados e 5.1% não tem diagnóstico. (DGS, 2008).

A idade é um factor de risco para a diabetes. É certo que cerca de 50% dos diabéticos tipo 2 têm mais de 60 anos no entanto o que se constata actualmente é que a incidência da doença tem vindo a aumentar nas faixas etárias mais jovens (Goldstein e Müller-Wieland, 2008). O diagnóstico e as implicações de uma doença crónica numa idade precoce podem não ser fáceis de aceitar.

Vários autores (Jean Piaget, Sigmund Freud, Erik Erikson...) estudaram o desenvolvimento humano ao longo da vida. Erikson, na teoria psicossocial do desenvolvimento humano divide o ciclo vital em várias fases, desde o nascimento até à velhice. Em cada fase ou estágio o individuo passa por crise que pode ter um desfecho positivo ou negativo. Segundo a natureza do desfecho a pessoa sai mais forte ou mais fragilizada da crise o que terá uma influência directa na crise seguinte. Erikson divide o desenvolvimento humano em oito fases. A sétima fase acontece entre os 40 e os 60 anos (não sendo estas idades estanques), e é designada por adultez. É caracterizada pela necessidade que o indivíduo tem de gerar: gerar filhos, negócios, pesquisas, etc. A pessoa sente necessidade de ensinar aos outros o que sabe; as suas experiencias. A partilha dessas experiencias leva a um sentimento de que deixou algo de si nos outros e desta forma o desfecho é positivo. Por outro lado se a pessoa sente que não há partilha das suas experiencias com os outros, Erikson considera que há estagnação, logo um

desfecho negativo para a crise. Nesta fase a pessoa sente que por ser mais velha tem alguma autoridade sobre os mais novos. Dessa autoridade em excesso surge o autoritarismo. Generatividade versus estagnação correspondem respectivamente ao desfecho positivo ou negativo desta fase (Rabello e Passos, 2007).

A população estudada nesta investigação situa-se maioritariamente na sétima fase definida por Erikson.

A diabetes é classificada em quatro tipos distintos, segundo a sua etiologia: diabetes mellitus tipo1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), diabetes gestacional, e outros tipos específicos de diabetes (DGS, 2011).

A DM1 caracteriza-se pela ausência total de insulina em consequência da destruição das células beta dos ilhéus de langherans do pâncreas. A destruição das referidas células acontece normalmente devido a um mecanismo auto imune, pelo que também se denomina esta doença por DM1 auto imune. Quando não é possível identificar o processo auto imune designa-se por DM1 idiopática. A DM1 corresponde a 5-10% de todos os casos. O seu aparecimento é mais comum na infância e adolescência. O tratamento da DM1 passa sempre pela administração de insulina.

A diabetes gestacional corresponde a uma alteração no metabolismo da glicose descrito pela primeira vez durante a gravidez. Nesta situação, quando há necessidade de terapêutica farmacológica, esta é feita com insulina.

Existe ainda a denominação de outros tipos específicos de diabetes, que correspondem a situações em que a diabetes é consequência de um processo etiopatogénico como por exemplo doenças do pâncreas ou diabetes induzida por fármacos ou químicos.

A DM2 é definida como uma doença metabólica, que se caracteriza por hiperglicemia resultante de deficiência na secreção de insulina, na sua acção, ou em ambas (American Diabetes Association, 2002).

A insulina é produzida no pâncreas nas células beta dos ilhéus de langherans. Um defeito nestas células pode resultar numa resposta lenta ou retardada na libertação de

insulina face às necessidades determinadas pela presença de glicose. Por outro lado o número de receptores celulares de insulina é reduzido o que traduz uma resistência celular à insulina. (Cassmeyer, 1995) A combinação destes factores leva a uma hiperglicemia.

O diagnóstico clínico da diabetes é muitas vezes sugerido pela presença de alguns sintomas como sejam: poliúria, polifagia, polidipsia, fadiga e visão turva (Portal da Saúde, 2005). No entanto deve ser sempre confirmado com testes laboratoriais, cujos critérios definem o diagnóstico de intolerância à glicose ou diabetes. Assim o diagnóstico da diabetes é feito quando a pessoa apresenta valores de glicemia em jejum iguais ou superiores a 126mg/dl e iguais ou superiores a 200mg/dl num achado ocasional ou duas horas após a ingestão de 75 g de glicose oral. O diagnóstico deve ser sempre confirmado pela repetição do teste noutro dia.

A DM2 é a forma mais comum da doença e representa cerca de 90% dos casos. As suas causas não estão totalmente explicadas. No entanto o seu aparecimento está relacionado com uma série de factores modificáveis e não modificáveis. De entre os factores não modificáveis salienta-se a idade, verificando-se que cerca de 50% de todos os diabéticos tipo 2 tem mais de 60 anos. História familiar de DM2 e história de diabetes gestacional são factores preditivos da doença. A etnia é também um forte determinante na ocorrência de DM2. A presença de outras patologias como a Hipertensão Arterial e a dislipidémia também estão relacionadas com o aparecimento da doença. Mais recentemente o baixo peso à nascença tem sido apontado como factor de risco (Goldstein e Müller-Wieland, 2008). Os factores de risco modificáveis para o aparecimento da DM2 prendem-se, segundo os mesmos autores, essencialmente com os estilos de vida. A obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, a dieta pobre em fibras e rica em gorduras saturadas são os mais importantes. Vários estudos demonstram que o consumo moderado de álcool e o consumo elevado de café estão associados a uma redução da incidência de DM2.

O número total de diabéticos está subdiagnosticado em todo o mundo. A DM2 é normalmente precedida de um longo período de hiperglicemia assintomática que pode

durar vários anos (Goldstein e Müller-Wieland, 2008). O diagnóstico é muitas vezes feito em consequência do aparecimento de complicações tardias.

Os diabéticos podem desenvolver ao longo dos anos várias complicações relacionadas com a doença.

As complicações agudas são situações que exigem intervenção rápida, são motivos de recorrência a serviços de urgência e internamentos e estão muitas vezes associadas a intercorrências médicas e/ou falhas terapêuticas (Gallego e Caldeira, 2007). As principais complicações agudas da DM2 são o síndrome hiperosmolar hiperglicémico e a hipoglicémia. O síndrome hiperosmolar hiperglicémico define-se como uma glicemia superior a 600mg/dl. O factor precipitante para o aparecimento desta complicação é muitas vezes uma infecção aguda. As pessoas com mais idade são mais vulneráveis (Gallego e Caldeira, 2007).

A hipoglicemia é caracterizada por níveis de glicose no sangue inferiores a 60mg/dl. As causas mais comuns para o aparecimento de hipoglicemia são a administração excessiva accidental de insulina ou determinados antidiabéticos orais (Sooriakumaran, 2007).

As complicações da DM2 a longo prazo atingem vários órgãos. O desenvolvimento de progressivo de retinopatia diabética pode levar a cegueira; é frequente a insuficiência renal (uma percentagem considerável de hemodializados tem diabetes). Fenómenos de neuropatia podem levar a amputações. As pessoas que sofrem de diabetes têm um risco aumentado de doenças cardiovasculares (SPD, 2010). A disfunção sexual é outra complicação da diabetes. É uma das queixas mais frequente no homem diabético mas raramente é referida de forma espontânea. A disfunção sexual manifesta-se no homem geralmente por impotência e na mulher por falta de desejo sexual. Estas alterações podem ter origem quer na lesão dos nervos quer nas alterações vasculares.

1.3.2- Regime terapêutico da DM2

Evitar complicações agudas e tardias relacionadas com a diabetes passa por uma eficaz gestão do regime terapêutico que consiste em (...) executar as actividades cumprindo um

programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária (CIPE, 2002, p. 58).

A palavra vivência significa “maneira como alguém vive ou se comporta, especialmente no seio da família” (Dicionário de Língua Portuguesa, 1984, p1737). Assim, as vivências do diabético podem traduzir-se pelos comportamentos e medidas que põe em prática em relação á sua doença.

Para evitar as complicações da diabetes a mudança nos comportamentos de risco deve ser precoce e a adopção de hábitos saudáveis deve ser contínua. A finalidade de uma correcta gestão do regime terapêutico é a manutenção dos valores de glicemia no sangue tão próximos do normal quanto possível.

A implementação de um plano terapêutico para o tratamento da diabetes assenta em três aspectos fundamentais: dieta, medicação e exercício. A resistência à implementação da terapêutica não farmacológica resulta da dificuldade que os diabéticos têm em alterar os seus comportamentos (Cruz, 2005).

A intervenção alimentar é actualmente reconhecida como uma das formas terapêuticas clássicas no tratamento da DM2. Durante anos os diabéticos foram sujeitos a dietas de fome e só na segunda década do século XX os hidratos de carbono passaram a ser recomendados (Correia e Arteiro, 2008). A dieta do diabético rege-se pelos princípios básicos de uma dieta saudável, que deve ser comum a todos.

A alimentação deve ser fraccionada: idealmente 6 refeições por dia. O fraccionamento alimentar tem várias vantagens: evita a fome e por conseguinte a ingestão excessiva, evita grandes hiperglicemias pós-prandiais, minimiza o risco de hipoglicemia e previne o jejum nocturno que não deve ser superior a 7 ou 8 horas (Caldeira e Osório, 2002).

Na alimentação equilibrada: é importante a ingestão de hidratos de carbono de absorção lenta. Historicamente os diabéticos têm receio da ingestão de alimentos mais ricos em hidratos de carbono esquecendo que são eles a fonte principal de energia para

desenvolver a actividade física e intelectual (Correia e Arteiro, 2008). Apenas os diabéticos com excesso de peso devem ser encorajados a reduzir o consumo de hidratos de carbono (Goldstein e Müller-Wieland, 2008).

Os diabéticos têm um risco cardiovascular aumentado, pelo que as gorduras devem ser ingeridas em pequena quantidade e devem ser evitados os produtos com ácidos gordos saturados (manteigas, margarinas, leite gordo, entre outros) As carnes vermelhas representam um aporte aumentado de gordura, pelo que o seu consumo deve ser restringido. Os vegetais devem estar sempre presentes nas principais refeições e a fruta deve ser ingerida juntamente com alimentos de absorção lenta. Idealmente devem ser ingeridas diariamente cinco porções de frutas e vegetais. A maioria dos alimentos vegetais é constituída por fibras que tem inúmeros benefícios.

As bebidas alcoólicas devem ser consumidas com moderação e são desaconselhadas se a pessoa não apresentar um bom estado nutricional, tiver excesso de peso ou alguma patologia associada (ex. hepatopatia). A ingestão de álcool deve ser considerada apenas às principais refeições (Correia.e Arteiro, 2008). A quantidade de álcool a consumir baseia-se na bebida padrão, ou seja a quantidade de bebida que contem 15 g de etanol: aproximadamente 340ml de cerveja, 142ml de vinho e 43ml de uma bebida destilada. Nos adultos é permitida uma bebida padrão para mulheres e menos de duas para homens, por dia.

Para prevenir complicações da DM2 o exercício físico deve fazer parte das rotinas do diabético. Deve ser instituído um plano de acordo com as características do diabético e da fase em que se encontra na evolução da doença para evitar riscos e complicações (Caldeira e Duarte, 2002; APDP, 2003). De um modo geral deve ser praticado exercício físico moderado (ex: marcha, natação) 30 a 60 minutos por dia que poderá ser fraccionado em dois períodos A prática de exercício físico aumenta a sensibilidade celular à insulina, estimula a sua produção e eleva a capacidade de captação da glicose pelos músculos contribuindo assim para um melhor controlo da glicemia. O exercício também tem um papel importante na manutenção e perda de peso corporal (Vivendo com a Diabetes, 2008).

Andersen e Funnell (cit. Correia, 2007) referem que 98 % dos cuidados que a diabetes requer, são da responsabilidade do próprio diabético. Assim, a auto-vigilância da glicemia capilar no doente diabético é importante porque permite ajustar as diversas terapêuticas no sentido de manter a glicemia tão próxima do normal quanto possível (aumentar ou reduzir o exercício ou a ingestão alimentar, ajustar a terapêutica farmacológica). É um procedimento simples que o doente facilmente executa em casa e consiste numa picada geralmente no dedo para obtenção de um pequena gota de sangue a colocar num aparelho (glicómetro) que determina em poucos segundos o valor da glicemia. A frequência da vigilância deve variar em função de cada caso. Um diabético com valores de glicemia estabilizados e normalizados que cumpre o seu regime terapêutico poderá fazer pesquisas em jejum e duas horas após o almoço duas vezes por semana. Sempre que haja alguma ocorrência ou sintoma fora do normal o doente deverá efectuar uma pesquisa à sua glicemia (Médicos de Portugal, 2011).

Para Pereira (2004), o cuidado com os pés é um importante requisito do auto-cuidado na diabetes para evitar o aparecimento de úlceras e gangrena. As úlceras do pé (pé diabético) são maioritariamente causadas por neuropatia e/ou isquémia, principalmente devida a doença macrovascular e complicam-se frequentemente com infecção. Segundo Garreth e Pickup (2006), a diminuição da sensibilidade pode levar ao aparecimento de lesões nos pés devido a traumatismos vários (ex. sapatos apertados) e a postura incorrecta devido a neuropatia motora leva à formação de calosidades, facilitadoras do aparecimento de úlceras. Assim, todos os diabéticos devem ser orientados para a inspecção diária do calçado, vigilância e higiene cuidada dos pés.

O tabaco constitui uma das causas preveníveis mais importantes de doença cardiovascular. Os diabéticos fumadores têm um risco acrescido de complicações macrovasculares relacionadas quer com a doença em si quer com o consumo de tabaco (Duarte et al, 2007). Assim, todos os fumadores devem ser aconselhados a deixar de fumar. Os diabéticos em particular devem ter acesso a um programa de aconselhamento e desabitação individualizado.

O tratamento farmacológico da DM2 é usualmente feito com anti-diabéticos orais, cuja função é ajudar o pâncreas a produzir mais insulina e tornar a insulina mais eficaz

(Raposo, 1999). A utilização de insulina no tratamento da DM2 é uma opção cada vez mais frequente. A escolha da terapêutica a instituir pelo médico deve ter como base as características clínicas do diabético.

Qualquer plano de tratamento a instituir, deve ser individualizado tendo em conta factores como a idade, a escolaridade o contexto social e familiar e a personalidade do doente. Deste modo serão traçados objectivos em conjunto com o profissional de saúde e o doente (ADA, 2002).

1.3.3- Estudos Realizados

Sousa et al em 2007 efectuaram um estudo correlacional, de cariz quantitativo, cujos objectivos foram determinar os níveis de satisfação dos utentes com DM2 com a consulta de enfermagem, identificar a sua adesão ao regime terapêutico e compreender de que forma a adesão ao regime terapêutico se relaciona com a satisfação dos utentes. A população estudada foram os utentes com DM2 que frequentavam a consulta de enfermagem de dois centros de saúde e um hospital da área do grande Porto, sendo a amostra constituída por 212 diabéticos. Os instrumentos de recolha de dados utilizados no estudo foram o “Questionário de Avaliação das Actividades de Auto cuidado com a Diabetes” (o mesmo utilizado no presente estudo), na versão portuguesa adaptada por Bastos em 2007 e o “Questionário de Avaliação da Satisfação dos Uteses com os Cuidados de Enfermagem” de Ribeiro (2005). Os resultados a que os autores chegaram apontam para níveis de adesão elevados (98.9%) na terapêutica farmacológica Relativamente à dieta os resultados revelaram uma média de adesão de 76.2% na dieta geral e 74.5% na dieta específica. Na auto-vigilância da glicemia os valores encontrados mostraram uma adesão média de 55.8%. Os cuidados com os pés tiveram níveis médios de adesão de 67.1%. No exercício físico os níveis de adesão foram mais baixos com média de 16.3%. Os autores concluíram ainda que os níveis de satisfação com os cuidados de enfermagem eram superiores a 75% e constataram ainda que a satisfação do utente se relaciona com maior adesão ao regime terapêutico.

Correia em 2007 efectuou um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa que teve como objectivo principal conhecer o modo como o suporte social e a satisfação com os

cuidados prestados da consulta de enfermagem condicionam a adesão às actividades de auto cuidado e a eficácia da gestão terapêutica em diabéticos tipo 2. A população considerada foram os diabéticos tipo 2 que frequentavam a consulta de enfermagem do centro de saúde da Lourinhã e a amostra foram 50 diabéticos. Como instrumentos de recolha de dados a autora utilizou o “Questionário da Avaliação das Actividades de Auto-cuidado com a Diabetes”, a mesma versão (traduzida e adaptada por Lopes e Bastos em 2004) utilizada no presente estudo e a “Escala de Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde - SUCECS26) de Ribeiro (2003). A autora utilizou ainda o guião de entrevista criado especificamente para o estudo. Os resultados obtidos revelaram fraca adesão na actividade exercício físico (com níveis de adesão total de apenas 12%) e também fraca adesão na actividade alimentação tendo em conta os diversos parâmetros. Na auto vigilância da glicemia capilar a autora encontrou níveis de adesão de 82%. Relativamente à medicação verificou uma adesão de 86%. Nos cuidados com os pés a autora verificou que 44% dos inquiridos referiam observar os pés diariamente e apenas 36% inspeccionavam o calçado. Os resultados revelaram ainda que 2% da amostra tinha hábitos tabágicos.

PARTE II - FASE METODOLÓGICA

A fase metodológica “consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação” (Fortin, 1996, p. 131).

2.1 – Meio

“ O investigador define o meio onde o estudo será conduzido e justifica a sua escolha” (Fortin, 1996, p132).

O estudo será realizado no local onde se exerce a actividade profissional; Centro de Saúde pertencente a ACES no norte do país. A razão para a escolha do local é óbvia: maior facilidade de acesso à população alvo, economia de tempo e eventual colaboração de outros elementos da equipa.

2.2 - Tipo de Estudo

Será utilizado neste trabalho o método de investigação quantitativo; “processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis” (Fortin, 1996, p. 22). Tratar-se-á de um tipo de estudo descritivo com a finalidade de descrever os comportamentos da população alvo em relação às variáveis definidas.

2.3 - População e Amostra

“Ao conjunto total de casos sobre os quais se pretende retirar conclusões dá-se o nome de população” (Hill e Hill, 2009 p. 41). “Os elementos da população partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios” (Fortin, 1996, p. 202).

A população que servirá de base para este estudo, serão os utentes com DM2 com idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos, inscritos na instituição de saúde já referida. A amostra, subconjunto de uma população ou de um grupo, será constituída por 63 indivíduos (Fortin, 1996).

Como forma de amostragem será utilizado o método não probabilístico (amostragem não aleatória), acidental. Para Fortin (1996, p. 209), “A amostra acidental é constituída por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso”. A opção por este método prende-se com a sua simplicidade e facilidade de aplicação.

2.4- Variáveis

Numa investigação, as qualidades, características ou propriedades de um objecto, pessoa ou situação designam-se por variáveis. Uma variável pode tomar diferentes valores (Fortin, 1996).

2.4.1- Variáveis atributo

As variáveis atributo são as características dos sujeitos em estudo e são geralmente variáveis demográficas (Fortin, 1996). A idade, o género, o estado civil, a escolaridade e a profissão serão as variáveis atributo consideradas neste estudo.

2.4.2- Variáveis em estudo

As variáveis em estudo neste trabalho, serão as várias actividades de auto-cuidado na diabetes a saber: alimentação (geral e específica), actividade física, cuidados com os pés, medicamentos, monitorização da glicemia e hábitos tabágicos.

2.5 - Método e instrumento de recolha de dados

Para a colheita de dados será utilizado um questionário que segundo Fortin (1996, p. 249) “é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis”. Assim, será utilizado o “Questionário de Avaliação das Actividades de Auto-Cuidado com a Diabetes”, versão traduzida e adaptada para Portugal por Bastos e Lopes (2004), da escala “Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure-SDSCA” de Glasgow, Toobert e Hampson (2000) (Anexo I). A razão para a escolha deste instrumento baseou-se no facto de contemplar todos os aspectos do regime terapêutico para os diabéticos. A avaliação é parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a

7 e corresponde aos comportamentos adoptados nos últimos 7 dias, lendo-se em X dos últimos 7 dia, a pessoa teve determinado comportamento. Os hábitos tabágicos e a auto vigilância da glicemia capilar estão codificados de forma diferente.

A colheita de dados será efectuada essencialmente através de auto-preenchimento do questionário. No entanto, se se revelar pertinente o questionário poderá ser aplicado em contexto de entrevista.

A colheita de dados será efectuada no período entre 15 de Junho e 30 de Julho de 2011.

2.6 - Tratamento de dados

Visto tratar-se de um estudo quantitativo os dados serão tratados através do programa informático Excel.

2.7- Questões éticas

“Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas” (Fortin, 199,. P.113).

Como forma de atender às questões éticas será pedida autorização à instituição onde irá decorrer o estudo através de requerimento à direcção. (ANEXO II)

Serão respeitados os princípios éticos relativamente às pessoas que participaram no estudo. Segundo Polit et al (2004), há a considerar três importantes princípios éticos: princípio do respeito à dignidade humana, princípio da beneficência e princípio da justiça.

Princípio do respeito à dignidade humana: prende-se com a liberdade da pessoa poder decidir de forma livre e autónoma: Assim os participantes serão informados dos objectivos do estudo, da sua participação voluntária, do anonimato e confidencialidade dos dados revelados e da possibilidade de interromper, em qualquer altura a sua

participação no estudo. Todos assinarão o consentimento informado (ANEXO III). Como forma de garantir o anonimato e confidencialidade dos dados proceder-se-á a uma codificação dos questionários com a atribuição de um número e registo separado do número e nome correspondente.

Princípio da beneficência: será garantido aos participantes não resultar qualquer dano físico ou moral na sua participação, bem como a importância do estudo no sentido de uma eventual adequação das intervenções de enfermagem face aos resultados encontrados.

Princípio da justiça: não haverá qualquer discriminação em relação a selecção dos participantes, esta será feita de forma equitativa.

PARTE III- FASE EMPÍRICA

A fase empírica consiste, na execução do plano de investigação elaborado na fase precedente (Fortin, 1996).

3.1- Apresentação análise e discussão dos resultados

Segundo Fortin (1996) os resultados de uma investigação tem pouca utilidade se não forem apresentados.

3.2- Caracterização da amostra

3.2.1- Variáveis atributo

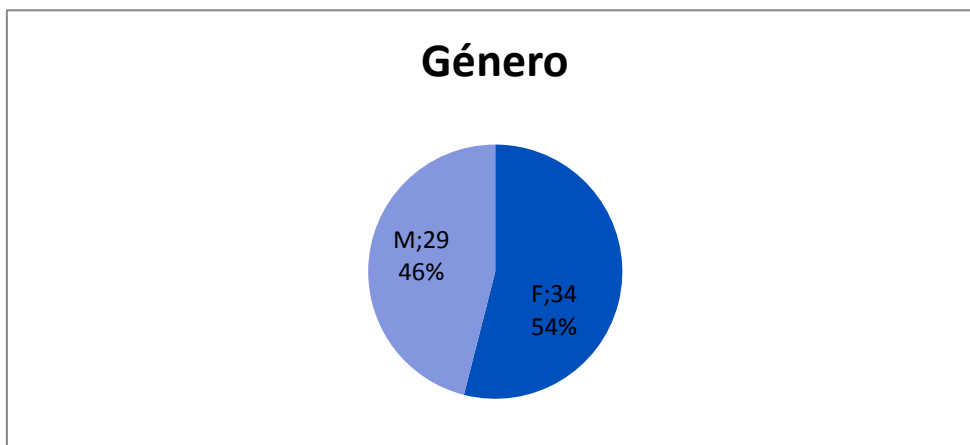


Gráfico 1- Distribuição de dados relativamente à variável género.

Como se pode ver pela análise do gráfico 1 foram inquiridos 63 indivíduos, 29 do género masculino e 34 do género feminino, o que corresponde a uma percentagem de 46% e 54% respectivamente. Verifica-se assim uma ligeira predominância do género feminino e que vai de encontro à distribuição do género na população de diabéticos inscrita na instituição (SINUS).

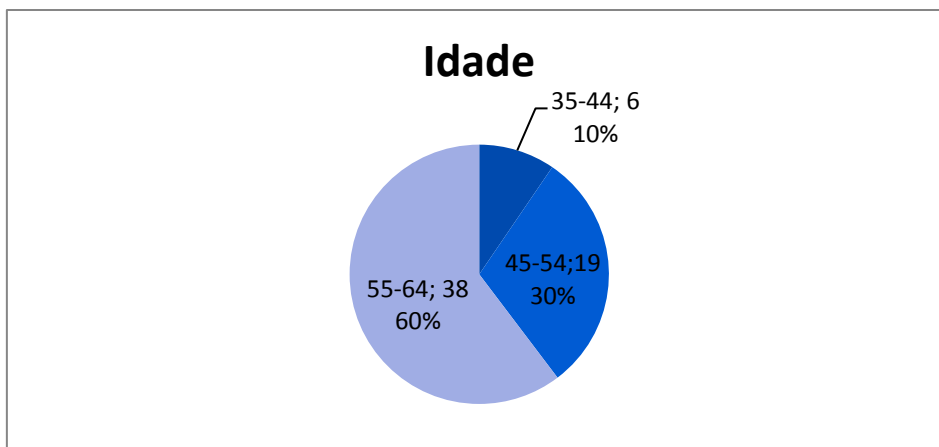


Gráfico 2- Distribuição dos dados relativamente à variável idade.

Verifica-se relativamente à idade dos inquiridos uma clara predominância da faixa entre os 55 e os 64 anos de idade com 38 indivíduos que correspondem a 60% da amostra. Na faixa etária entre os 45 e 54 anos aparece 30% da amostra, ou seja 19 pessoas. Entre os 35 e os 44 anos encontram-se 6 elementos que correspondem a 10%. A análise destes dados vai de encontro ao que diz Duarte (2002) quando refere que a prevalência da DM2 vai aumentando com a idade.

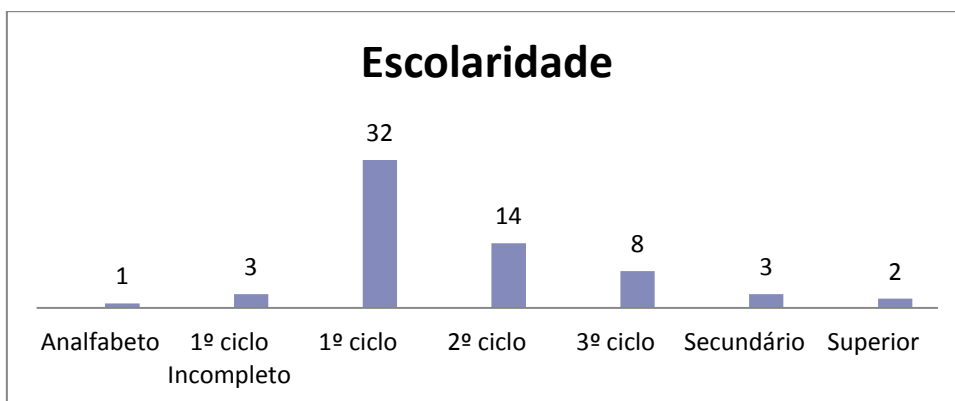


Gráfico 3- Distribuição dos dados relativamente à variável escolaridade.

Cerca de metade da população, 32 elementos (50.8%) possuem como grau de escolaridade o 1º ciclo, seguida de uma percentagem de 22.2% (14 elementos) com o segundo ciclo. Com o 3º ciclo aparecem 8 elementos (12.7%); 3 (4.8%) com o 1º ciclo incompleto; 3 (4.8%) com o ensino secundário e 2 (3,2%) com ensino superior. Há

ainda 1 elemento analfabeto que corresponde a 1.6% da amostra. Verifica-se uma predominância do 1º ciclo.

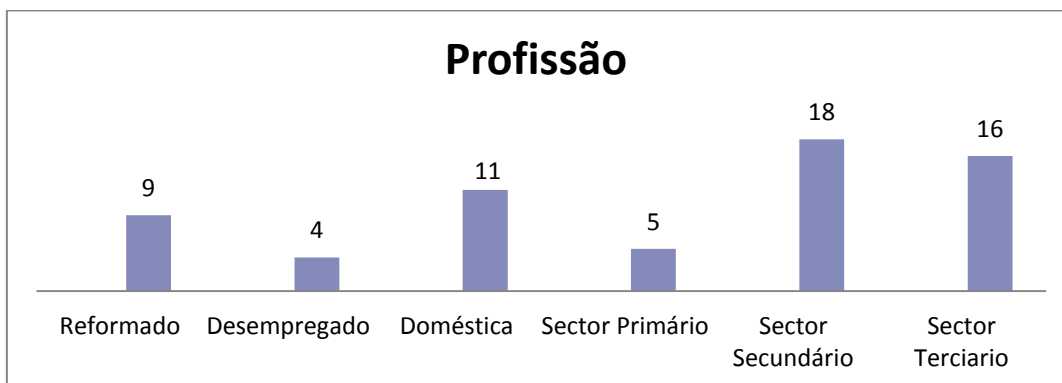


Gráfico 4- Distribuição dos dados relativamente à variável profissão.

Da análise deste gráfico verifica-se que todos os sectores de actividade económica estão contemplados, com predominância do sector secundário com 18 elementos (28.6%). No sector terciário aparecem 16 elementos (25.4%); 11 elementos (17.5%) referem ser domésticas; 9 elementos (14.3%) reformados; 5 no sector primário (7.9%); 4 elementos (6.3%) estão desempregados.

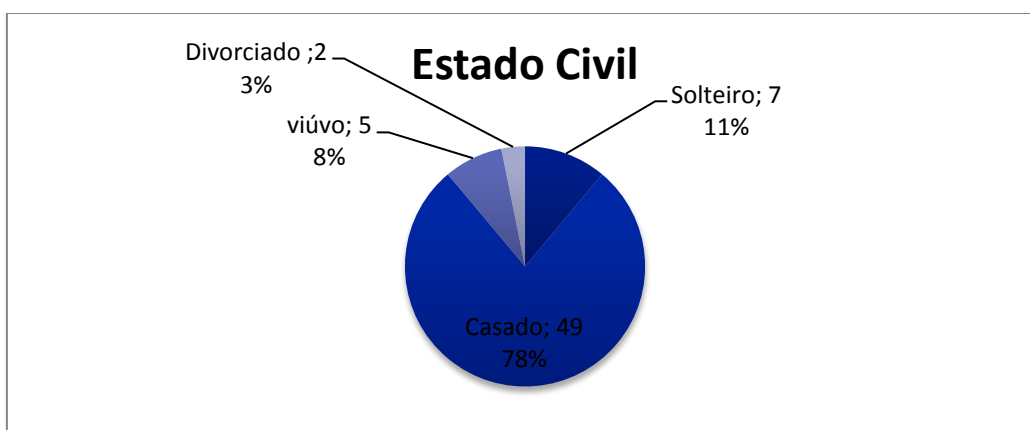


Gráfico 5- Distribuição dos dados relativamente à variável estado civil.

A grande maioria dos inquiridos, 77.8% (49 elementos) é casada, seguida de 11.1% (7 elementos) solteiros, 7.9% (5 elementos) viúvos e 3.2% (2 elementos) divorciados.

3.2.2- Variáveis em estudo

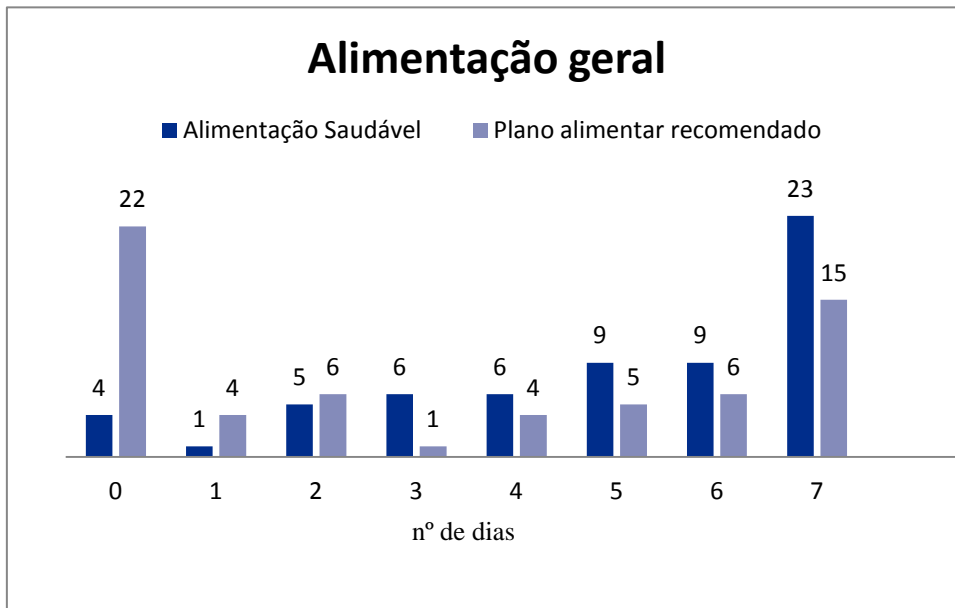


Gráfico 6- Distribuição dos dados relativamente à variável alimentação (alimentação geral).

Pela análise do gráfico verifica-se que relativamente à alimentação geral 23 participantes (36.5%) referem ter praticado uma alimentação saudável diariamente nos últimos 7 dias ao passo que 4 (6.3%) referem não o fazer em dia nenhum. Quando inquiridos quanto ao cumprimento do plano alimentar recomendado os números baixam para 15 (23.8%) nos 7 dias e sobem para 22 (34.9%) em 0 dias.

A alimentação é um dos aspectos mais importantes do regime terapêutico dos diabéticos. Na consulta de enfermagem todos são orientados para seguir um plano alimentar adequado. O conceito de alimentação saudável poderá, no entanto não ter o mesmo significado para todos uma vez que depende do contexto cultural e familiar (Correia, 2007).

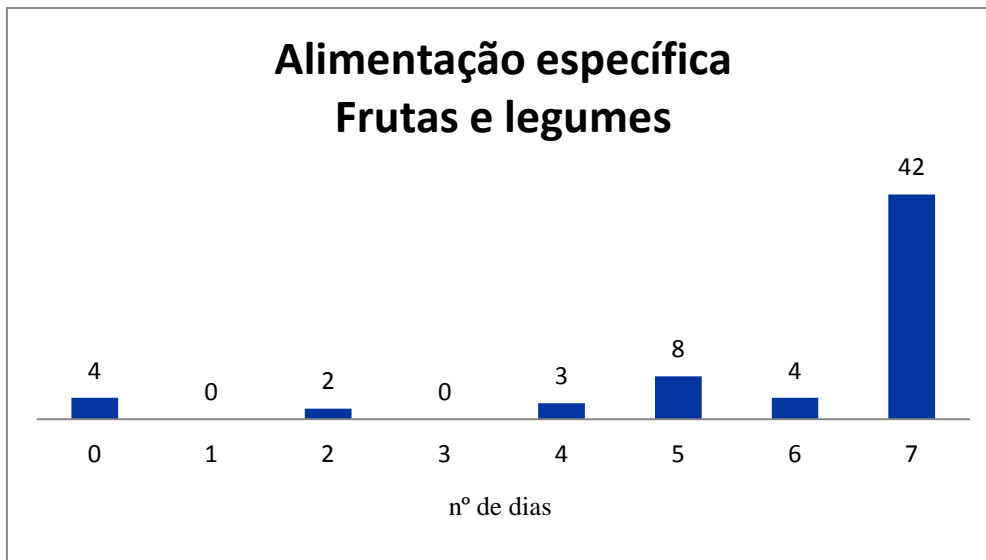


Gráfico 7- Distribuição dos dados relativamente à variável alimentação (alimentação específica: frutas e legumes).

O gráfico referente ao consumo de frutas e legumes mostra que 42 participantes (66.7%) ingeriram diariamente as porções recomendadas. Por outro lado constata-se que 4 participantes (6.3%) não o fizeram em nenhum dia. Apesar de uma boa percentagem consumir frutas e legumes na quantidade e frequência adequadas, é preocupante verificar que uma percentagem considerável (6.3%) nunca o fez. Correia (2007) verificou que a percentagem de não adesão neste item foi de 0 %.

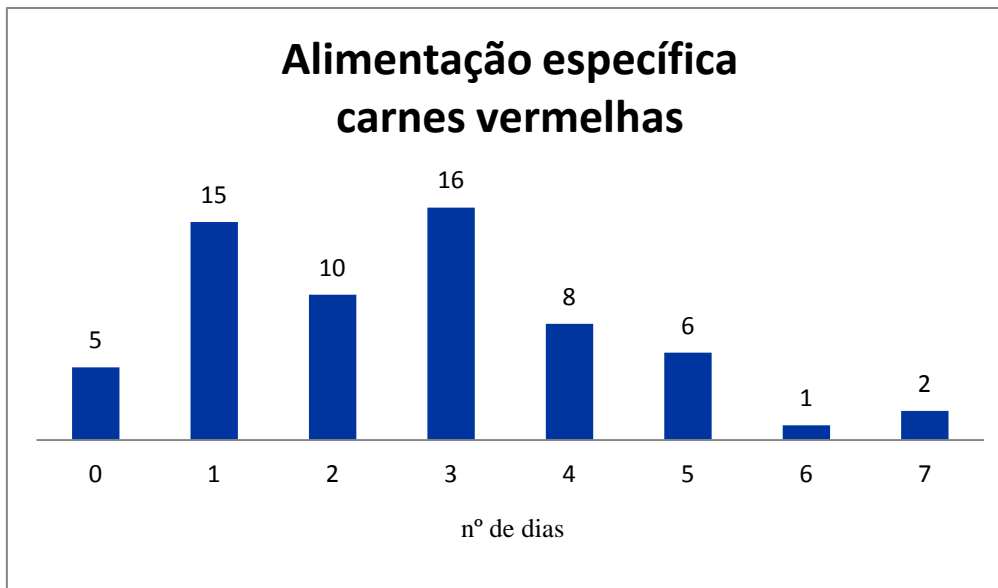


Gráfico 8- Distribuição dos dados relativamente à variável à alimentação (alimentação específica: carnes vermelhas).

Relativamente ao consumo de carnes vermelhas, verifica-se pela análise do gráfico que 3.2% (2 participantes) o fizeram diariamente nos últimos 7 dias e 7.9% (5 elementos) não consumiram este alimento em nenhum dia. Resultados idênticos apresentou Correia (2007) com valores 2% e 8%, respectivamente. Verifica-se ainda que 25.4% dos inquiridos (16 elementos) consumiu este produto em 3 dos últimos 7 dias e 23.8% (15 elementos) o fizeram num dia.

A carne vermelha é um veículo de gordura, contribuindo para o aumento do colesterol e do peso pelo que o seu consumo deve ser restringido (Correia e Arteiro, 2008).

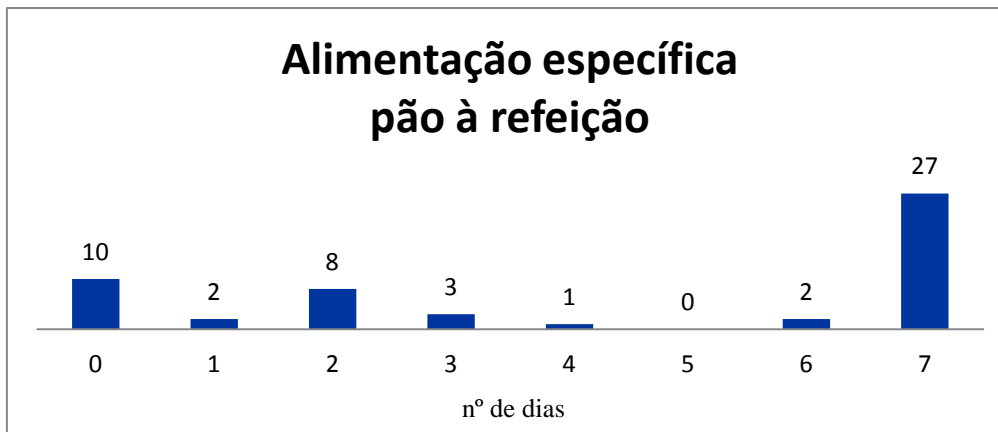


Gráfico 9- Distribuição dos dados relativamente à variável à alimentação (alimentação específica: pão à refeição).

Verifica-se que 27 participantes (42.8%) consumiram pão à refeição todos os dias, contra 10 (15.8%) que não o fizeram em nenhum dia.

O consumo de pão à refeição é uma tradição que faz parte de cultura portuguesa, especialmente nas zonas rurais (Correia, 2007), o que vai de encontro aos resultados deste estudo.

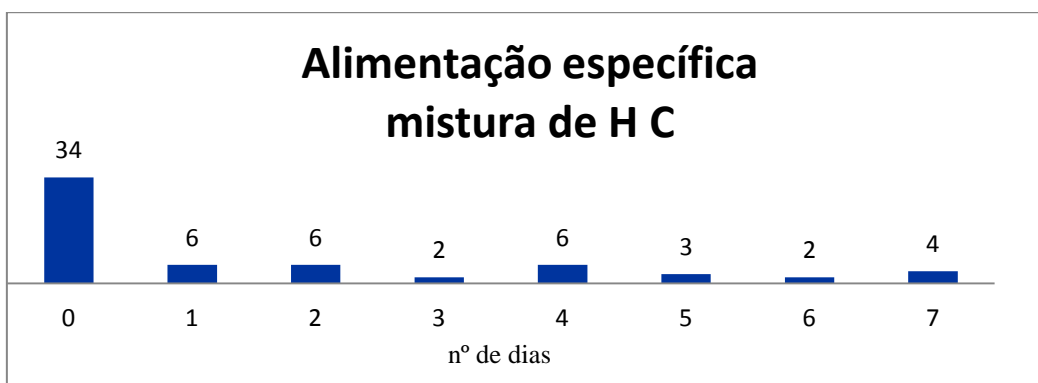


Gráfico 10- Distribuição dos dados relativamente à variável à alimentação (alimentação específica: mistura de HC).

A mistura de hidratos de carbono à refeição foi feita por 4 participantes (6.3%) nos 7 dias da semana, embora a maioria, 53.9%, (37 participantes) nunca o tenha feito. A mistura de hidratos de carbono não é aconselhada (Goldstein e Müller-Wieland, 2008).

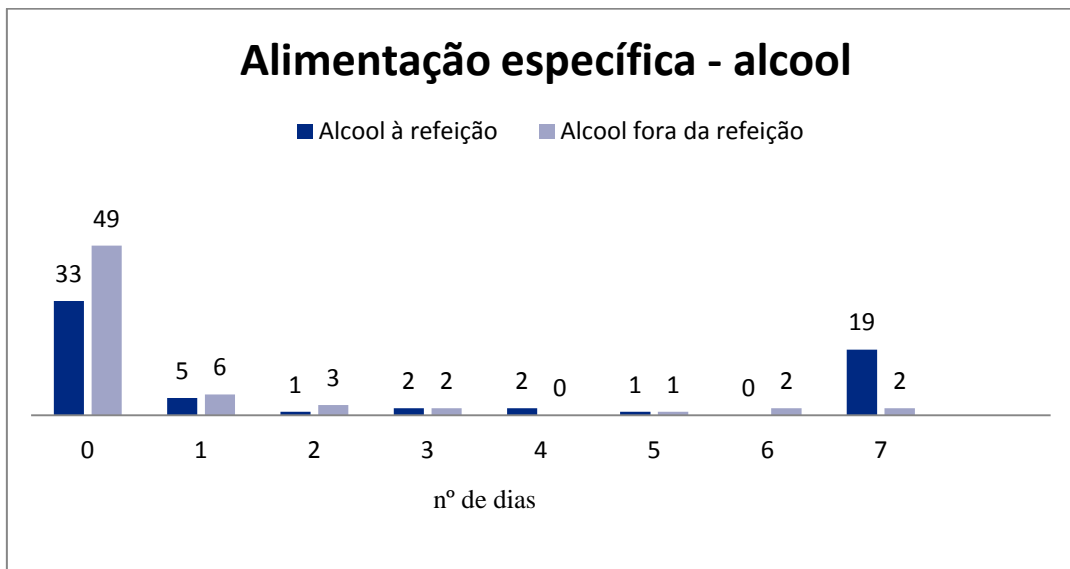


Gráfico 11- Distribuição dos dados relativamente à variável à alimentação (alimentação específica: álcool).

Constatou-se que 33 participantes (52.3%) não consumiram álcool à refeição nos últimos sete dias e 19 (30.1%) o fizeram na totalidade dos dias. Fora da refeição a grande maioria (77.7%), ou seja 49 participantes não consumiram álcool no período em questão contra 3.1% (2 participantes) que o fez diariamente. Correia (2007) verificou que 78% da sua amostra não consumiu álcool à refeição e 88% não o fez fora da refeição. O mesmo autor constatou que 6% dos inquiridos consumiu este produto fora da refeição, na totalidade dos dias.

O consumo de álcool é uma prática bem aceite na cultura portuguesa, como refere Bastos et al (2007). No entanto, em excesso e fora das refeições tem efeitos nocivos para todos e especialmente para os diabéticos. Para Caldeira e Osório (2002) o consumo de 2dl de vinho tinto por refeição é aceite O seu uso deve ser desaconselhado em caso de neuropatia, hepatopatia ou cardiomiopatia.

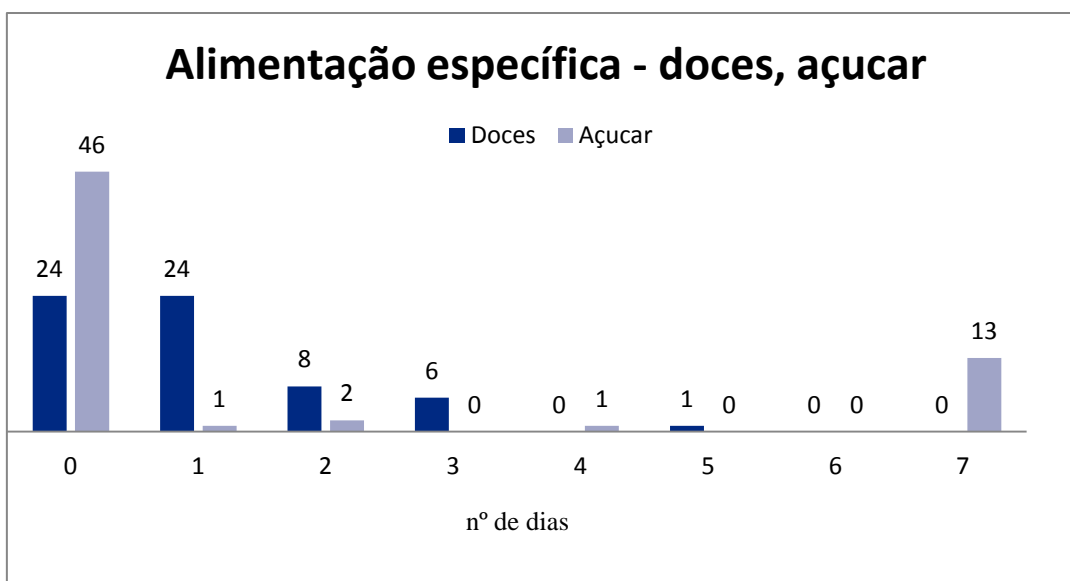


Gráfico 12- Distribuição dos dados relativamente à variável à alimentação (alimentação específica: doces, açúcar).

Verificou-se pela análise do gráfico nº11 que 13 participantes (20.6%) utilizaram diariamente açúcar para adoçar as suas bebidas. A maioria no entanto, cumpriu a restrição de açúcar na totalidade dos dias, 73% (46 participantes).

Na adesão à recomendação de não consumir doces verifica-se que uma percentagem de 38.1%, (24 participantes) cumpriu este item nos 7 dias, O mesmo número de elementos consumiu doces um dia. De salientar que 0% dos participantes consumiram doces nos 7 dias.

Uma das recomendações mais importantes para o controlo da diabetes é retirar o consumo de doces da alimentação diária. (Caldeira e Osório, 2002). O facto de haver uma percentagem considerável (38.1%) que consumiu doces um dia, pode ser explicado porque normalmente no fim-de-semana a família se reúne e come uma sobremesa.

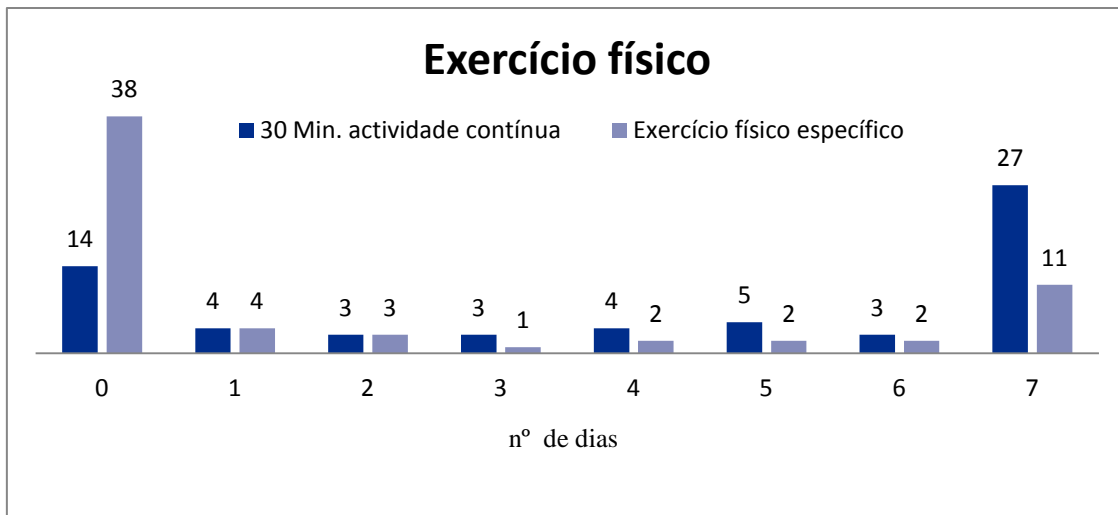


Gráfico 13- Distribuição dos dados relativamente à variável exercício físico.

Verifica-se uma fraca adesão à prática de exercício físico específico com 38 participantes (60.3%) que em nenhum dia o fizeram. Apenas 8 elementos (17.4%) o praticaram nos 7 dias. Quanto à actividade física contínua verifica-se uma adesão na totalidade dos dias de 17.4% (11 participantes) e 22.2%, (14 participantes) não tiveram em nenhum dia 30 minutos de actividade física contínua.

Todos os estudos consultados (Johnson, 1992; Boavida, 2006; Correia, 2007; Sousa, 2007) apontam para baixos níveis de adesão ao exercício, alguns referem mesmo tratar-se da actividade de auto cuidado em que os diabéticos apresentam maiores dificuldades.

Portugal é dos países da União Europeia em que a prática de exercício físico apresenta índices mais baixos (Carvalheiro, 2003).

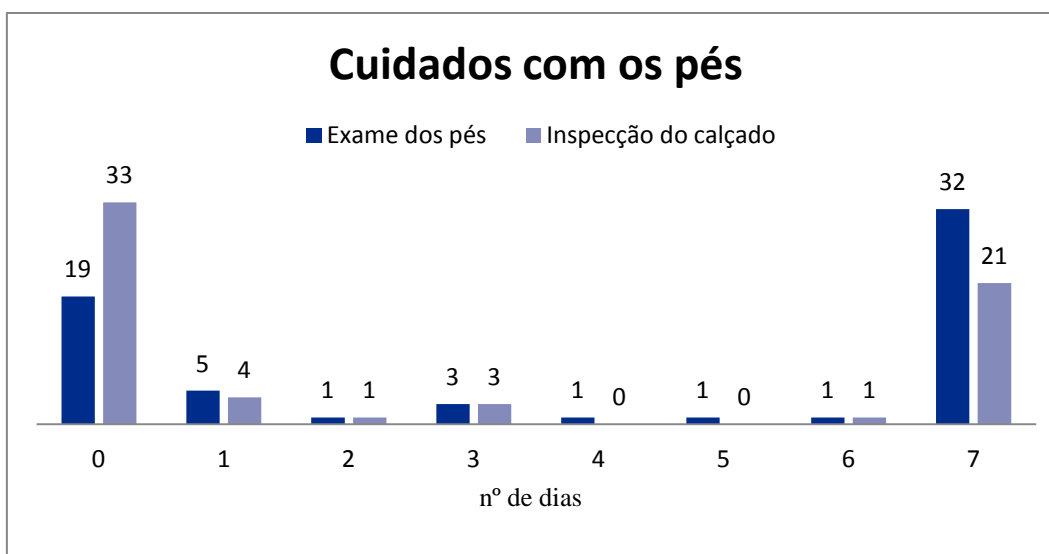


Gráfico 14- Distribuição dos dados relativamente à variável cuidados com os pés (exame dos pés, inspeção do calçado).

Ao serem questionados sobre o hábito de examinar os pés 19 participantes referiram não o ter feito em nenhum dia enquanto 32 o fizeram nos 7 dias, o que corresponde a 30.1% e 50.8%, respectivamente. Relativamente à inspeção do calçado verifica-se que 52.3% (33 elementos) nunca o fez e 33.3% (21 elementos) o fez na totalidade dos dias.

Os resultados encontrados por Correia (2007) para os cuidados com os pés referem 44% de adesão total ao exame dos pés e 36% de adesão total à inspeção do calçado. Estes valores aproximam-se do presente estudo.

Dos inquiridos por Correia (2007) 38% nunca verificaram o interior do calçado. Valores mais preocupantes encontrou Bastos (2004), que refere que 82.5% dos participantes apresentou um comportamento de não adesão total, relativamente à inspeção do calçado.

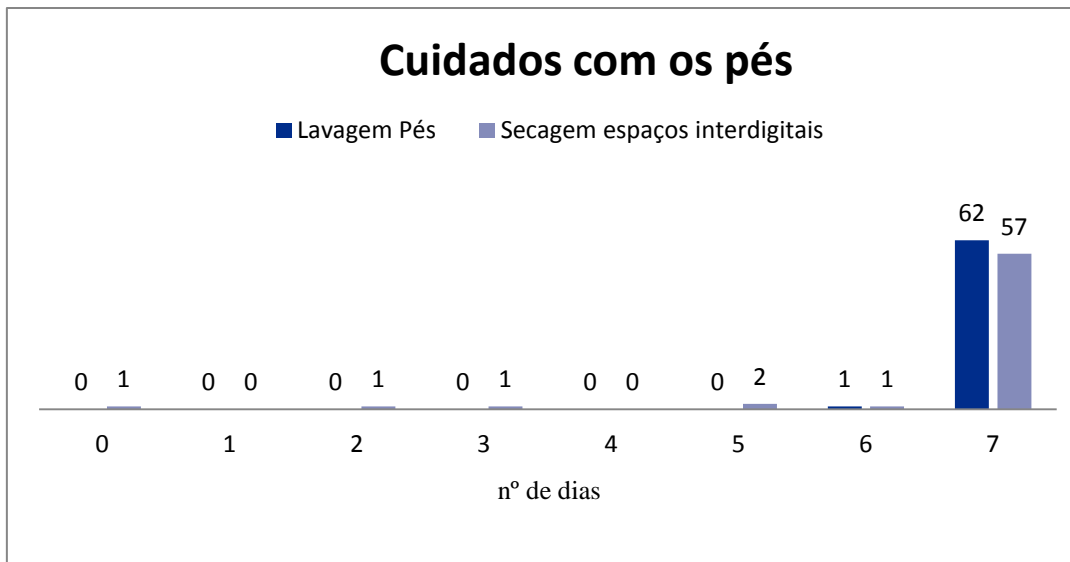


Gráfico 15- Distribuição dos dados relativamente à variável cuidados com os pés (lavagem dos pés secagem dos espaços interdigitais).

Os cuidados com os pés apresentam níveis de adesão elevados com 98.4% de adesão nos últimos 7 dias (62 participantes) para a lavagem dos pés; apenas 1 participante (1.6%) o fez em 6 dias. 90.4% (57 participantes) secaram os espaços interdigitais na totalidade dos dias, havendo no entanto 1 (1.6%) que nunca o fez.

Os resultados encontrados por Correia (2007) são inferiores, com 62% de adesão total para a lavagem dos pés e 54% de adesão total para a secagem dos espaços interdigitais

Relativamente aos cuidados com os pés há estudos que revelam que os diabéticos possuem conhecimentos acerca dos cuidados a ter no sentido de evitar complicações. Correia et al (2004) refere no seu estudo que o nível de conhecimentos sobre as actividades necessárias à prevenção do pé diabético era muito bom, mas estes não eram postos em prática.

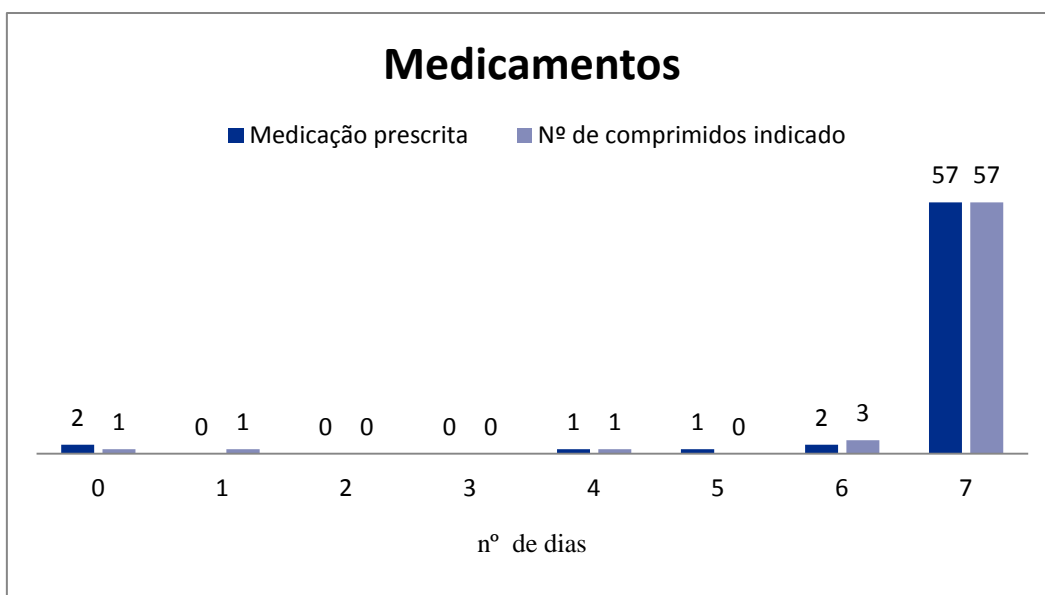


Gráfico 16- Distribuição dos dados relativamente à variável medicamentos.

A terapêutica farmacológica é uma actividade em que a adesão é elevada. Verifica-se pela análise do gráfico que 57 participantes cumprem a medicação o que corresponde a uma adesão total de 90.5%. Há no entanto 2 participantes (3.2%) que em nenhum dia tomaram a medicação.

Os resultados encontrados vão de encontro a outros estudos. Bastos (2004) refere que a medicação é um aspecto em que se verifica elevada adesão e refere valores de 91%, enquanto Correia (2007) encontrou níveis de adesão de 86%.

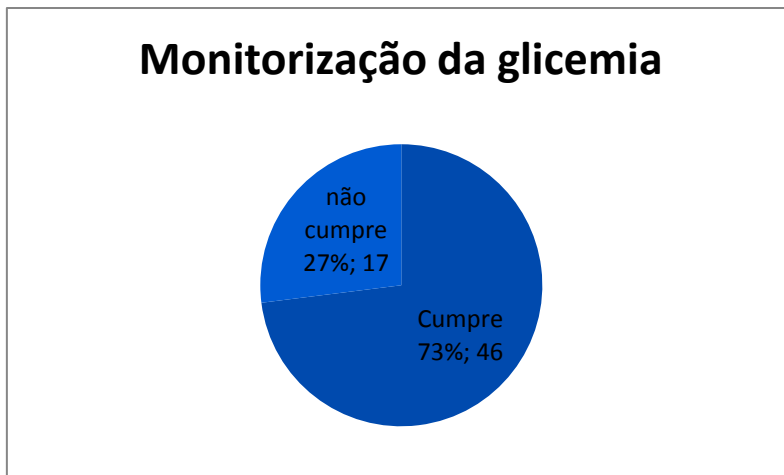


Gráfico 17- Distribuição dos dados relativamente à variável monitorização da glicemia.

A adesão à monitorização da glicemia apresenta níveis de adesão às recomendações de 73% (46 elementos) contra níveis de não adesão de 27% (17 participantes). Correia (2007) encontrou níveis de adesão de 86% ao passo que Ortiz (2010) refere sem quantificar níveis baixos de adesão a esta actividade.

A auto vigilância da glicemia é um aspecto importante do auto cuidado na diabetes. Através da monitorização da glicemia, capilar o diabético tem uma percepção do seu controle metabólico podendo assim gerir e seu regime terapêutico. As orientações de auto vigilância devem ser dadas de forma personalizada.

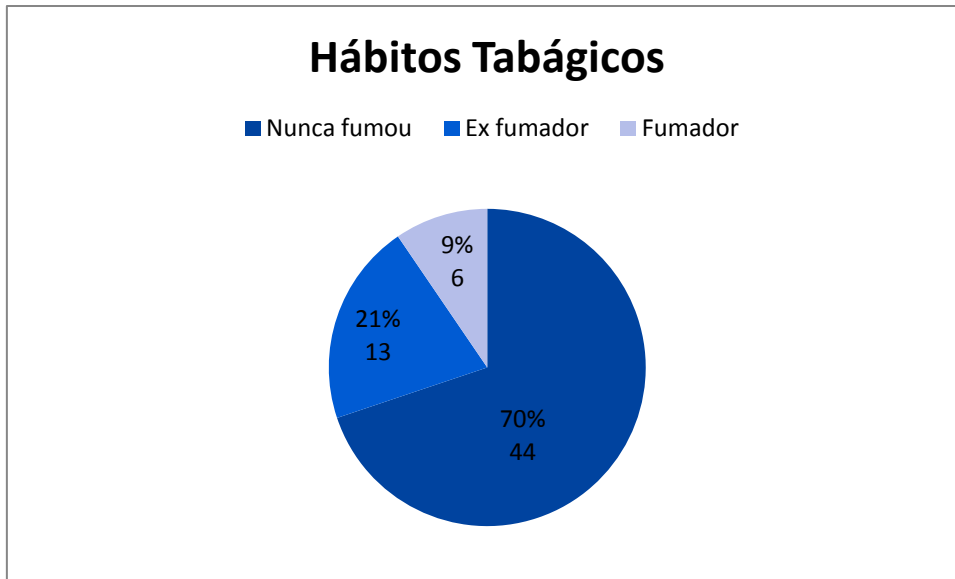


Gráfico 18- Distribuição dos dados relativamente à variável hábitos tabágicos.

Verifica-se uma percentagem de 91% de não fumadores (57 participantes), sendo que 21% (13 elementos) são ex-fumadores e 6 tem hábitos tabágicos, ou seja 9% da amostra total.

Na sua amostra Correia (2007) encontrou apenas 2% de fumadores.

CONCLUSÃO

Com a conclusão deste trabalho chegou a altura de reflectir acerca de todo o percurso que antecedeu esta fase.

AS vivências do adulto com diabetes méllitus tipo 2 relativamente à gestão do regime terapêutico foi um trabalho que além de permitir desenvolver competências na área da investigação serviu também para aferir conhecimentos sobre o tema. Mais importante ainda serviu para conhecer melhor a população diabética da instituição onde se exerce a actividade profissional.

As restrições sentidas prenderam-se essencialmente com a inexperiência, visto ser o primeiro trabalho de investigação realizado e com a gestão simultânea da vida profissional e académica.

A diabetes é uma doença complicada com um tratamento multifacetado. Tem complicações sérias a longo prazo e é no sentido de as prevenir que os enfermeiros desenvolvem esforços. O diagnóstico de uma doença crónica quando a pessoa está em idade activa e com plenas capacidades é difícil de aceitar, e as mudanças nos hábitos de vida não são fáceis. Um plano terapêutico só terá sucesso se for individualizado. Assim é fundamental que o enfermeiro conheça os comportamentos dos diabéticos para assim adequar a sua intervenção.

Os resultados alcançados com este trabalho permitiram concluir que das várias actividades de auto cuidado com a diabetes a alimentação, em algumas das suas vertentes tem um nível de adesão bastante baixo. É preocupante verificar que 34.9% dos inquiridos referem não cumprir o plano alimentar recomendado pelo profissional de saúde. De salientar também a percentagem de elementos que referiu não consumir as porções recomendadas de frutos e vegetais em nenhum dos últimos 7 dias (6.3%) Verificou-se também que o consumo de pão à refeição faz parte dos hábitos da amostra inquirida, assim como a mistura de hidratos de carbono. A utilização de açúcar e feita diariamente por 20.6% dos participantes A prática de exercício físico específico apresenta valores preocupantes verificando-se um nível de sedentarismo considerável,

em que 22.2% dos participantes não tiveram 30 minutos de actividade física contínua em nenhum dos últimos 7 dias. Verificou-se também que os cuidados com os pés, aspecto tão importante na prevenção de complicações mais sérias, é uma vertente muito descuidada por parte dos diabéticos. Pela positiva destaca-se a terapêutica farmacológica com níveis de adesão total de 90.4% e o cumprimento das orientações relativas à auto vigilância da glicemia com níveis de adesão de 73%. Mesmo nos parâmetros onde a taxa de adesão é elevada há sempre que intervir junto daquela minoria que não cumpre.

Assim os enfermeiros devem ser agentes de mudança junto dos diabéticos, proporcionando-lhes através da educação para a saúde toda a informação e cuidados a ter para prevenir o aparecimento de complicações, envolvendo-os no seu processo de auto cuidado.

A autora exerce as funções de enfermeira de família de uma área geográfica e pretende através do envolvimento da autarquia, dinamizar na localidade grupos para a prática de exercício físico, sendo este o passo seguinte.

BIBLIOGRAFIA

- American Diabetes Association (2002). Standards of Medical Care, for Patients with Diabetes Mellitus, *Diabetes Care*, 25 suppl 1 pp-33-49.
- Boavida, J. (2006). A doença e o doente, *Revista Portuguesa de Diabetes*, 1 (1), suplemento 102.
- Bastos, F. (2004). *Adesão ao regime terapêutico do diabético tipo 2, participação das esposas no plano educacional*, Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Bastos, F. et al (2007). Propriedades Psicométricas da Escala de Auto Cuidado com a Diabetes Traduzida e Adaptada, *Acta Medica Portugal*, 20 ,pp 11-20.
- Caldeira, J; Duarte, R. (2002). Exercício Físico, in Duarte R. *Diabetologia Clínica*, 3^a ed. Lisboa, Lidel, Edições Técnicas Limitada.
- Caldeira, J; Osório, I. (2002). Alimentação, noções práticas, in Duarte, R . *Diabetologia Clínica*, 3^a ed. Lisboa Lidel- Edições Técnicas Limitada.
- Carvalho, M. (2003). Onde estamos e para onde vamos na diabetes em Portugal e no mundo, *Boletim da Sociedade Portuguesa de Diabetologia* (7) pp 6-9.
- Casemeyer, V. (1995) Intervenção junto de Pessoas com Diabetes Mellitus e Hipoglicemia, in Phipps, W. et al *Enfermagem Medico Cirurgica: Conceitos e Prática Clínica*, Lisboa Lusodidacta pp. 1122-1171.
- CIPE/ICNP Conselho Internacional de Enfermeiros (2002), Versão Beta 2- *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, IGIF; APE.
- Correia, C. (2007), *Adesão e Gestão do Regime Terapêutico em Diabéticos Tipo 2- o papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta. Leiria.
- Correia et al (2004) *Nível de educação sobre prevenção do pé diabético em diabéticos tipo 2 seguidos na consulta de enfermagem no Centro de Saúde a Lourinhã* Monografia de licenciatura em enfermagem apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Leiria.

Correia, F. Arreiro, C. (2008). Alimentação do Diabético, in Alves et al ,*Diabetomecum*, Lisboa, IBSN: 972-733-219-6, pp 89-97.

Cruz, C. (2005). Tratamento não Farmacológico da Diabetes Tipo 2, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, pp 587-595.

Dicionário de Língua Portuguesa (1984). 6ª Edição, Porto. Porto Editora,

Direcção Geral de Saúde (2008) *Programa Nacional de Prevenção e Controle da Diabetes*. Lisboa.

Direcção Geral de Saúde (2011) Norma nº 02/2011, Diagnostico e Classificação da Diabetes Méllitus. Lisboa.

Duarte et al (2007). Recomendações da Sociedade Portuguesa de Diabetologia para o Tratamento da Hiperglicemia e Factores de Risco na Diabetes Tipo 2, *Revista Portuguesa de Diabetologia*, 2 (4) Suppl 5-18, p.14.

Duarte, R. (2002). Epidemiologia da Diabetes. In Duarte R , *Diabetologia Clínica*, 3ª ed Lisboa, Lidel, pp 43-46.

Fortin, M. (1996) *O Processo de Investigação, da Concepção à Realização*, Lusociência, Loures.

Gallego, R. Caldeira J, (2007). Complicações Agudas da Diabetes Melitus, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, pp 565-575.

Garreth, W. Pickup, J.(2006) *Hand Boock of Diabetes* 3ª ed. Fascículo 3, Algés, Euromedice, edições médicas.

Goldstein, B. Müller-Wieland, D. (2008). Diabetes Tipo 2 Princípios e Prática, 2ª ed., Algés ,Euromédice.

Hill, M. : Hill, A. (2009) *Investigação por Questionário* 2ª ed. Sílabo, Lisboa.

Johnson, S. (1992) *Methodological issues in Diabetes research*.*Diabetes Care* , 15 pp 1658-1667.

OMS, Carta de Ottawa Para Promoção da Saúde, 1ª Conferência Internacional Para Promoção da Saúde, 1986.

Ortiz, L. et al (2010) Conceitos de autocuidado em adultos com Diabetes tipo 2 ,*Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto Vol. 18. Nº 4.

Pereira, E. (2004) *A Cinderela da Diabetes: pé diabético, perspectiva da Saúde Pública*, Lisboa, Climepsi Editores.

Polit et al (2004). *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem, Métodos, Avaliação e Utilização*, Porto Alegre, Artmed.

Raposo, J. (1999). Antidiabeticos Orais, *Diabetes-Viver em equilíbrio* (10) 8.

Sooriakumaran, P. (2007). *Guia Prático das Urgências Médicas*, 1ª ed, Lisboa, Climepsi Editores.

Sousa, M. et al (2007) Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem, influencia na adesão ao regime terapêutico. In *Referências II série*, nº 8 pp 59-67.

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2003) (em linha). Disponível em <http://www.apdp.pt/diabetes.asp> , consultado em 11/01/2011.

Médicos de Portugal, Auto-vigilância da Diabetes, (em linha). Disponível em http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/utentes/diabetes/auto-vigilancia_do_diabetico/2, consultado em 12/01/2011.

OMS, Diabetes. (em linha). Disponível em <http://translate.googleus> Consultado 12/01/2011.

Portal da Saúde-Diabetes (2003) (em linha) Disponível em <http://www.portaldasaude.pt> consultado em 05/01/2011.

Rabello, E, Passos, (2007) J. *Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento*, (em linha). Disponível em <http://www.josesilveira.com> consultado em 02/11/2011.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2010) (em linha). Disponível em http://www.spd.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=58&Itemid= consiltado em 12/01/2011.

Vivendo com a Diabetes, Exercício físico na diabetes tipo 1 e diabetes tipo2. (em linha). Disponível em <http://vivendocomdiabetes.blogspot.com/2008/03/exercicio-fisico-no-diabetes.html>.

- ANEXOS -

- ANEXO I -

Questionário de Avaliação das Actividades de Auto-cuidado com a Diabetes

Data de nascimento ____/____/____

Sexo M F

Estado Civil: Solteiro/a Casado/a Viúvo/a Divorciado/a

Habilitações Literárias _____ Profissão _____

ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADO COM A DIABETES

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a diabetes durante os últimos 7 dias. Se esteve doente durante os últimos 7 dias, por favor lembre-se dos últimos 7 dias em que não estava doente.

1. ALIMENTAÇÃO GERAL	N.º de Dias
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0 1 2 3 4 5 6 7
1.2 Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0 1 2 3 4 5 6 7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu Carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.4 Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.5 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.6 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.7 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.8 Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	0 1 2 3 4 5 6 7
3. ACTIVIDADE FÍSICA	
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade contínua, inclusive andar).	0 1 2 3 4 5 6 7
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0 1 2 3 4 5 6 7
4. CUIDADOS COM OS PÉS	
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7
4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS inspeccionou o interior dos seus sapatos?	0 1 2 3 4 5 6 7
4.3. Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7
4.4 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	0 1 2 3 4 5 6 7

5. MEDICAMENTOS	
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes? OU (se insulina e comprimidos):	0 1 2 3 4 5 6 7
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0 1 2 3 4 5 6 7
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0 1 2 3 4 5 6 7
6. MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA	
6.1 Quantas vezes por semana lhe recomendaram que avaliasse o açúcar no sangue?	
6.2 Quantas vezes avaliou o açúcar no sangue na última semana?	
7. HÁBITOS TABÁGICOS	
7.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____	
7.3 Quando fumou o seu último cigarro? 0 <input type="checkbox"/> Nunca fumou 1 <input type="checkbox"/> Há mais de dois anos atrás 2 <input type="checkbox"/> Um a dois anos atrás 3 <input type="checkbox"/> Quatro a doze meses atrás 4 <input type="checkbox"/> Um a três meses atrás 5 <input type="checkbox"/> No último mês 6 <input type="checkbox"/> Hoje	

Versão traduzida e adaptada para Português de "Summary of Diabetes Self-Care Activities" de Glasgow R, Toobert D, Hampson S (2000), por Bastos F e Lopes C (2004)

- ANEXO II -

Pedido de autorização à Direcção da Instituição para a realização do estudo

Complemento de Formação em Enfermagem

Universidade Fernando Pessoa
Ciências da Saúde

Deferido
11/04/2011
Manuel Vilas - Boas
Director Executivo

**Exmo. Sr. Presidente Executivo
ACES Cávado III – Barcelos / Esposende**

Helena Maria Cruz Azevedo, enfermeira graduada, a desempenhar funções na USF Esposende Norte, é presentemente aluna da Universidade Fernando Pessoa no Porto, para obtenção do grau de licenciada em **Enfermagem**. Sob a orientação das Senhoras Enfermeiras Professoras Júlia Rodrigues e Manuela Pontes, pretende elaborar um trabalho de investigação que tem como tema **As vivências do adulto com Diabetes Mellitus tipo 2 relativamente à Gestão do Regime Terapêutico**, com os seguintes objectivos:

- Identificar os padrões de exercício físico do adulto com diabetes mellitus tipo 2.
- Conhecer os hábitos alimentares do adulto com diabetes mellitus tipo 2.
- Identificar as práticas do adulto com diabetes mellitus tipo 2 relativamente à auto-vigilância da glicemia capilar.
- Conhecer os procedimentos do adulto com diabetes mellitus tipo 2 relativamente à terapêutica farmacológica.

Para a elaboração do trabalho necessita colher dados junto dos utentes que recorram ao Centro de Saúde; para o que requer a autorização de V. Exa. Prevê-se que a colheita seja realizada no segundo trimestre de 2011. Compromete-se desde já a não perturbar o normal funcionamento do serviço e face aos resultados encontrados realizar a formação que se achar pertinente.

Pede deferimento

Esposende, 13 de Abril de 2011

*Tornei conhecimento
É de deferir pela pertinência
do tema
A comissão Superior
Azevedo*

A Requerente:

Helena Maria Cruz Azevedo

- ANEXO III -

Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Helena Maria Cruz Azevedo, Enfermeira, a frequentar o curso de Complemento de Formação em Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa, propõe-se realizar um estudo subordinado ao tema "As vivências do adulto com diabetes mellitus tipo 2 relativamente à gestão do regime terapêutico, dirigido a diabéticos inscritos na Instituição onde exerce funções.

São objectivos do estudo: Identificar os padrões de exercício físico do adulto com diabetes mellitus tipo2; Conhecer os hábitos alimentares do adulto com diabetes mellitus tipo2; Identificar as práticas do adulto com diabetes mellitus tipo 2 relativamente à auto-vigilância dos pés e da glicemia capilar; Conhecer os procedimentos dos adultos com diabetes mellitus tipo 2 relativamente à terapêutica farmacológica; Conhecer os hábitos tabágicos do adulto com diabetes mellitus tipo 2,

O estudo tem como finalidade identificar as vivências do adulto com diabetes mellitus tipo 2 relativamente à gestão do regime terapêutico.

Eu, abaixo-assinado, -----

tomei conhecimento do estudo em que serei incluído e compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, que versou os objectivos, os métodos e a sua finalidade.

Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo.

Por isso, consinto que me seja aplicado o instrumento proposto pelo investigador.

Data: ___ / _____ / 2011

Assinatura do participante: _____

O Investigador responsável:

Nome: Helena Maria Cruz Azevedo

Assinatura: _____