

Vanessa Cristina Ribeiro da Silva Ferreira

A Adesão ao Regime Terapêutico por parte dos Idosos com Diabetes Mellitus Tipo II

- Uma amostra dos centros de dia da área metropolitana do Porto -

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2012

Vanessa Cristina Ribeiro da Silva Ferreira

A Adesão ao Regime Terapêutico por parte dos Idosos com Diabetes Mellitus Tipo II

- Uma amostra dos centros de dia da área metropolitana do Porto -

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2012

Vanessa Cristina Ribeiro da Silva Ferreira

A Adesão ao Regime Terapêutico por parte dos Idosos com Diabetes Mellitus Tipo II
- Uma amostra dos centros de dia da área metropolitana do Porto -

(Vanessa Cristina Ribeiro da Silva Ferreira)

“Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para a obtenção do
Grau de Licenciada em Enfermagem”

Sumário:

O presente trabalho relata o percurso de uma investigação delineada com a finalidade de identificar “A adesão ao Regime Terapêutico por parte dos Idosos com Diabetes Mellitus Tipo II”.

A razão principal para a realização deste estudo prende-se com o facto de ser um assunto atual e preocupante nos dias de hoje, pois segundo Silva (2006) a Organização Mundial de Saúde, estima que cerca de 135 milhões de pessoas, em todo o mundo, têm diabetes e prevê que em 2030 este número atinja os 366 milhões, dos quais 48 milhões serão cidadãos europeus.

Este estudo insere-se no paradigma quantitativo, sendo do tipo descritivo simples, transversal e foi realizado em meio natural. A população em estudo é constituída por todos os utentes idosos com Diabetes Mellitus tipo II dos centros de dia da área metropolitana do Porto, tendo sido estudada uma amostra de 30 utentes idosos, sendo 19 do género feminino e 11 do género masculino, obtida por um processo de amostragem não probabilístico por conveniência.

A recolha de informação foi realizada através da aplicação de um questionário, na qual, os dados recolhidos foram analisados utilizando estatística descritiva.

Após a análise das respostas aos questionários aplicados, verifica-se que na opinião da amostra, a mesma possui adesão ao regime terapêutico na Diabetes Mellitus tipo II que lhes foi recomendado pelos profissionais de saúde.

Summary:

This study describes the course of an investigation outlined with the aim of identifying the "The therapeutic regimen adherence by the elderly with Diabetes Mellitus Type II".

The main reason for this study is related to the fact that Diabetes is a current issue and a matter of concern in our days, according to Silva (2006) World Health Organization, estimated that about 135 million people, worldwide, had diabetes and foresees that by 2030 this number will increase to 366 million, of which 48 million were Europeans.

This study falls within the quantitative paradigm, simple and descriptive, cross and was carried out in natural environment. The study population is constituted by all elderly with diabetes mellitus type II that uses Day Centers in the metropolitan area of Porto, has been studied a sample of 30 elderly users, from which 19 were females and 11 were males, who agreed to participate in this study, the selection of the 30 individuals was obtained by a process of non-probabilistic sampling by convenience.

The collection data was performed by applying a questionnaire, in which, the collected data were analyzed using descriptive statistics.

After reviewing the responses to questionnaires, it appears that in the opinion of the sample possess, the same therapeutic regimen adherence in diabetes mellitus type II was recommended to them by health professionals.

Dedicatória:

Dedico, não só este Projeto mas também a minha Licenciatura aos meus queridos Pais, pela entrega, presença, confiança, apoio, amor e tolerância que têm demonstrado ao longo da minha vida; Irmã, restante Família e ao meu Namorado por me desvendarem, sempre o caminho mais certo, pelo carinho, compreensão, incentivo e dedicação que sempre demonstraram, em todos os momentos importantes da minha jornada, pois sem estas pessoas importantes, nada seria possível.

Agradecimentos:

Gostaria de agradecer a todas as pessoas cujo apoio tornou possível a realização deste trabalho. Em especial, ao Enfermeiro José Teixeira, por ter aceite ser o meu orientador, pela paciência, disponibilidade, amizade e pela transmissão dos seus conhecimentos e do seu saber, que se tornaram tão frutuosa na concretização deste projeto.

Os meus agradecimentos vão também para todos os professores do Curso de Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa e aos orientadores Enfermeiros dos vários Ensinos Clínicos, distribuídos pelos diversos hospitais e unidade de saúde familiar, que durante o meu percurso, tanto me ensinaram e demonstraram sempre o seu apoio.

Gostaria de agradecer ainda, á Casa Lordelo e à Obra Social N. Sra. da Boa Viagem, pela colaboração na efetivação do questionário aos vários utentes idosos, pois sem eles não era possível obter a informação que se tornou imprescindível para a concretização deste estudo.

E a todos aqueles que não mencionei mas que também contribuíram para o que irei ser, uma grande Enfermeira.

A todos, o meu muito obrigado!

Índice:

0- Introdução	14
I-Fase Conceptual.....	17
1-Definição do Tema.....	17
2-Formulação do Problema de Investigação.....	17
3-Questões de Investigação.....	18
4-Objetivos.....	19
5-Enquadramento Teórico.....	20
v.i-Definição de Diabetes Mellitus.....	20
v.ii-Classificação e Etiologia da Diabetes Mellitus tipo I e II.....	20
v.iii-Fisiopatologia.....	21
v.iv-Sintomas e Sinais da Diabetes Mellitus tipo I e II.....	21
6-Regime Terapêutico.....	23
vi.i-Tratamento Não Farmacológico.....	23
vi.i.i- Alimentação.....	23
iv.i.ii- Atividade Física.....	24
vi.ii- Tratamento Farmacológico.....	25
vi.ii.i-Insulinoterapia.....	25
vi.ii.ii-Propriedades da Insulina.....	26
vi.ii.iii-Conservação da Insulina.....	26
vi.ii.iv-Tipos de Insulinas disponíveis em Portugal.....	27
vi.ii.v-Avaliação da Glicemia.....	27
vi.ii.vi-Reações adversas à Insulina.....	29
vi.ii.vii-Material para administração da Insulina.....	30
vi.ii.viii-Locais de injeção de Insulina.....	30
vi.ii.ix-Antidiabéticos Orais.....	31

vi.ii.ix.iv-Cuidados na Medicação Oral.....	33
7-Adesão ao Regime Terapêutico.....	34
8-Educação para a Saúde.....	36
9-Idosos e o Envelhecimento.....	37
II-Fase Metodológica.....	39
1- Tipo de Estudo.....	39
2-Meio.....	39
3-Variáveis em Estudo.....	40
4- População e Amostra.....	40
5- Processo de Amostragem.....	41
6- Instrumento de Recolha de Dados.....	41
7- Tratamento e Apresentação de dados.....	43
8- Pré-Teste.....	43
9-Questões Éticas de Investigação.....	44
III-Fase Empírica.....	46
1-Apresentação e análise dos resultados.....	46
i.i-Characterização da Amostra.....	46
2- A Adesão ao Regime Terapêutico por parte dos Idosos com Diabetes Mellitus tipo II.....	48
IV-Discussão dos Resultados.....	56
V-Conclusão.....	61
Bibliografia	
Anexos I (Questionário)	
Anexos II (Apresentação e Análise dos Resultados – Quadro 22)	

Índice de Quadros:

Quadro 1: Estatística Descritiva relativa à Idade.....	46
Quadro 2: Distribuição da amostra relativamente ao Género.....	47
Quadro 3:Distribuição da amostra relativamente ao Estado Civil.....	47
Quadro 4:Distribuição da amostra relativamente às Habilitações Literárias.....	47
Quadro 5:Distribuição da amostra relativamente a quais são os sintomas da diabetes tipo II.....	48
Quadro 6:Distribuição da amostra relativamente a quais os fatores de risco para a diabetes tipo II.....	48
Quadro 7:Distribuição da amostra relativamente a quais as complicações tardias mais frequentes da diabetes tipo II.....	49
Quadro 8:Distribuição da amostra relativamente na conservação e armazenamento da terapêutica oral e/ou injetável.....	49
Quadro 9:Distribuição da amostra relativamente o que deve fazer antes de administrar a insulina.....	50
Quadro 10:Distribuição da amostra relativamente qual o local que não deve ser administrado a insulina.....	50
Quadro 11:Distribuição da amostra relativamente na toma da medicação oral o que deve ter em atenção.....	50
Quadro 12:Distribuição da amostra relativamente qual a bebida que não deve ingerir na toma da medicação oral.....	51
Quadro 13:Distribuição da amostra relativamente ao resultado do teste de açúcar no sangue em jejum.....	51
Quadro 14:Distribuição da amostra relativamente quando a pessoa faz hiperglicémia..	52
Quadro 15:Distribuição da amostra relativamente quando a pessoa faz hipoglicémia...	52
Quadro 16:Distribuição da amostra relativamente ao regime terapêutico na Diabetes o que deve incluir.....	52
Quadro 17:Distribuição da amostra relativamente sobre o exercício físico regular permite.....	53
Quadro 18:Distribuição da amostra relativamente sobre a duração de prática de exercício, se possível, deverá ter a seguinte duração.....	53
Quadro 19:Distribuição da amostra relativamente sobre o exercício físico e os cuidados com os pés.....	54

Quadro 20:Distribuição da amostra relativamente ao que o diabético deve evitar comer para realizar uma alimentação equilibrada.....	54
Quadro 21:Distribuição da amostra relativamente à importância do diabético realizar uma alimentação saudável e equilibrada.....	54
Quadro 22:Distribuição da amostra no que diz respeito à importância para a adesão terapêutica.....	55

Abreviaturas:

0- Zero

I- Um

II- Dois

III- Três

XX- Vinte

XXI- Vinte e um

β - Beta

α - Alfa

< - Menor

> - Maior

% - Percentagem

°C-Graus Célsius

cm- Centímetros

dl- Decilitro

EUA- Estados Unidos da América

g - Gramas

HDL- High-density lipoprotein

Infarmed- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P

LDL- Low-density lipoprotein

mm- Milímetros

ml- Mililitros

mg-Miligramas

O.M.S- Organização Mundial de Saúde

U- Unidade

Kg- Quilograma

0-Introdução:

No contexto do 4º ano, do Curso de Licenciatura de Enfermagem da Faculdade das Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa, do ano letivo 2011/2012, preconiza-se como última etapa, para a obtenção do grau de licenciatura, a realização de um projeto de graduação. Assim e dando sequência a essa exigência, do plano de estudos, surgiu o presente trabalho de investigação, que tem como título “A adesão ao Regime Terapêutico por parte dos Idosos com Diabetes Mellitus Tipo II”. A escolha do tema prendeu-se basicamente, com o facto de ser um assunto atual e preocupante nos dias de hoje, pois segundo Silva (2006) a O.M.S, estimava que cerca de 135 milhões de pessoas, em todo o mundo, tinha diabetes e prevê que em 2030 este número atinja os 366 milhões, dos quais 48 milhões serão cidadãos europeus.

A Investigação em Enfermagem, não só é necessária como fundamental, pois é uma profissão em constante desenvolvimento.

Segundo Fortin (1999) a investigação científica é “um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação”. Refere também que “de todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é a mais rigorosa e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional”.

Como motivações pessoais, proporcionou à discente uma motivação e interesse relativamente a este tema, devido ao aumento do número de doentes crónicos idosos com diabetes mellitus tipo II. A realização dos vários ensinamentos clínicos, estando a aluna em contacto no terreno com a população idosa, constatou-se que a maioria dos idosos ao saber da sua doença crónica, não cumpre o regime terapêutico, pois esta é uma doença grave que pode causar lesões irreversíveis para toda a vida, no entanto, apesar dos alertas e educação para a saúde por parte da equipa pluridisciplinar, a mudança de comportamentos por parte dos idosos não acontecem. As motivações académicas são: aplicar os conhecimentos metodológicos na abordagem da temática em estudo; aprofundar e desenvolver os conhecimentos na área da investigação científica; servir de

instrumento de avaliação para o grau de licenciada e aprofundar os conhecimentos sobre a temática.

As finalidades do projeto de investigação são:

- ✓ Identificar as informações sobre os sinais e sintomas da Diabetes Mellitus tipo II, que os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da área metropolitana do Porto possuem;
- ✓ Identificar a informação sobre cuidados a ter na administração da Insulinoterapia e Terapêutica Oral, que os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da área metropolitana do Porto possuem;
- ✓ Identificar se os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da área metropolitana do Porto cumprem as regras, horários e locais de administração da insulina;
- ✓ Identificar a informação sobre as complicações decorrentes do tratamento farmacológico, que os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da área metropolitana do Porto possuem;
- ✓ Identificar quais os hábitos de vida saudáveis, que os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da área metropolitana do Porto possuem;
- ✓ Identificar a opinião relativamente à adesão terapêutica dos utentes idosos diabéticos tipo II.

Esta investigação, sustenta-se numa metodologia quantitativa sendo o estudo descritivo simples, transversal, em meio natural. Como processo de amostragem será não probabilístico por conveniência.

O instrumento de recolha de dados adotado, foi o questionário, aplicado a uma amostra de 30 idosos Diabéticos tipo II nos centros de dia da área metropolitana do Porto, durante os meses de Dezembro de 2011 e Janeiro de 2012, tendo-se utilizado para a respetiva análise dos resultados obtidos, o programa informático SPSS (Statistics Package for the Social Science), na versão 20.0 para ambiente Windows.

Segundo Fortin (1999) “O processo de investigação divide-se em três fases, sendo elas a fase concetual, a fase metodológica e a fase empírica.”

Este trabalho, é constituído pela introdução (Capítulo 0); a fase concetual (Capítulo I) constituída pela matriz teórica, o título, a justificação do tema e as questões de investigação e respetivos objetivos; a fase metodológica (Capítulo II) aborda a ética e a investigação, o desenho da investigação, (onde se define o tipo de estudo, as variáveis, o meio, a população, a amostra e o respetivo processo de amostragem) e, ainda o método de colheita de dados; a fase empírica (Capítulo III), apresenta a recolha e a análise dos dados; a interpretação e a comunicação dos resultados e por fim a conclusão.

A realização deste trabalho de investigação teve início a Abril de 2011 e o seu término ocorreu a Abril de 2012.

Verificámos que esta amostra demonstra adesão ao tratamento na diabetes mellitus tipo II, pois de acordo com os objetivos, a amostra em estudo soube identificar quais os cuidados a ter na administração da insulino-terapia e terapêutica oral; cumprimento das regras, horários e locais de administração da insulina; identificação da informação sobre as complicações decorrentes do tratamento farmacológico; quais os hábitos de vida saudáveis e qual a importância para adesão terapêutica.

Assim, de acordo com a opinião da amostra, a mesma possui adesão ao regime terapêutico que lhes foi recomendado pelos profissionais de saúde.

I-Fase Concetual:

É a fase que consiste em definir os elementos de um problema. No decurso desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema (Fortin, 1999).

1-Definição do Tema:

O título deste trabalho, foi elaborado com base em toda a matriz teórica executada nesta investigação, tendo como o intuito de adquirir o maior número de conhecimentos relacionados com a temática, nas quais, foram efetuadas inúmeras pesquisas bibliográficas o que permitiram sintetizar a vasta informação.

Assim, o título foi definido como: “A adesão ao Regime Terapêutico por parte dos Idosos com Diabetes Mellitus Tipo II”.

2-Formulação do Problema de Investigação:

A determinação do problema de investigação, assume elevada importância, uma vez que constitui o ponto de partida para a realização do projeto de investigação, fornecendo orientações para o desenvolvimento de todo o processo.

Um problema de investigação é uma situação que necessita de uma solução ou de uma explicação. Segundo Fortin (1999), “qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação considerada problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”.

Definiu-se para este estudo, o seguinte problema de investigação: Que informação tem os utentes idosos com Diabetes Mellitus tipo II dos Centros de Dia da área metropolitana do Porto, sobre Regime Terapêutico?

Segundo Silva (2006), a O.M.S, estima que o aumento do número de doentes idosos com diabetes tipo II, na qual, prevê-se a sua duplicação em 2030, e na realização de vários ensinamentos clínicos, constata-se que a maioria da população idosa ao saber da sua doença crónica, não adere ao regime terapêutico, no entanto, apesar dos alertas e educação para a saúde por parte da equipa multidisciplinar, a mudança de comportamentos por parte dos idosos não acontecem, proporcionando à discente uma inquietação e interesse sobre o tema.

3-Questões de Investigação:

Na perspectiva de Fortin (1999) uma questão de investigação, “apresenta o domínio, explica a sua importância, condensa os dados factuais e as teorias existentes nesse domínio e justifica a escolha do estudo”.

Este projeto será concluído tendo em conta algumas questões de investigação, pois “são premissas sobre quais se apoiam os resultados de investigação.” (Fortin, 1999), tais como:

- ✓ Os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da área metropolitana do Porto identificam corretamente os sinais e sintomas da diabetes mellitus tipo II?

- ✓ Os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da área metropolitana do Porto identificam a informação sobre cuidados a ter na administração da Insulinoterapia e Terapêutica Oral?

- ✓ Os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da área metropolitana do Porto cumprem as regras, horários e locais de administração da insulina?

- ✓ Os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da área metropolitana do Porto identificam as complicações decorrentes do tratamento farmacológico?

✓ Os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da área metropolitana do Porto identificam quais os hábitos de vida saudáveis?

✓ Qual a opinião dos utentes idosos diabéticos tipo II em relação à adesão terapêutica?

4-Objetivos:

Os objetivos traçados para este estudo de investigação serão baseados nas questões de investigação formuladas anteriormente. Assim temos como objetivos:

✓ Identificar as informações sobre os sinais e sintomas da Diabetes Mellitus tipo II, que os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da área metropolitana do Porto possuem;

✓ Identificar a informação sobre cuidados a ter na administração da Insulinoterapia e Terapêutica Oral, que os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da área metropolitana do Porto possuem;

✓ Identificar se os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da área metropolitana do Porto cumprem as regras, horários e locais de administração da insulina;

✓ Identificar a informação sobre as complicações decorrentes do tratamento farmacológico, que os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da área metropolitana do Porto possuem;

✓ Identificar quais os hábitos de vida saudáveis, que os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da área metropolitana do Porto possuem;

✓ Identificar a opinião relativamente à adesão terapêutica dos utentes idosos diabéticos tipo II.

5-Enquadramento Teórico:

v.i- Definição de Diabetes Mellitus:

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica e metabólica que se caracteriza por hiperglicémia, resultante da falta de secreção de insulina, da ação da insulina, ou de ambas, nos tecidos-alvo do músculo-esquelético, do tecido adiposo e do fígado. A diabetes não-controlada pode originar lesões a longo prazo, disfunção e falência dos órgãos, esta não é curável, mas pode ser controlada (Ulchaker, 2003; Vieira, 2009).

v.ii- Classificação e Etiologia da Diabetes Mellitus tipo I e II:

Distinguem-se vários tipos de diabetes mellitus, o tipo I que costuma aparecer na infância ou na juventude (antes dos 30 anos). A falta de insulina deve-se à destruição das células β do pâncreas designadas “ilhéus de Langerham”, o aparecimento desta lesão auto-imune associa-se aos fatores ambientais, produzindo-se rapidamente. Os doentes que sofrem de diabetes tipo I, geralmente são magros o que necessitam de injetar insulina para poder controlar o nível de glicemia no sangue (Ulchaker, 2003).

Na diabetes tipo II, costuma surgir depois dos 40 anos e a sua maior incidência produz-se por volta dos 60 anos, embora também possa surgir em pessoas mais jovens. A realização da insulina pelo pâncreas não é suficiente para as necessidades do organismo do doente, surgindo a insulino-resistência em que as necessidades da insulina são superiores ao que seria normal. Numa primeira fase, o pâncreas retribui com o aumento da produção mas com a evolução da doença acaba por entrar em “cansaço” e a produção de insulina vai diminuir. Neste tipo de diabetes os indivíduos com história familiar, antecedentes da intolerância à glucose e indivíduos obesos são fatores de risco (Vieira, 2009).

v.iii- Fisiopatologia:

O que caracteriza a diabetes tipo II é o déficit de insulina relativa, o pâncreas produz quantidades normais ou excessivas de insulina, no qual, o organismo não é capaz de usar com eficácia, pelo que os níveis de glucose permanecem elevados, designado por insulino-resistência. Esta deficiência absoluta ou relativa, leva a anomalias no metabolismo de nutrientes que provêm dos alimentos ingeridos, que são constituídos por hidratos de carbono, proteínas e gorduras. O organismo necessita destes nutrientes para desenvolver as suas funções, formação e reparação dos tecidos. A insulino-deficiência e a hiperglicémia levam a muitas alterações no metabolismo, incluindo hiperosmolaridade, diurese osmótica, glicosúria, carência celular, perda calórica e aumento do metabolismo lipídico e do catabolismo (Ulchaker, 2003).

v.iv- Sintomas e Sinais da Diabetes Mellitus tipo I e II:

No tipo I, os sintomas surgem rapidamente, como por exemplo a poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, fadiga, fraqueza, cetoacidose diabética, visão turva e infeções recorrentes (Ulchaker, 2003; Vieira, 2009).

No tipo II, podem estar presentes os mesmos sintomas embora menos acentuados, à exceção do peso que pode aumentar. A cetoacidose é uma afeção rara. Se a concentração de açúcar no sangue for muito elevada, em geral devido ao stress provocada por uma infeção ou um medicamento, produz-se desidratação grave, confusão mental, sonolência, convulsões e uma afeção denominada coma hiperglicémico hiperosmolar não cetónico (Ulchaker, 2003; Vieira, 2009).

A diabetes, é considerada uma doença para toda a vida, mas que controlada através da concentração sérica de glucose pode evitar o aparecimento de graves complicações. Estima-se que 40% dos diabéticos venham a sofrer de complicações tardias da sua doença, que são as principais causas de morbilidade e mortalidade na diabetes. Estas evoluem de forma silenciosa e, por vezes, só são detetadas quando estão instaladas (Vieira, 2009).

No decorrer do tempo, a concentração sérica alta de glicose afeta os vasos sanguíneos, os nervos e outras estruturas internas. Se o diabético não controlar a sua glicemia e os seus valores de tensão arterial, poderá sofrer alterações a nível dos grandes e médios vasos sanguíneos (Vieira, 2009).

Substâncias complexas derivadas do açúcar, acumulam-se nas paredes dos vasos sanguíneos, provocando espessamento, endurecimento e por vezes oclusão por placas de gordura (aterosclerose). Estas, dificultam a passagem de sangue oxigenado e rico em nutrientes comprometendo a alimentação dos tecidos, podendo evoluir para trombozes, enfartes do miocárdio, problemas circulatórios nos membros inferiores que pode levar a lesões na pele e gangrena (Vieira, 2009).

A lesão dos vasos sanguíneos do olho, é a complicação mais comum, podendo causar perda da visão (Retinopatia diabética). O glaucoma, que significa um aumento da pressão intra-ocular e cataratas, afeção da lente do cristalino, que se apresenta opaca e impede a passagem de luz para a retina, tornando a visão baça (Vieira, 2009).

A função renal pode ser comprometida, (Nefropatia) resultando na insuficiência renal crónica e significa que os rins estão impedidos de filtrar e eliminar os produtos residuais do sangue. Um dos primeiros sinais é a presença de microalbuminúria que é reversível com tratamento, por fim a presença de proteinúria que pode ser intermitente ou constante levando a insuficiência renal crónica que termina em hemodiálise (Vieira, 2009).

A lesão dos nervos (Neuropatia) é uma complicação tardia que afeta um grande número de diabéticos. Os nervos são responsáveis pelo envio de informações e ordens, comandadas pelo cérebro, até às diversas partes do corpo. Quando existem lesões a nível dos nervos, que ocorrem devido à degenerescência das fibras nervosas e à microangiopatia dos vasos que irrigam, este envio de informações altera-se. O que pode conduzir à redução ou perda de sensibilidade a nível de alguns órgãos (bexiga, estômago, intestinos), das mãos, pernas e pés, podendo levar ao aparecimento de úlceras, estas podem tornar-se profundas e infetadas e nos casos mais graves à amputação. A perda da sensibilidade pode ser dolorosa e térmica, podem aparecer

atrofias musculares e dificuldade na marcha. Os sintomas mais recorrentes são: sensação de formigamento e diminuição da sensibilidade nos pés e mãos, presença de dor constante, atrofia muscular, incontinência urinária e fecal, alterações na digestão, diarreia, obstipação e disfunção sexual (Vieira, 2009).

6-Regime Terapêutico:

vi.i- Tratamento Não Farmacológico:

vi.i.i- Alimentação:

O tratamento nutricional, é a pedra regular e fundamental da terapia em todos os tipos de diabetes. Este consiste em manter um peso razoável e controlar a glicemia e os níveis lipídicos, sem comprometer a saúde do indivíduo (Ulchaker, 2003).

Uma alimentação controlada, é importante para as necessidades de cada idoso, no sentido de lhe ser proporcionado um ensino sobre nutrição equilibrada, e para a elaboração de planos alimentares flexíveis que se ajustam ao seu estilo de vida (Ulchaker, 2003).

As mudanças devem ser feitas gradualmente, e cabe ao Nutricionista e/ou Enfermeiro ajudar o utente a adotar a dieta que mais se aproxime da ideal, isto é, fornecer todos os constituintes alimentares essenciais, satisfazer as necessidades energéticas, atingir e manter um peso razoável, evitar flutuações diárias nos níveis de glicemia com níveis sanguíneos de glicose num valor o mais próximo do normal, evitar o risco de complicações e os níveis séricos de lípidos (Ulchaker, 2003).

Os alimentos devem ser variados e distribuídos por várias refeições ao longo do dia, e deve-se dar preferência aos cozidos, grelhados ou estufados, temperar com limão, ervas aromáticas ou um pouco de azeite (Ulchaker, 2003).

Uma dieta rica em fibras e hidratos de carbono, faz diminuir as necessidades de insulina e colesterol, bem como os níveis séricos de glucose em jejum e pós-prandial. A fibra aumenta a saciedade, que por sua vez, ajuda a diminuir o peso, mas retarda o esvaziamento gástrico e reduz o pico de glicemia, pelo que ao introduzir fibra na dieta, há que fazer o controlo da glicemia e seus ajustes ou agentes orais. O aumento da ingestão hídrica, também se revela muito benéfico e evite as bebidas alcoólicas. É importante, tomar sempre um bom pequeno-almoço, evitar estar mais de três horas sem comer, deve comer diariamente legumes, frutas e vegetais coloridos, preferir o peixe e carnes magras, evitar as carnes vermelhas, usar gorduras não saturadas, e deve afastar os doces, fritos e as gorduras saturadas, como o óleo, banha e margarina. Outro sistema, que pode ser usado pelo idoso na elaboração da sua dieta, é a pirâmide alimentar, pois o consumo de carne é inferior ao recomendado pela lista de equivalências (Ulchaker, 2003).

vi.i.ii- Atividade Física:

A atividade física, é parte importante do tratamento médico, merecendo, por isso uma explicação cuidadosa e minuciosa antes de ser posta em prática, pois o programa do exercício físico deve ser praticado com regularidade, isto é, de forma progressiva, de 20 a 30 minutos três a cinco vezes por semana. O tipo de exercício que devem evitar é a corrida, o que devem realizar serão as caminhadas, andar de bicicleta e a natação, pois tonifica os músculos, preserva a massa muscular, aumenta a flexibilidade e melhora a sensação de bem-estar (Ulchaker, 2003).

O exercício físico é um excelente sintetizante da insulina, pois aumenta a absorção da glucose pelo músculo-esquelético. A consequente sintetização da insulina, devido ao exercício, permite diminuir a dose de insulina em 25%. A resistência da insulina e o excesso de peso verificam-se em pessoas com diabetes tipo II. Qualquer terapia que reduza a insulina e leva à perda de peso é potencialmente saudável (Ulchaker, 2003).

O exercício é fundamental para baixar os níveis de glucose/glicemia; previne a osteoporose e a obstipação; melhora o perfil lipídico no sangue; diminui o risco cardiovascular; ajuda a perder peso e melhora a condição física do idoso, aumentando o

consumo de energia, força e a flexibilidade; alivia o stress; tonifica os músculos e preserva a massa muscular; aumenta o colesterol HDL; baixa o colesterol LDL e os triglicéridos (Ulchaker, 2003; Brenda & Bare, 2005; Vieira, 2009).

Antes de iniciar a atividade física, todos os doentes idosos devem efetuar um exame físico completo e rigoroso, com recolha dos seus antecedentes, em especial atenção ao sistema cardiovascular e à existência de algumas complicações a longo prazo. Recomenda-se um eletrocardiograma a todos os doentes com mais de trinta e cinco anos. Este permite identificar a existência de doença cardíaca isquémica, silenciosa e hipertensão de esforço. Logo, que o idoso seja autorizado a iniciar o programa de exercício, devem ser indicadas precauções especiais (Ulchaker, 2003; Brenda & Bare, 2005; Vieira, 2009).

Os idosos com diabetes tipo II não controlada correm um grande risco de infeção, pois a eficácia da pele como primeira linha de defesa pode estar diminuída. É extremamente importante, que a pessoa tome medidas higiénicas, diárias, para prevenir a infeção, com destaque especial para os cuidados com os seus pés. São três os fatores que integram os problemas com os pés, na diabetes, sendo eles: neuropatia, isquemia e sépsis. Os pés devem ser observados várias vezes, na qual, é necessária uma avaliação minuciosa, para atingir e manter, a saúde dos seus pés. Cortar as unhas de forma adequada, bem como usar calçado adequado, pode prevenir a evolução do traumatismo e, eventualmente, a amputação associada ao pé diabético (Ulchaker, 2003).

vi.ii- Tratamento Farmacológico:

vi.ii.i- Insulinoterapia:

No organismo humano existe um órgão, o pâncreas constituído por células designados “ilhéus de Langerham” dispersos por células α , responsáveis pela produção da hormona chamada glucagon, células não β e células β , nas quais são encarregadas pela produção da insulina. Estas hormonas são libertadas no sangue através da veia porta que se situa no fígado (Ulchaker, 2003;Vieira, 2009).

Na diabetes tipo II, existe uma enorme carência de insulina devido à produção de insulina pelo pâncreas não sendo suficiente para as necessidades do organismo. O tratamento do tipo II, compreende uma tríade, a insulina, dieta e o exercício físico (Ulchaker, 2003;Vieira, 2009).

As insulinas diferem quanto à rapidez de atuação, período de ação máxima e o período durante ao qual atuam. As insulinas podem ser de ação rápida, intermédia e lenta. São dois os princípios que devem orientar à reunião dos alimentos com a insulina, isto é, a ingestão de hidratos de carbono deve ser coordenada com a cinética da insulina, por sua vez a insulina de ação intermédia ou ação rápida requer a ingestão de suplementos de 15g de hidratos de carbono, por forma a coincidir com o pico de ação da insulina, a via subcutânea é a única utilizada (Ulchaker, 2003;Vieira, 2009).

vi.ii.ii- Propriedades da Insulina:

Atualmente, a insulina existente em Portugal é obtida através de técnicas de engenharia genética, tendo, por isso um grau de pureza elevado, o que reduz, os casos de alergia. Mas ao longo do tempo surgiram novos desenvolvimentos, tais como, o aumento da duração do tempo de ação através da adição de zinco e da protamina e a criação de análogos de insulina que permitem uma absorção mais fisiológica por parte do organismo (Vieira, 2009).

vi.ii.iii- Conservação da Insulina:

A insulina deve ser protegida do calor, frio e da luz solar direta, pois pode ocorrer o perigo de se deteriorar, estas devem estar no frigorífico e não no congelador. As recargas das canetas e as ampolas que estão a ser utilizadas são estáveis fora do frigorífico a 25°C, durante quatro semanas (Vieira, 2009).

vi.ii.iv- Tipos de Insulinas disponíveis em Portugal:

vi.ii.iv.i- Insulina de ação rápida:

Existe sob a forma de solução pelo que tem um aspeto cristalino, começa a produzir efeito ao fim de 10 a 15 minutos, com pico de efeito ao fim de 1 a 2 horas e tem uma duração de 4 a 6 horas. Este tipo de insulina, pode ser utilizado nas bombas de infusão, esta insulina de ação rápida é designada Lispro (Humalog) (Vieira, 2009; Brenda & Bare, 2005).

Segundo Ulchaker (2003) e Brenda & Bare (2005), a insulina de ação rápida, começa a produzir efeito imediatamente, com pico de efeito ao fim de 1 hora e tem uma duração de 3 a 4 horas, esta insulina de ação rápida é designada Aspart (Novolog).

vi.ii.iv.ii- Insulina de ação intermédia:

Este tipo de insulina tem aspeto turvo e deve ser agitada, 20 vezes com cuidado antes da sua administração. Começa a produzir efeito ao fim de 1 a 2 horas, com pico de efeito ao fim de 4 a 12 horas e tem uma duração de 18 a 26 horas (Vieira, 2009).

vi.ii.iv.iii- Insulina de ação lenta:

Este tipo de insulina começa a produzir um efeito contínuo de 24 horas, sem pico de ação. Apresenta-se em canetas pré-cheias de 3 ml ou 300 unidades. Não deve ser administrada por via endovenosa, pois pode ocorrer hipoglicémia grave (Vieira, 2009).

vi.ii.v- Avaliação da Glicemia:

Avaliar a glicemia regularmente, permite ao doente diabético aprender a conhecer o significado dos sinais e sintomas e saber como agir. Os diabéticos, podem fazer um exercício que consiste em tentar adivinhar qual o seu valor de glicemia antes de picar o dedo e registar os dois valores, ou seja, o valor do aparelho e o valor que imaginou. É

importante nos diabéticos que apresentam poucos sintomas de hipoglicémia. No caso dos diabéticos, bem ensinados que fazem a insulina é importante que façam avaliações de glicemia antes da administração de insulina, melhorando o seu auto-controlo, para que possam escolher as doses e a duração de ação da insulina a administrar (Vieira, 2009).

O diabético necessita de conhecer quais os seus valores de glicemia em jejum e após as três refeições principais (pequeno almoço, almoço e jantar).

É aconselhável fazer avaliações de glicemia durante a noite com alguma assiduidade (cerca das 3 a 4 horas da madrugada) para despistar possíveis hipoglicémias noturnas. A frequência das avaliações de glicemia pode variar de doente para doente, consoante a sua situação clínica, assim o diabético que faz insulina deve fazer avaliações de duas a seis vezes por dia, o diabético que toma antidiabéticos orais no mínimo tem que fazer avaliações duas vezes por semana, em jejum e hora e meia a duas horas após uma refeição. Estas avaliações devem ficar registadas em papel com data e hora para facilitar a interpretação dos valores que o diabético apresenta ao longo do dia ou da semana (Vieira, 2009).

Os valores ideais em jejum devem situar-se entre 70 a 110 mg/dl, considerando-se razoáveis os valores entre 111 a 140 mg/dl e maus se forem superiores a 140 mg/dl. Hora e meia e duas horas após as refeições, os valores ideais devem situar-se entre 100 a 145 mg/dl, os razoáveis entre 146 a 180 mg/dl e se forem superiores a 180 mg/dl são considerados maus (Vieira, 2009).

Esta vigilância é importante para os médicos, que podem optar por decisões terapêuticas corretas e saber como é que o organismo do doente se comporta ao longo do dia face aos antidiabéticos orais ou às doses de insulina administradas. Este tipo de vigilância é efetuado através de um aparelho fornecido gratuitamente no Centro de Saúde que permite avaliar a glicemia em tempo real (Vieira, 2009).

Os aparelhos, designados glucómetros nos quais existem vários modelos, estes são cada vez mais fiáveis, rápidos, fáceis de manusear e adaptam-se a quase todos os diabéticos, desde o diabético analfabeto ou ao cego (Vieira, 2009).

Antes de proceder ao teste de glicemia, são necessários vários cuidados, como lavar as mãos com sabão, não usar álcool para desinfetar os dedos, pois pode alterar o resultado do teste, picar a polpa do dedo no bordo lateral para evitar a perda da sensibilidade na ponta dos dedos e obter uma gota de tamanho suficiente para realizar o teste, no entanto, existem outros fatores que podem alterar o resultado, por exemplo: uma gota de sangue insuficiente; não alteração do código do glucómetro sempre que muda de embalagem de tiras de teste; colocação da gota de sangue fora da área de leitura da tira de teste; entrada de ar nos aparelhos que aspiram o sangue e má conservação das tiras de teste (tiras em contato com o ar ambiente e data de validade ultrapassada) (Vieira, 2009).

vi.ii.vi- Reações adversas à Insulina:

A mais frequente é a hipoglicémia (valor baixo de glicose no sangue, ≤ 60 mg/dl), que pode resultar de uma dose excessiva de insulina, atraso ou supressão de uma refeição, ou de fatores que aumentam o consumo de glicose, como o exercício físico. A hipoglicémia pode levar ao coma, convulsões e morte. É muito importante que os doentes diabéticos saibam identificar os sintomas da hipoglicémia, isto é, hipersedurese, trémulos, perturbação na visão, fraqueza muscular, sensação de fome incontrolável, confusão mental, cefaleias, tonturas. Estes sintomas podem ser atenuados após a ingestão de dois a três pacotes de açúcar. A hiperglicémia (aumento da glicose no sangue, ≥ 180 mg/dl), deve-se a uma quantidade insuficiente de insulina, alimentação descuidada e em excesso, pouco exercício físico, presença de infeção ou alterações emocionais. É muito importante que os doentes diabéticos saibam identificar os sintomas da hiperglicémia, isto é, cansaço, sede, emagrecimento, urinar em grande quantidade. Outras reações adversas á insulina, consistem em reações alérgicas, ou lipoatrofia no local da injeção, sendo raras com a insulina humana (Osswald, 2001; Vieira, 2009).

vi.ii.vii- Material para administração da Insulina:

Existem três tipos de material que permitem a administração de insulina, as canetas injetoras, seringas descartáveis e bombas de perfusão subcutânea de insulina. As canetas injetoras são fornecidas gratuitamente pelos laboratórios que fabricam as insulinas e necessitam de agulhas próprias. No caso das seringas, estas podem vir logo com agulha incorporada e podem ser utilizadas mais do que uma vez. As bombas de insulina permitem uma administração de insulina contínua por via subcutânea, sendo possível a administração de bólus da mesma pelo diabético na altura das refeições, apenas a insulina rápida pode ser utilizada nestas bombas (Vieira, 2009).

A dose da insulina é escolhida, em cada doente, pela monitorização da glicemia. Em regra a dose média para diabéticos tipo I é de 0,6-0,7 U/kg por dia (podendo ir de 0,2-1 U/kg por dia). Doentes obesos precisam de maiores quantidades, cerca de 2 U/kg por dia. A dose total deve fornecer as necessidades basais e pós-prandiais, cerca de 50% para cada, nas necessidades basais existe um pico de manhã cedo, o que dá à dose noturna de insulina uma importância especial (Osswald, 2001).

vi.ii.viii- Locais de injeção de Insulina:

Antes de proceder à administração de insulina, as mãos devem ser lavadas com água e sabão e o local da punção deve estar corretamente limpo e desinfetado. Existem vários tipos de agulhas conforme a pessoa que estiver à nossa frente, ou seja, agulhas de 5 mm utilizadas para crianças e pessoas magras; 8 mm utilizadas para adultos e pessoas com excesso de peso e 12 mm para pessoas com obesidade mórbida. A injeção deve ser administrada a 45° ou 90° graus no tecido subcutâneo. Os locais para injetar a insulina são o abdómen (grande rapidez de absorção), antebraços, coxas (pouca rapidez de absorção) e nádegas. É conveniente variar o mais possível os locais de injeção, de preferência no sentido dos ponteiros de relógio, para que a insulina seja absorvida o melhor possível, e deixe um espaço de 1,5 cm entre os locais de administração, pois se forem efetuadas muitas administrações no mesmo local podem formar-se hematomas, edemas (lipodistrofias) que não permitam uma boa absorção da mesma (Vieira, 2009).

vi.ii.ix- Antidiabéticos Oraís:

A farmacoterapia pode destinar-se a três grandes grupos, os estimuladores da secreção da insulina (Sulfunilureias, Meglitinidas); os sensibilizadores da ação da insulina (Biguanidas, Glitazonas) e a alteração da digestão e absorção dos hidratos de carbono dos alimentos (Acarbose).

O doente que tome agentes orais, deve estar informado e preparado para lidar com a medicação. O idoso deve saber o nome do fármaco, dosagem, período de ação máxima e como o regime de dieta e exercício físico se conjuga com a medicação.

vi.ii.ix.i- Estimuladores da secreção da insulina-Sulfunilureias:

Estimulam a secreção de insulina pelas células β do pâncreas. O risco de hipoglicémia é considerável. Pode aumentar o apetite e se o doente cumprir o plano alimentar adequado, pode aumentar o peso (Vieira, 2009).

As Sulfunilureias da primeira geração possuem um maior risco de efeitos secundários, como a hipoglicémia sustentada, que pode acontecer com mais frequência aos idosos com insuficiência renal ou hepática, interferência das proteínas de ligação a certos medicamentos e a síndrome inapropriada da hormona antidiurética; as Sulfunilureias da segunda e terceira geração são as preferidas devido a elevada potência, tempo de ação mais reduzido e um melhor perfil de efeitos secundários (Ulchaker, 2003).

Estas, são bem absorvidas por via oral quando ingeridas com os alimentos, os seus efeitos são otimizados se forem ingeridos 15 a 30 minutos antes das refeições (Osswald, 2001).

vi.ii.ix.ii- Sensibilizadores da ação da insulina-Biguanidas (metformina):

As Biguanidas atuam no fígado impedindo-o de produzir glicose em excesso, existe uma melhoria da sensibilidade dos tecidos à insulina o que facilita a entrada de glicose nas células e músculos (Vieira, 2009).

O pico das concentrações plasmáticas ocorrem cerca de 2 horas após a ingestão. Tem uma semi-vida plasmática de 2 a 4 horas (Osswald, 2001).

Reduzem a insulino-resistência e não são hipoglicemiantes, são receitados aos diabéticos obesos, pois não aumentam o peso, devem ser tomados após as refeições, os efeitos secundários podem provocar desconforto gastrointestinal, anorexia, náuseas e acidose láctica, isto é, quando a Metformina é usada em doentes com contra-indicações de insuficiência renal, hepática e doença pulmonar obstrutiva (Ulchaker, 2003; Vieira, 2009; Osswald, 2001).

vi.ii.ix.iii- Sensibilizadores da ação da insulina-Glitazonas (troglitazona):

A Troglitazona não chegou a ser introduzida em Portugal, na qual, nos EUA surgiram muitas reações adversas hepáticas fatais, o que criou um certo alarme (Osswald, 2001).

É um agente anti-hiperglicémico que atua no fígado impedindo-o de produzir glicose em excesso, músculo e tecido adiposo, promovendo a ação da insulina. Aumenta os efeitos da insulina no metabolismo dos hidratos de carbono e dos lípidos. Pode aumentar o apetite, ou seja, aumenta o peso, também pode provocar edemas nos membros inferiores. Este pode ser utilizado com segurança em doentes com insuficiência renal e sem ajustamento da dose (Ulchaker, 2003; Vieira, 2009).

vi.ii.ix.iv- Alteração da digestão e absorção dos hidratos de carbono dos alimentos (Acarbose):

Atuam ao nível do intestino, provocando um atraso na absorção e na digestão da glicose pós-prandial e dos hidratos de carbono, reduzindo a hiperglicémia, após as refeições. Acarbose deve ser doseada com a primeira ingestão de alimentos, ou seja, começa-se geralmente por 50 mg duas vezes por dia, aumentando a dose até 100 mg três vezes por dia, se necessário, sendo mais usada como terapia auxiliar da Metformina e de Sulfonilureias. Pode existir, desconforto intestinal devido à chegada de glicose ao intestino em maior quantidade e ao atraso da absorção do mesmo, o que pode provocar flatulência e diarreia, também existe risco de hipoglicémia. O efeito secundário mais comum é a elevada formação de aerocolia (Ulchaker, 2003; Vieira, 2009; Osswald, 2001).

vi.ii.ix.iv- Cuidados na Medicação Oral:

Segundo a Infarmed (2009), “os medicamentos são produtos especiais, pois requerem cuidados particulares de armazenamento, de forma a manterem as suas propriedades ao longo do tempo, até ao fim do respetivo prazo de validade. Todos os idosos diabéticos, devem ter em conta que os medicamentos são dispensados para uma determinada situação clínica, durante um período de tempo limitado e de acordo com uma posologia e via de administração recomendadas”.

Antes de tomar qualquer medicamento, verifique os cinco certos fundamentais, ou seja, nome do medicamento; pessoa; dose; horário e via certa. Todos os diabéticos, devem respeitar a duração do tratamento; não ingerir bebidas alcoólicas na toma da medicação e ao longo do tratamento; conhecer para que serve e quais as reações secundárias (Infarmed, 2009).

A medicação no domicílio, o diabético deve adoptar algumas regras na conservação e armazenamento de toda a terapêutica, isto é, os medicamentos devem ser mantidos ao abrigo da luz, da humidade e de temperaturas elevadas; estes devem ser guardados num local fresco e seco, como um armário, inacessível às crianças, de preferência alto e

fechado à chave; deve-se conservar os medicamentos na sua embalagem original incluindo o folheto informativo e verifique sempre o prazo de validade (Infarmed, 2009).

7-Adesão ao Regime Terapêutico:

A adesão à terapêutica nos idosos, tem vindo a ocupar um lugar cada vez mais importante nas preocupações dos Enfermeiros.

Assim, de acordo com a Versão 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP, 2011), a adesão é “Ação auto-iniciada para a promoção do bem-estar, recuperação, 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)”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), a adesão terapêutica é definida, como “o grau ou extensão em que o comportamento de uma pessoa, em relação à administração medicamentosa, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida, corresponde às recomendações de um profissional de saúde”, sendo essencial para o bem-estar dos idosos. Esta é uma definição abrangente que permite perceber como este tema é complexo, na medida em que pode incluir uma grande diversidade de recomendações terapêuticas e de comportamentos.

De acordo com Vermeire et al, (2001), todas as definições de adesão assumem que o tratamento prescrito pelos profissionais de saúde é o mais adequado para a pessoa, por isso o comportamento racionalmente mais adequado é o seguir essas recomendações, apesar de a adesão conceptualiza-se assim, como um comportamento ativo e voluntário

do indivíduo, no tratamento da sua patologia, após o acordo e partilha de responsabilidades com o profissional de saúde.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), a adesão ao tratamento é uma ferramenta fundamental nas doenças crónicas “melhorar a adesão ao tratamento pode ser o melhor investimento para gerir as condições crónicas de maneira efectiva.”

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), a não adesão ao regime terapêutico é responsável pelo aumento das hospitalizações, probabilidade do insucesso da terapêutica, por complicações evitáveis, aumento dos gastos com a saúde, diminuição da qualidade de vida e conseqüente aumento da morbilidade e mortalidade nas pessoas idosas.

Estima-se que a maioria dos doentes independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico (Vermeire & et al., 2001). Um elevado número de estudos apontam para uma taxa de adesão, em pessoas com doenças crónicas, nos países desenvolvidos na ordem dos 50%, sendo a magnitude e impacto da não adesão ainda maior nos países mais pobres (Organização Mundial de Saúde, 2003).

Em relação aos doentes com diabetes, a revisão da literatura permite verificar que, tal como se observa com as doenças crónicas em geral, parece ocorrer uma falta de adesão generalizada (Ryan, 1997; Watts, 1980).

Warren e Hixenbaugh (1998) referem que a investigação tem demonstrado que as variáveis demográficas predizem fracamente a adesão aos auto-cuidados gerais da diabetes e verificaram que, de acordo com a idade, diferentes são as formas de não adesão. Por exemplo, entre os mais jovens é mais frequente, ao realizar o registo da auto-monitorização, a alteração intencional dos valores de glicemia para valores mais aceitáveis, enquanto que, nos idosos, é mais frequente a omissão desses valores, na qual, indivíduos idosos com diabetes mellitus tipo II possuem uma maior probabilidade de não aderir ao tratamento.

Também Wong, Gucciardi e Grace (2005) constataram que os doentes do sexo masculino recebem um apoio mais ativo das suas esposas na preparação das refeições e recebem mais encorajamentos verbais, o que se reflete numa melhor adesão ao tratamento da diabetes. No entanto, o apoio que os maridos dão às esposas com diabetes parece ser significativamente mais passivo.

Quanto à presença de complicações crónicas da doença, estas parecem estar associadas, no momento atual, a uma maior adesão ao tratamento, nomeadamente à dieta e toma de antidiabéticos orais (Silva et al., 2002).

A gestão do regime terapêutico, constitui uma atividade primordial da prática de Enfermagem, inserida num processo alargado de cuidados e na prevenção da saúde dos idosos (Rubenstein, 1998). Na área de Enfermagem, pretende que o idoso seja o mais autónomo possível, tendo a plena consciência da especificidade dos vários cuidados que a doença crónica acarreta. No domicílio, a responsabilidade da execução da prestação de cuidados é limitada, pois ela recai sobre os doentes e os seus cuidadores, com a supervisão dos profissionais de saúde (McGraw, 2001).

8-Educação para a Saúde:

O desenvolvimento da educação para a saúde, visa a realização do ser humano enquanto tal, oferecendo infinitas possibilidades, que podem evoluir ao longo do tempo. Contudo, no ponto de vista das pessoas há possibilidades fundamentais sem as quais muitas oportunidades ficarão inacessíveis, como por exemplo ter uma vida longa e com saúde. Assim, na perspetiva do desenvolvimento humano, a educação deve incluir um conjunto de conhecimentos e competências indispensáveis, nomeadamente “em matéria de meio ambiente, de saúde e de nutrição” (Delors, 2000).

Educação e Saúde surgem assim como duas vertentes indissociáveis, “a educação é determinante para a construção da cidadania e a apropriação das competências transformadoras e criadoras de condições de vida saudável na Terra” (Rodrigues, et al., 2005), pois esta é a parte integrante para prevenir doenças, promover a saúde e otimizar o tratamento dos indivíduos.

9-Idosos e o Envelhecimento:

Idoso é uma pessoa considerada da terceira idade. A Organização Mundial da Saúde (2008) e o Instituto Nacional de Estatística (2007) em Portugal, classifica cronologicamente como idosos, as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos. Esta será a definição adotada neste projeto.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2005), em Portugal, a esperança média de vida é de 75 anos para os homens e de 81 anos para as mulheres, situando na média europeia.

As pessoas idosas têm habilidades regenerativas limitadas, mudanças físicas e emocionais que expõem o perigo a qualidade de vida dos idosos. Podendo levar à síndrome da fragilidade, conjunto de manifestações físicas e psicológicas de um idoso onde poderá desenvolver muitas doenças. (Instituto Nacional de Estatística, 2000).

O envelhecimento é um fenómeno demográfico que no século XX se começou a falar de envelhecimento das populações, mas rapidamente este fenómeno tornou-se de extrema importância em todos os países desenvolvidos. A Assembleia-geral das Nações Unidas declarou no ano de 1999, como o Ano Internacional das Pessoas Idosas sob o lema “Uma sociedade para todas as idades”. No século XXI o envelhecimento é uma história de sucesso. A velhice não é uma doença, mas sim a comprovação de que houve saúde suficiente para a atingir. (Instituto Nacional de Estatística, 2000).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2008) e o Instituto Nacional de Estatística (2007), refere que a revolução demográfica ocorreu com o aumento do número e da proporção de pessoas idosas em relação aos outros grupos etários, ou seja, o mundo está a envelhecer rapidamente: o número de pessoas com 60 anos ou mais duplicará, proporcionalmente, passando de 11%, em 2006, para 22%, em 2050. A conjugação de baixos níveis de fecundidade durante um período alargado, e os ganhos na esperança de vida, particularmente nas idades mais elevadas, contribuíram de modo contínuo para este aumento da população idosa.

O Instituto Nacional de Estatística (2005), estima que entre 1960 e 2004, verificou-se um aumento de 8% para 17% da proporção da população idosa face ao total da população, prevendo-se que em 2050 esta faixa etária da população represente cerca de 32% do total dos efetivos populacionais.

II-Fase Metodológica:

A fase metodológica é uma parte fundamental de um projeto de investigação pois, consiste num “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 1999).

1- Tipo de Estudo:

Nesta investigação, pretende-se realizar um estudo descritivo simples, transversal inserido numa abordagem quantitativa, pois vai quantificar e descrever o nível de informações dos utentes idosos sobre o regime terapêutico.

Para Fortin (1999), um estudo descritivo “ (...) consiste em descrever (...) um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra”.

Citando Fortin (1999), o tipo de estudo é quantitativo pois, “este paradigma tem a sua origem nas ciências físicas; implica que a verdade é absoluta e que os factos e os princípios existem independentemente dos contextos histórico e social. Se uma coisa existe ela pode ser medida”.

Em relação à dimensão temporal, o estudo é transversal, porque pretende identificar o nível de informações dos utentes idosos sobre o regime terapêutico, num determinado momento temporal, ou seja, no momento do preenchimento do questionário (Fortin, 1999).

2- Meio:

O meio para este projeto é o meio natural, isto é, segundo Fortin (1999), “Um meio, que não dá lugar a um controlo rigoroso como o laboratório, toma frequentemente o nome de meio natural”. Para proceder à recolha de dados, optámos os centros de dia da área metropolitana do Porto.

3- Variáveis em estudo:

Para Fortin (1999), operacionalizar uma variável é defini-la de modo a que esta possa ser observada e medida. Atribuir-lhe significação, especificando as atividades ou operações necessárias para a medir.

As variáveis de atributo, de acordo com Fortin (1999), são geralmente variáveis demográficas que são determinadas em função das características do estudo. Após a colheita de dados, a informação obtida permite traçar um perfil das características dos sujeitos da amostra.

As variáveis de atributo do estudo são a idade, o género, o estado civil e as habilitações literárias.

4-População e Amostra:

Uma população é, segundo Fortin (1999), “um conjunto de elementos ou sujeitos que partilham características comuns estabelecidas por determinados critérios”.

A população deste estudo compreende todos os utentes idosos com Diabetes Mellitus tipo II dos centros de dia da área metropolitana do Porto.

Uma amostra segundo Fortin (1999), “(...) um sub-conjunto de uma população [...] deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada (...)”.

Assim, a amostra selecionada será de 30 utentes idosos com Diabetes Mellitus tipo II dos centros de dia da área metropolitana do Porto.

5-Processo de Amostragem:

O tipo de amostra presente no estudo é uma amostra do tipo não probabilístico por conveniência. Segundo Fortin (1999), “ (...) a amostra é formada por sujeitos facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local, no momento preciso (...) os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado”.

6-Instrumento de recolha de dados:

O instrumento de colheita de dados é essencial para o desenvolvimento do projeto de investigação, para este estudo foi realizado pela discente um questionário que é de acordo com Fortin (1999), “ (...) o conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões e o resultado dos sujeitos ou colher qualquer informação junto dos sujeitos”.

O questionário tem como vantagens de ser um instrumento de fácil elaboração; pouco dispendioso; maior rapidez na recolha e análise de dados; possibilita quantificar uma multiplicidade de dados e proceder a análise de correlação; pode ser utilizado a um grande número de indivíduos simultaneamente; garante uniformidade, fidelidade e facilita comparações entre os indivíduos e por fim os sujeitos sentem-se mais seguros em relação ao anonimato. (Fortin, 1999).

É importante referir que o questionário poderá ser de auto-preenchimento e/ou com a colaboração da investigadora.

O questionário, é constituído por questões fechadas, em que o utente idoso é submetido a escolhas de respostas possíveis, na qual, só uma opção está correta em que permite ao sujeito exprimir em que medida está de acordo com cada um dos enunciados propostos, sendo apresentada da mesma forma a todos os indivíduos; e a escala tipo Lickert, que de acordo com Fortin (1999) é uma escala em que o sujeito exprime em que medida está de acordo ou desacordo com cada enunciado proposto. Assim, cada item de escala pode ter uma classificação de um (1) a cinco (5) pontos, que aumenta da esquerda para a direita,

na qual, 1: Nada importante; 2: Pouco importante; 3: Importante; 4: Bastante importante; 5: Muito importante.

O questionário encontra-se estruturado em duas partes. Na primeira parte encontram-se questões que tem como objetivo conhecer os dados sócio-demográficos dos utentes idosos (idade, género, estado civil e habilitações literárias). Na segunda parte, encontram-se as questões que nos permitem saber se os idosos identificam corretamente os sinais e sintomas da diabetes mellitus tipo II (questão 1; 2 e 3); identificam a informação sobre cuidados a ter na administração da Insulinoterapia e Terapêutica oral (questão 4 e 5); cumprem as regras, horários e locais de administração da insulina (questão 6; 7 e 8); identificam as complicações decorrentes do tratamento farmacológico (questão 9; 10 e 11); identificam quais os hábitos de vida saudáveis (questão 12 a 17) e se possuem interesse para adesão da terapêutica (questão 18).

Relativamente á segunda parte do questionário, todas as perguntas possui uma só resposta certa, exceto a questão 1 que seria “urinar em grande quantidade e muitas vezes” ou “aumento do peso (obesidade); nomeadamente a questão 2 seria o “aumento do peso (obesidade) ”; nas questões 3; 7; 12 e 15: “todas as opções estão corretas”; a questão 4: “ser protegida do calor, frio e da luz solar direta e guardar num local seco”; na questão 5: “usar álcool para desinfetar o local a administrar”; na questão 6: “membros inferiores (pés)”; na questão 8: “álcool”; na questão 9: “o resultado de um teste de açúcar no sangue em jejum é 180 ou mais”; na questão 10: “alimentação descuidada e em excesso”; na questão 11: “jejum prolongado”; na questão 13: “melhorar a condição física”; na questão 14: “forma progressiva, até 30 minutos por dia, 3 vezes semana”; na questão 16: “doce e gorduras” e por fim a questão 17: “diminui as necessidades de insulina e colesterol”.

7-Tratamento e Apresentação dos dados:

Para Fortin (1999), a análise de dados é um “Conjunto dos métodos estatísticos que permitem visualizar, classificar, descrever e interpretados dados colhidos junto dos sujeitos”.

Após a colheita de dados, faremos o tratamento e interpretação dos dados recolhidos da população alvo, o que vai permitir quantificar as questões e fazer a informatização dos dados. Estes serão tratados e apresentados sob a forma de tabelas e gráficos, elaborados com recurso a suporte informático, pois as tabelas traduzem a informação recolhida na amostra, de acordo com a sua pertinência e os gráficos têm o objetivo de permitir uma perceção mais rápida e fácil da distribuição dos indivíduos em cada categoria. Esta informatização será feita através da criação de uma base de dados, no qual irá permitir fazer o tratamento e análise estatística descritiva.

Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (Statistics Package for the Social Science), na versão 20.0 para ambiente Windows.

8-Pré-Teste:

Com o objetivo de testar o instrumento de colheita de dados antes de ser aplicado definitivamente, aplicou-se o questionário a uma pequena amostra.

Segundo Fortin (1999), o pré-teste “É a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo. Esta etapa é indispensável porque permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correções que se impõem”.

Este foi aplicado a 10% dos utentes idosos com diabetes mellitus tipo II dos centros de dia da área metropolitana do Porto, selecionados de forma aleatória. Os indivíduos selecionados não integram a amostra em estudo.

Após aplicação do pré-teste, houve necessidade de realizar as respetivas alterações ao questionário, nomeadamente, na parte II, à pergunta três (Lesão dos vasos sanguíneos dos olhos, podendo causar cegueira (Retinopatia Diabética); pergunta dez (A Hiperglicémia (aumento do açúcar no sangue) dá-se quando a pessoa faz); pergunta onze (A Hipoglicémia (diminuição do açúcar no sangue) dá-se quando a pessoa faz); pergunta treze e dezassete (Aumentar os níveis de açúcar no sangue (glicose)).

O pré-teste foi aplicado no dia 07 de Dezembro de 2011 a três indivíduos.

9-Questões éticas de Investigação:

A ética é o conjunto de permissões e interdições que tem enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta (Fortin, 1999).

Assim, a ética significa a avaliação crítica e a reconstituição dos conjuntos de preconceitos e de leis que regem os julgamentos, as ações e as atitudes no contexto de uma teoria no âmbito da moralidade (Fortin, 1999).

Visando uma melhoria nos cuidados de enfermagem, a investigação mostra-se essencial nos dias de hoje, pois durante a atividade profissional, os enfermeiros deparam-se com problemas éticos, entrando por vezes em confronto com os direitos dos indivíduos. Assim, investigar implica que os enfermeiros obedeçam a cinco princípios éticos, que o investigador deve respeitar, tais como: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, ao tratamento justo e equitativo (Fortin, 1999).

O Direito à autodeterminação: as pessoas que participam no estudo têm o direito de decidir livremente sobre a sua participação no estudo ou o direito de em qualquer momento, poderem retirar-se do mesmo, sem que sejam prejudicadas. Assim, antes da entrega do questionário foi explicado às pessoas quais os objetivos da sua realização e ser-lhes-á dada a possibilidade de escolherem quanto à participação, no mesmo ou ainda à desistência, a meio da sua realização.

O Direito à intimidade: indica que todas as pessoas têm direito a que não haja qualquer questão, que as possa identificar e que lhes seja permitido decidir acerca da extensão da informação sobre a questão colocada. Ao responderem ao questionário, todas as pessoas tem o direito de decidir qual a resposta que darão às perguntas.

O Direito ao anonimato e à confidencialidade: menciona que todas as pessoas devem ser informadas, que não se devem identificar durante as suas respostas. Indica, ainda, que o questionário realizado, não deve conter qualquer tipo de pergunta que seja suscetível a que haja uma identificação da pessoa. Durante a explicação dos objetivos, é necessário que as pessoas sejam alertadas para que não coloquem qualquer tipo de informação que as possa identificar.

O Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo: refere a proteção das pessoas contra inconvenientes suscetíveis de provocarem danos de ordem física, psicológica, legal ou económica.

O Direito a um tratamento justo e equitativo: os intervenientes no estudo têm o direito a receber um tratamento equitativo, antes, durante e após a sua participação no processo de investigação.

III-Fase Empírica:

Segundo Fortin (1999), é nesta fase que se realiza a investigação, procedendo à colheita dos dados, à sua respetiva organização e análise, utilizando técnicas estatísticas descritivas.

1-Apresentação e Análise dos Dados:

De acordo com Fortin (1999), “A análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram escolhidos e descrever valores obtidos pela medida das variáveis.”

Quanto à estatística descritiva recorreu-se às frequências absolutas e relativas; medidas de tendência central (média, mediana, moda); medidas de dispersão (máximo, mínimo e desvio-padrão).

i.i- Caracterização da Amostra:

A primeira parte do questionário é referente à caracterização da amostra, apresentando-se os resultados obtidos e proporcionando, assim, uma visão da amostra.

Idade:

Quadro 1. Estatística Descritiva relativa à Idade

n	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Desvio-Padrão
30	65	89	75,50	80	6,538

A idade dos utentes diabéticos está compreendida entre os 65 e os 89 anos. A média de idades é de aproximadamente de 75 anos (com um desvio padrão de 6,538).

Género:

Quadro 2. Distribuição da amostra relativamente ao Género

Género	n	%
Feminino	19	63,3
Masculino	11	36,7
Total	30	100,0

Responderam a este questionário 30 utentes idosos com diabetes mellitus tipo II dos centros de dia da área metropolitana do Porto, na qual, a amostra é predominantemente do género feminino (n=19) com 63,3 %, sendo que 36,7 % são do género masculino (n=11).

Estado Civil:

Quadro 3. Distribuição da amostra relativamente ao Estado Civil

Estado Civil	n	%
Casado/União de Facto	10	33,3
Outro	20	66,7
Total	30	100,0

Como se pode verificar pela tabela, 33,3 % (n=10) é Casado/União de facto e 66,7 % é outros (Viúvo/Divorciado) (n=20).

Habilitações Literárias:

Quadro 4. Distribuição da amostra relativamente às Habilitações Literárias

Habilitações Literárias	n	%
Não sabe ler nem escrever	6	20,0
1º Ciclo do Ensino Básico	22	73,3
2º e 3º Ciclo do Ensino Básico	2	6,7
Total	30	100,0

Como se pode verificar pela tabela, 20 % (n=6) da amostra não sabe ler nem escrever; 73,3 % (n=22) frequentou o primeiro ciclo do ensino básico e 6,7 % (n=2) frequentou o segundo e terceiro ciclo do ensino básico.

2-A Adesão ao Regime Terapêutico por parte dos Idosos com Diabetes Mellitus tipo II:

Quadro 5. Distribuição da amostra (frequência absoluta) relativamente a quais são os sintomas da diabetes tipo II

Respostas	n	%
Urinar em grande quantidade e muitas vezes	11	36,7
Ter pouca sede	2	6,7
Emagrecimento	6	20,0
Aumento do peso (Obesidade)	11	36,7
Total	30	100,0

Em relação, à questão um, 11 idosos considera como principais sintomas urinar em grande quantidade e o mesmo número o aumento de peso (obesidade), mas por lado oposto, 2 idosos referem como sintoma ter pouca sede.

Quadro 6. Distribuição da amostra (frequência absoluta) relativamente a quais os fatores de risco para a diabetes tipo II

Respostas	n	%
Idade	15	50,0
Aumento do peso (Obesidade)	12	40,0
Pessoas que não têm história familiar de diabetes	2	6,7
Pessoas que apresentam níveis de pressão arterial nos valores normais	1	3,3
Total	30	100,0

Em relação, à questão dois, 15 idosos consideram como fator de risco a idade, mas um idoso refere como menor fator pessoas que apresentam níveis de pressão arterial nos valores normais.

A adesão ao Regime Terapêutico por parte dos Idosos com Diabetes Mellitus tipo II
- Uma amostra dos centros de dia da área metropolitana do Porto -

Quadro 7. Distribuição da amostra (frequência absoluta) relativamente a quais as complicações tardias mais frequentes da diabetes tipo II

Respostas	n	%
Retinopatia Diabética	10	33,3
Neuropatia	3	10,0
Nefropatia Diabética	2	6,7
Todas opções estão corretas	15	50,0
Total	30	100,0

Em relação, à questão três, 15 idosos consideram como complicação tardia todas as opções (retinopatia diabética; neuropatia; nefropatia diabética) e 2 idosos referem como complicação a nefropatia diabética.

Quadro 8. Distribuição da amostra (frequência absoluta) relativamente na conservação e armazenamento da terapêutica oral e/ou injetável

Resposta	n	%
Ser protegida do calor, frio e da luz solar direta e guardar num local seco	30	100,0
Total	30	100,0

Em relação, à questão quatro, todos os idosos consideram que se deve conservar e armazenar a terapêutica oral e/ou injetável, na qual, deve ser protegida do calor, frio e da luz solar direta e guardar num local seco.

A adesão ao Regime Terapêutico por parte dos Idosos com Diabetes Mellitus tipo II
- Uma amostra dos centros de dia da área metropolitana do Porto -

Quadro 9. Distribuição da amostra (frequência absoluta) relativamente o que deve fazer antes de administrar a insulina

Respostas	n	%
Não fazer uma prega cutânea na pele do local escolhido	1	3,3
Não lavar as mãos	1	3,3
Usar álcool para desinfetar o local a administrar	23	76,7
Não usar álcool para desinfetar o local a administrar	5	16,7
Total	30	100,0

Em relação, à questão cinco, 23 idosos consideram que devem fazer antes de administrar a insulina será usar álcool para desinfetar o local a administrar, no entanto, um idoso diz que não deve fazer uma prega cutânea na pele do local escolhido e outro refere não lavar as mãos.

Quadro 10. Distribuição da amostra (frequência absoluta) relativamente qual o local que não deve ser administrado a insulina

Respostas	n	%
Antebraços	7	23,3
Membros Inferiores (pés)	23	76,7
Total	30	100,0

Em relação, à questão seis, 23 idosos consideram que o local que não deve ser administrado a insulina é nos membros inferiores, mas 7 idosos dizem antebraços.

Quadro 11. Distribuição da amostra (frequência absoluta) relativamente na toma da medicação oral o que deve ter em atenção

Respostas	n	%
Dose	3	10,0
Todas as opções estão corretas	27	90,0
Total	30	100,0

Em relação, à questão sete, 27 idosos consideram que na toma da medicação oral o que devem ter em atenção será o horário, prazo de validade e dose (todas as opções), entretanto, 3 idosos consideram a dose.

Quadro 12. Distribuição da amostra (frequência absoluta) relativamente qual a bebida que não deve ingerir na toma da medicação oral

Resposta	n	%
Álcool	30	100,0
Total	30	100,0

Em relação, à questão oito, todos os idosos consideram que a bebida que não deve ser ingerida na toma da medicação oral é o álcool.

Quadro 13. Distribuição da amostra (frequência absoluta) relativamente ao resultado do teste de açúcar no sangue em jejum

Respostas	n	%
180 ou mais	14	46,7
200 ou mais	4	13,3
Entre 70 e 110	11	36,7
Entre 30 e 60	1	3,3
Total	30	100,0

Em relação, à questão nove, 14 idosos consideram que o resultado do teste de açúcar no sangue em jejum é 180 ou mais, na qual, um idoso refere que os valores estão entre 30 e 60.

Quadro 14. Distribuição da amostra (frequência absoluta) relativamente quando a pessoa faz hiperglicémia

Respostas	n	%
Alimentação descuidada e em excesso	27	90,0
Alimentação cuidada e equilibrada	1	3,3
Quantidade excessiva de medicação	2	6,7
Total	30	100,0

Em relação, à questão dez, 27 idosos consideram que a pessoa faz hiperglicémia quando realiza uma alimentação descuidada e em excesso, e um idoso refere que a hiperglicémia pode-se dar, quando realiza uma alimentação cuidada e equilibrada.

Quadro 15. Distribuição da amostra (frequência absoluta) relativamente quando a pessoa faz hipoglicémia

Respostas	n	%
Alimentação em excesso	8	26,7
Quantidade escassa de medicação	1	3,3
Presença de infeção	1	3,3
Jejum prolongado	20	66,7
Total	30	100,0

Em relação, à questão onze, 20 idosos consideram que a pessoa faz hipoglicémia quando realiza um jejum prolongado, no entanto, um idoso diz que a quantidade escassa de medicação e a presença de infeção também se faz hipoglicémia.

Quadro 16. Distribuição da amostra (frequência absoluta) relativamente ao regime terapêutico na diabetes o que deve incluir

Respostas	n	%
Medicação	5	16,7
Todas as opções estão corretas	25	83,3
Total	30	100,0

Em relação, à questão doze, 25 idosos consideram que relativamente ao regime terapêutico na diabetes o que deve incluir é a medicação, alimentação saudável e exercício físico (todas as opções estão corretas), mas por outro lado, 5 idosos referem que a medicação é o mais importante no regime terapêutico da diabetes.

Quadro 17. Distribuição da amostra (frequência absoluta) relativamente sobre o exercício físico regular permite

Resposta	n	%
Melhorar a condição física	30	100,0
Total	30	100,0

Em relação, à questão treze, todos os idosos consideram que sobre o exercício físico regular, este permite melhorar a condição física da pessoa.

Quadro 18. Distribuição da amostra (frequência absoluta) relativamente sobre a duração de prática de exercício, se possível, deverá ter a seguinte duração

Respostas	n	%
Forma progressiva, até 30 minutos por dia, 3 vezes semana	13	43,3
1 vez dia, com qualquer prática	4	13,3
Todos os dias	10	33,3
Apenas quando o utente quiser	3	10,0
Total	30	100,0

Em relação, à questão catorze, 13 idosos consideram que a duração de prática de exercício, se possível, deverá ser de forma progressiva, até 30 minutos por dia, 3 vezes por semana, no entanto, 3 idosos referem que apenas quando o utente quiser.

Quadro 19. Distribuição da amostra (frequência absoluta) relativamente sobre o exercício físico e os cuidados com os pés

Resposta	n	%
Todas as opções estão corretas	30	100,0
Total	30	100,0

Em relação, à questão quinze, todos os idosos consideram que sobre o exercício físico e os cuidados com os pés, todas as opções estão corretas, isto é, lavar os pés todos os dias; não andar descalço e usar sapatos confortáveis e adaptados ao seu pé.

Quadro 20. Distribuição da amostra (frequência absoluta) relativamente ao que o diabético deve evitar comer para realizar uma alimentação equilibrada

Respostas	n	%
Legumes e vegetais	1	3,3
Doces e gorduras	29	96,7
Total	30	100,0

Em relação, à questão dezasseis, 29 idosos consideram que relativamente ao que o diabético deve evitar comer para realizar uma alimentação equilibrada são os doces e gorduras, mas um idoso diz que legumes e vegetais devem ser evitados.

Quadro 21. Distribuição da amostra (frequência absoluta) relativamente à importância do diabético realizar uma alimentação saudável e equilibrada

Respostas	n	%
Aumenta o peso	2	6,7
Aumenta os níveis de açúcar no sangue (glicose)	1	3,3
Diminui as necessidades de insulina e colesterol	27	90,0
Total	30	100,0

Em relação, à questão dezassete, 27 idosos consideram que é importante realizar uma alimentação saudável e equilibrada porque diminui as necessidades de insulina e colesterol, por outro lado, um idoso refere que aumenta os níveis de açúcar no sangue (glicose).

Quadro 22. Distribuição da amostra (frequência absoluta) no que diz respeito à opinião dos utentes idosos diabéticos tipo II sobre a adesão terapêutica

Afirmação	n	média
1) O Diabético deve conhecer-se a si e à sua doença.	30	4,07
2) O controlo da Diabetes deve incluir uma alimentação equilibrada, exercício físico regular e o complemento com a medicação (insulina e/ou Antidiabético oral).	30	4,03
3) O Diabético deve vigiar a tensão arterial, o colesterol e os triglicéridos.	30	3,60
4) Os Diabéticos não devem fazer exercício físico em jejum.	30	3,23
5) O Diabético deve beber bastante água ao longo do dia.	30	4,17
6) Na alimentação, o Diabético deve dar preferência ao cozidos e grelhados, temperar com limão e ervas aromáticas.	30	4,03
7) Deve comer depois das refeições uma boa sobremesa doce.	30	1,37
8) O Diabético deve controlar regularmente o seu peso para melhorar a sua condição física.	30	3,40
9) O Diabético deve avaliar regularmente os níveis de açúcar no sangue (glicemia), pois permite conhecer o significado dos sinais e sintomas, saber como agir e melhorar o seu auto-controlo.	30	4,17
10) Deve tomar a medicação oral nos horários corretos, pois existe uma maior eficácia no tratamento.	30	4,03
11) Na administração de Insulina é conveniente variar o mais possível os locais de injeção para que a insulina seja absorvida o melhor possível.	30	3,40
12) O diabético deve conhecer quais as reações adversas da terapêutica para não causar danos no seu estado de saúde.	30	3,50
13) Uma dieta rica em fibras e hidratos de carbono, é importante, pois faz diminuir as necessidades de insulina.	30	3,97
14) Realizar exercício moderado ajuda a controlar a Diabetes e evita as suas complicações.	30	3,70

IV-Discussão dos Resultados:

Após a apresentação e análise dos dados recolhidos do questionário aplicado, é fulcral a interpretação de toda a informação (Fortin, 1999). Para tal, apresenta-se a discussão dos resultados obtidos.

Nesta fase, teve-se em consideração os conhecimentos e referências bibliográficas, encontradas ao longo deste trabalho de investigação.

Esta discussão, foi elaborada com os resultados que se consideram mais importantes com o intuito de analisar os objetivos propostos para este estudo.

Após a análise dos dados obtidos é possível traçar o perfil da amostra, sendo maioritariamente do género feminino, com idades compreendidas entre 65 e 89 anos.

Verificámos que esta amostra demonstra adesão ao tratamento na diabetes mellitus tipo II, pois de acordo com os objetivos, a amostra em estudo soube identificar quais os cuidados a ter na administração da insulino-terapia e terapêutica oral; cumprimento das regras, horários e locais de administração da insulina; identificação da informação sobre as complicações decorrentes do tratamento farmacológico; quais os hábitos de vida saudáveis e qual a importância para adesão terapêutica.

Assim, de acordo com a opinião da amostra, a mesma possui adesão ao regime terapêutico que lhes foi recomendado pelos profissionais de saúde, não só no que diz respeito aos hábitos de vida saudáveis, mas também no que respeita ao tratamento insulínico e aos antidiabéticos orais.

De uma forma geral, a amostra em estudo é homogénea nas características demográficas, como idade, género, estado civil e habilitações literárias quanto à adesão ao tratamento.

Porém, é possível que as pessoas com quem o idoso vive constituam uma importante fonte de apoio social, no entanto, o estado civil, na qual, nesta amostra possuímos mais

idosos viúvos ou divorciados não demonstrou relação com a adesão ao regime terapêutico.

Pois segundo, Wong, Gucciardi e Grace (2005) constataram que os doentes do sexo masculino recebem um apoio mais ativo das suas esposas na preparação das refeições e recebem mais encorajamentos verbais, o que se reflete numa melhor adesão ao tratamento da diabetes. No entanto, o apoio que os maridos dão às esposas com diabetes parece ser significativamente mais passivo.

Tendo em conta o primeiro objetivo, isto é, as informações sobre os sinais e sintomas da diabetes mellitus tipo II, verificou-se para esta amostra relativamente na identificação das informações sobre os sinais e sintomas da diabetes tipo II, na qual, 36,7% dos idosos identifica o mesmo resultado, isto é, urinar em grande quantidade e muitas vezes e o aumento do peso (obesidade). Para a identificação dos fatores de risco 50% da amostra reconhece como sendo a idade e 40% identifica o aumento do peso (obesidade). Respetivamente às complicações tardias mais frequentes na diabetes 50% da amostra identifica corretamente a retinopatia, neuropatia e nefropatia diabética.

Pois segundo Vieira (2009), estima-se que 40% dos diabéticos venham a sofrer de complicações tardias da sua doença, que são as principais causas de morbilidade e mortalidade na diabetes.

Tendo em conta o segundo objetivo, ou seja, a informação sobre cuidados a ter na administração da insulino terapia e terapêutica oral, 76,7% da amostra idosa referiu que se deve usar álcool para desinfetar o local a administrar. Relativamente à conservação e armazenamento da terapêutica oral e/ou injetável 100% da amostra identifica que esta deve ser protegida do calor, frio e da luz solar direta e guardar num local seco.

Como refere Vieira (2009), a insulina deve ser protegida do calor, frio e da luz solar direta, pois pode ocorrer o perigo de se deteriorar, e estas devem estar no frigorífico e não no congelador.

Relativamente ao terceiro objetivo, isto é, se os utentes idosos cumprem as regras, horários e locais de administração da insulina a maioria da amostra identifica

corretamente todas as respostas, ou seja, 76,7% refere os membros inferiores (pés) como o local que não deve ser administrado a insulina. Nomeadamente o que deve ter em atenção na toma de medicação oral 90% da amostra identifica o horário, prazo de validade e dose como opção correta. A bebida que não deve ser ingerida na toma da medicação oral 100% da amostra identifica o álcool.

Segundo Informed (2009), antes de tomar qualquer medicamento, verifique os cinco certos fundamentais, ou seja, nome do medicamento; pessoa; dose; horário e via certa. Todos os diabéticos, devem respeitar a duração do tratamento; não ingerir bebidas alcoólicas na toma da medicação e ao longo do tratamento; conhecer para que serve e quais as reações secundárias.

Respetivamente o quarto objetivo, ou seja, a identificação das complicações decorrentes do tratamento farmacológico, nomeadamente quando se dá hiperglicémia 90% da amostra reconhece como tendo uma alimentação descuidada e em excesso; já quando se dá a hipoglicémia 66,7% da amostra idosa identifica como o jejum prolongado. Relativamente quando a pessoa tem diabetes 46,7% reconheceu como sendo o resultado de um teste de açúcar no sangue em jejum é 180 ou mais.

Segundo Vieira (2009), os valores ideais em jejum devem situar-se entre 70 a 110 mg/dl, considerando-se razoáveis os valores entre 111 a 140 mg/dl e maus se forem superiores a 140 mg/dl.

Respetivamente ao quinto objetivo, isto é, aos hábitos de vida saudáveis, a presente amostra soube identificar corretamente todas as soluções propostas.

No que se refere o que deve incluir o regime terapêutico da diabetes 83,3% reconhece como sendo a tríade, isto é, a medicação, alimentação saudável e o exercício físico.

Relativamente o que o exercício físico regular permite ao idoso 100% da amostra identifica que melhora a condição física; o mesmo resultado também se verificou para os cuidados a ter com os pés antes de iniciar o exercício físico, isto é, lavar os pés todos os dias, não andar descalço e usar sapatos confortáveis e adaptados ao seu pé. Na duração de prática do exercício, 43,3% refere que deve ser de forma progressiva, até 30 minutos por dia, 3 vezes semana.

O exercício físico é fundamental para baixar os níveis de glicose/glicemia; prevenindo a osteoporose e a obstipação; melhora o perfil lipídico no sangue; diminui o risco cardiovascular; ajuda a perder peso e melhora a condição física do idoso, aumentando o consumo de energia, a força e a flexibilidade; alivia o stress; tonifica os músculos e preserva a massa muscular; aumentar o colesterol HDL; baixa o colesterol LDL e os triglicéridos (Ulchaker, 2003; Brenda & Bare, 2005; Vieira, 2009).

Respetivamente à alimentação equilibrada 96,7% da amostra reconhece que deve evitar comer: doces e gorduras. Na realização de uma alimentação saudável e equilibrada 90% da amostra idosa identifica como sendo importante porque diminui as necessidades de insulina e colesterol.

Pois como refere Ulchaker (2003), o tratamento nutricional, é a pedra regular e fundamental da terapia em todos os tipos de diabetes Este consiste em manter um peso razoável e controlar a glicemia e os níveis lipídicos, sem comprometer a saúde do indivíduo.

Respetivamente ao último objetivo, ou seja, identificar a opinião relativamente à adesão terapêutica dos utentes idosos diabéticos tipo II, a maioria da amostra identifica corretamente todas as respostas, ou seja, relativamente a afirmação um: “o diabético deve conhecer-se a si e à sua doença”; afirmação dois: “o controlo da diabetes deve incluir uma alimentação equilibrada, exercício físico regular e o complemento com a medicação (insulina e/ou antidiabético oral)”; afirmação cinco: “o diabético deve beber bastante água ao longo do dia”; afirmação seis: “na alimentação, o diabético deve dar preferência ao cozidos e grelhados, temperar com limão e ervas aromáticas”; afirmação nove: “o diabético deve avaliar regularmente os níveis de açúcar no sangue (glicemia), pois permite conhecer o significado dos sinais e sintomas, saber como agir e melhorar o seu auto-controlo” e a afirmação dez: “deve tomar a medicação oral nos horários corretos, pois existe uma maior eficácia no tratamento”, a média da amostra em estudo responde bastante importante (4); já na afirmação três: “o diabético deve vigiar a tensão arterial, o colesterol e os triglicéridos”; afirmação quatro: “os diabéticos não devem fazer exercício físico em jejum”; afirmação oito: “o diabético deve controlar regularmente o seu peso para melhorar a sua condição física”; afirmação onze: “na

administração de insulina é conveniente variar o mais possível os locais de injeção para que a insulina seja absorvida o melhor possível”; afirmação doze: “o diabético deve conhecer quais as reações adversas da terapêutica para não causar danos no seu estado de saúde”; afirmação treze: “uma dieta rica em fibras e hidratos de carbono, é importante, pois faz diminuir as necessidades de insulina” e a afirmação catorze: “realizar exercício moderado ajuda a controlar a diabetes e evita as suas complicações”, a média da amostra em estudo responde como sendo importante (3); a afirmação sete: “deve comer depois das refeições uma boa sobremesa doce”, a média da amostra em estudo responde nada importante (1).

Para mais fácil a compreensão dos resultados, segue em anexo II a distribuição da amostra (frequência absoluta) relativamente a qual a importância para adesão terapêutica.

V-Conclusão:

Este estudo procura compreender o significado da Diabetes Mellitus, pois é uma doença crónica e metabólica que afeta muitas pessoas, variando a prevalência com as idades, raças e etnias, esta doença não é curável, mas pode ser controlada através de vários tratamentos.

A Diabetes Mellitus tipo II, costuma surgir depois dos 40 anos e a sua maior incidência, produz-se por volta dos 60 anos. Neste tipo de diabetes, os indivíduos com história familiar, antecedentes da intolerância à glucose e indivíduos obesos são fatores de risco. O tratamento compreende numa tríade, ou seja, alimentação cuidada, exercício físico ativo e o cumprimento do regime terapêutico.

Este projeto, iniciou-se com uma fase concetual, que abrange a formulação do problema de investigação, questões de investigação e os objetivos de estudo e o enquadramento teórico; na fase metodológica, apresentamos o tipo de estudo, meio, população e amostra, processo de amostragem, instrumento de recolha de dados e o seu tratamento, pré-teste e os problemas éticos.

As dificuldades sentidas na elaboração deste projeto de investigação foram algumas, sendo difícil por vezes aplicar a teoria à prática. O sintetizar das várias questões importantes também são consideradas igualmente difíceis, mas foram ultrapassadas; a gestão de tempo, que se revelou uma luta, uma vez que o último ano da licenciatura possui ensinamentos clínicos importantes e exigentes. A proposta fulcral para este trabalho, prende-se ao crescimento e à evolução do papel com o desenvolvimento de competências de investigação.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), a adesão terapêutica é definida, como “o grau ou extensão em que o comportamento de uma pessoa, em relação à administração medicamentosa, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida, corresponde às recomendações de um profissional de saúde”, sendo essencial para o indivíduo aderir ao tratamento e possuir um comportamento ativo e voluntário no

tratamento da sua patologia, para que no final o idoso sinta bem-estar e qualidade na sua vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), a não adesão ao regime terapêutico é responsável pelo aumento das hospitalizações, probabilidade do insucesso da terapêutica, por complicações evitáveis, aumento dos gastos com a saúde, diminuição da qualidade de vida e conseqüente aumento da morbidade e mortalidade nas pessoas idosas.

Em relação aos doentes idosos com diabetes, a revisão da literatura permite verificar que, tal como se observa com as doenças crónicas em geral, parece ocorrer uma maior probabilidade de falta de adesão generalizada (Ryan, 1997; Watts, 1980; Warren e Hixenbaugh 1998). Contrariamente a este estudo, na qual, pela análise dos resultados obtidos de acordo com a opinião da amostra, a mesma possui adesão ao regime terapêutico que lhes foi recomendado pelos profissionais de saúde.

Mas segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), um elevado número de estudos apontam para uma taxa de adesão, em pessoas com doenças crónicas, nos países desenvolvidos na ordem dos 50%, sendo a magnitude e impacto da não adesão ainda maior nos países mais pobres.

Como sugestões, na área de enfermagem deveríamos reforçar a informação junto dos diabéticos idosos apostando na área da educação para a saúde e verificar a restante população alvo se os dados são coerentes com os dados da amostra, por fim seria importante apresentar os resultados do projeto aos centros de dia da área metropolitana do Porto.

Em suma, com a elaboração deste trabalho, verificou-se uma aprendizagem progressiva e positiva, pelo que pensamos ter atingido satisfatoriamente todos os objetivos iniciais deste projeto, ou seja, aprofundar os conhecimentos de investigação, perceber a investigação como ensino de novos saberes ou como metodologia de trabalho.

V-Bibliografia:

- ✓ Brenda, S. Bare, S. (2005). *Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica*. São Paulo, Guanabara Koogan.

- ✓ Delors, J. (2000). *Educação um tesouro a descobrir*. Porto, Edições ASA.

- ✓ Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação - da conceção à realização*. Loures, Lusociência.

- ✓ Instituto Nacional de Estatística. (2000). *As Gerações mais Idosas*. [Em linha]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=74099&DESTAQUESmodo=2 [Consultado em 19/03/2011].

- ✓ Instituto Nacional de Estatística. (2005). *Dia Internacional do Idoso*. [Em linha]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=73639&DESTAQUESmodo=2 [Consultado em 19/03/2011].

- ✓ Instituto Nacional de Estatística. (2007). *Nos próximos 25 anos o número de idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens*. [Em linha]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=5546132&DESTAQUESmodo=2 [Consultado em 25/11/2011].

- ✓ Infarmed. (2009). *Saiba mais sobre medicamentos em casa*. [Em linha]. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA_MAISSOBRE/11_Medicamentos_em_Casa.pdf. [Consultado em 02/12/2011].

- ✓ McGraw, C. Drennan, V. (2001). *Self-administration of medicine and older People*. Nursing Standard.

- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE versão 2 – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Portugal Lusodidacta.
- ✓ Osswald, W. Garret, J. Guimarães, S. (2001). *Terapêutica Medicamentosa e Suas Bases Farmacológicas*. Portugal, Porto Editora.
- ✓ Organização Mundial de Saúde. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization, Geneva. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ [Consultado em 19/03/2011].
- ✓ Organização Mundial de Saúde, (2008). *Guia Global: Cidade Amiga do Idoso*. [Em linha]. Disponível em: http://www.gulbenkian.pt/media/files/FTP_files/pdfs/PGDesenvolvimentoHumano/ProjIdosos_GuiaCidades2009.pdf [Consultado em 25/11/2011].
- ✓ Rodrigues, M. Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra, Formasau.
- ✓ Rubenstein, L. Nahas, R. (1998). *Primary and secondary Prevention strategies in the older adult*. Geriatri Nurses.
- ✓ Ryan, C. M. (1997). *Psychological factors and diabetes mellitus*. In Pickup, J.; Williams, G., ed. lit. – *Textbook of diabetes*. Oxford: Blackwell Science.
- ✓ Silva, C. Ferreira, D. (2006). *Qualidade do controlo de Diabetes Mellitus tipo 2 numa amostra de utentes do Centro de Saúde de Braga*. [Em linha]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8449/1/Qualidade%20controlo%20DM%20no%20CS%20Braga.pdf> [Consultado em 25/11/2011].
- ✓ Silva, I. [et al.] (2002). *Effects of treatment adherence on metabolic control and quality of life in diabetic patients*. Psychosomatic Medicine. Vol. 64, nº1.

- ✓ Ulchaker, M. (2003). *Intervenções junto de Pessoas com Diabetes Mellitus e Hipoglicemia*. in Marek, J. Phipps, W. & Sandes, J. *Enfermagem médico-cirúrgica*. Volume II, Loures, Lusociência.
- ✓ Vermeire, E. & et al. (2001). *Patient adherence to treatment: three decades of research*. A comprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*.
- ✓ Vieira, S. (2009). *Conselhos para Diabéticos*. Loures, Lusodidacta.
- ✓ Watts, F. N. (1980). *Behavioural aspects of the management of diabetes mellitus: education, self-care and metabolic control*. *Behavior Research & Therapy*. Vol. 18, nº3.
- ✓ Warren, L. Hixenbaugh, P. (1998). *Adherence and diabetes*. In Myers, L. B.; Midence, K., ed. *lit. – Adherence to treatment in medical conditions*. Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- ✓ Wong, M. Gucciardi, E. Grace Sl. (2005). *Meal preparation in patients with type 2 diabetes and their spouses: A quantitative and qualitative study*. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*.

ANEXO I

QUESTIONÁRIO

Vanessa Cristina Ribeiro da Silva Ferreira, aluna do 4º ano do curso de Licenciatura de Enfermagem, da Faculdade das Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, estando a realizar um trabalho de investigação, cujo tema é: “A Adesão ao Regime Terapêutico por parte dos Idosos com Diabetes Mellitus Tipo II” com os seguintes objetivos de estudo:

- ✓ Identificar as informações sobre os sinais e sintomas da Diabetes Mellitus tipo II, que os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da zona metropolitana do Porto possuem; Identificar a informação sobre cuidados a ter na administração da Insulinoterapia e Terapêutica Oral, que os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da zona metropolitana do Porto possuem; Identificar se os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da zona metropolitana do Porto cumprem as regras, horários e locais de administração da insulina; Identificar a informação sobre as complicações decorrentes do tratamento farmacológico, que os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da zona metropolitana do Porto possuem; Identificar quais os hábitos de vida saudáveis, que os utentes idosos com diabetes dos Centros de Dia da zona metropolitana do Porto possuem; Identificar a opinião relativamente à adesão terapêutica dos utentes idosos diabéticos tipo II.

Venho solicitar a sua colaboração no preenchimento deste questionário que terá uma duração aproximada de 15 minutos. O questionário é constituído por duas partes. Na 1ª parte, pretende-se caracterizar a amostra. Na 2ª parte, pretende-se obter dados indicativos das opiniões acerca da adesão ao regime terapêutico por parte dos utentes idosos com diabetes mellitus tipo II. É importante referir que o questionário poderá ser de auto-preenchimento e/ou com a colaboração da investigadora. Procure não deixar nenhuma questão em branco e se tiver dúvidas reflita e escolha uma alternativa que lhe parecer melhor. Este questionário é confidencial, pelo que em nenhuma folha deve colocar o seu nome ou simbolismos que o identifiquem. Agradecemos a sua colaboração, garantindo confidencialidade e sigilo das informações prestadas.

Aluna, _____

Porto, 2011

PARTE I

1-Idade: _____

2-Género:

Feminino
Masculino

3-Estado civil:

Solteiro
Casado
Outro: _____

4-Habilitações Literárias:

Não sabe ler nem escrever
1º Ciclo do Ensino Básico
2º e 3º Ciclo do Ensino Básico
Secundário/Bacharelato/Licenciatura

PARTE II

1-Quais são os sintomas da Diabetes tipo II?

- Urinar em grande quantidade e muitas vezes
- Ter pouca sede
- Emagrecimento
- Aumento do peso (Obesidade)

2-Quais os fatores de risco para a Diabetes tipo II? (Escolha uma opção)

- Idade
- Aumento do peso (Obesidade)
- Pessoas que não têm história familiar de diabetes
- Pessoas que apresentam níveis de pressão arterial nos valores normais

3-Quais as complicações tardias mais frequentes na Diabetes tipo II? (Escolha uma opção)

- Lesão dos vasos sanguíneos dos olhos, podendo causar cegueira (Retinopatia Diabética)
- Lesão dos nervos (Neuropatia)
- Lesão nos rins provocando insuficiência renal (Nefropatia Diabética)
- Todas as opções estão corretas

4- Na conservação e armazenamento da Terapêutica Oral e/ou Injetável deve: (Escolha uma opção)

- Ser armazenada no Congelador
- Não verificar o prazo de validade
- Manter a terapêutica perto do alcance das crianças
- Ser protegida do calor, frio e da luz solar direta e guardar num local seco

5- O que deve fazer antes de administrar a insulina? (Escolha uma opção)

- Não fazer uma prega cutânea na pele do local escolhido
- Não lavar as mãos
- Usar álcool para desinfetar o local a administrar
- Não usar álcool para desinfetar o local a administrar

6- Qual o local que não deve ser administrado a insulina? (Escolha uma opção)

- Antebraços
- Coxas
- Membros inferiores (pés)
- Abdómen

7- Na toma de medicação oral o que deve ter em atenção? (Escolha uma opção)

- Horário
- Prazo de validade
- Dose
- Todas as opções estão corretas

8- Qual a bebida que não deve ingerir na toma da medicação oral? (Escolha uma opção)

- Água
- Leite
- Alcool
- Chá

9- Diz-se que uma pessoa tem Diabetes se: (Escolha uma opção)

- O resultado de um teste de açúcar no sangue em jejum é 180 ou mais
- O resultado de um teste de açúcar no sangue em jejum é 200 ou mais
- O resultado de um teste de açúcar no sangue em jejum está entre 70 e 110
- O resultado de um teste de açúcar no sangue em jejum está entre 30 e 60

10-A Hiperglicemia (aumento do açúcar no sangue) dá-se quando a pessoa faz: (Escolha uma opção)

- Alimentação descuidada e em excesso
- Alimentação cuidada e equilibrada
- Ausência de infecção
- Quantidade excessiva de medicação

11-A Hipoglicemia (diminuição do açúcar no sangue) dá-se quando a pessoa faz: (Escolha uma opção)

- Alimentação em excesso
- Quantidade escassa de medicação
- Presença de infecção
- Jejum prolongado

12- O regime terapêutico da Diabetes Mellitus deve incluir: (Escolha uma opção)

- Medicação
- Alimentação saudável
- Exercício físico
- Todas as opções estão corretas

13- O exercício físico regular permite: (Escolha uma opção)

- Aumentar o peso
- Aumentar os níveis de açúcar no sangue (glicose)
- Diminuir o consumo de energia
- Melhorar a condição física

14- A duração de prática de exercício, se possível, deverá ter a seguinte duração: (Escolha uma opção)

- Forma progressiva, até 30 minutos por dia, 3 vezes semana
- 1 vez dia, com qualquer prática
- Todos os dias
- Apenas quando o utente quiser

15- Antes de iniciar o exercício físico deve ter cuidado com os seus pés, selecione a opção correta:

- Lavar os pés todos os dias
- Não andar descalço
- Usar sapatos confortáveis e adaptados ao seu pé
- Todas as opções estão corretas

16- Para uma alimentação equilibrada o diabético deve evitar comer: (Escolha uma opção)

- Legumes e vegetais
- Doces e gorduras
- Carnes magras
- Peixe

17- Realizar uma alimentação saudável e equilibrada é importante porque: (Escolha uma opção)

- Aumenta o peso
- Aumenta o colesterol
- Aumenta os níveis de açúcar no sangue (glicose)
- Diminui as necessidades de insulina e colesterol

18-Assinalar a opção com uma cruz que melhor corresponde a cada afirmação:

Afirmação	Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Bastante Importante	Muito Importante
1) O Diabético deve conhecer-se a si e à sua doença.	1	2	3	4	5
2) O controlo da Diabetes deve incluir uma alimentação equilibrada, exercício físico regular e o complemento com a medicação (insulina e/ou Antidiabético oral).	1	2	3	4	5
3) O Diabético deve vigiar a tensão arterial, o colesterol e os triglicéridos.	1	2	3	4	5
4) Os Diabéticos não devem fazer exercício físico em jejum.	1	2	3	4	5
5) O Diabético deve beber bastante água ao longo do dia.	1	2	3	4	5
6) Na alimentação, o Diabético deve dar preferência ao cozidos e grelhados, temperar com limão e ervas aromáticas.	1	2	3	4	5
7) Deve comer depois das refeições uma boa sobremesa doce.	1	2	3	4	5
8) O Diabético deve controlar regularmente o seu peso para melhorar a sua condição física.	1	2	3	4	5
9) O Diabético deve avaliar regularmente os níveis de açúcar no sangue (glicemia), pois permite conhecer o significado dos sinais e sintomas, saber como agir e melhorar o seu auto-controlo.	1	2	3	4	5
10) Deve tomar a medicação oral nos horários corretos, pois existe uma maior eficácia no tratamento.	1	2	3	4	5
11) Na administração de Insulina é conveniente variar o mais possível os locais de injeção para que a insulina seja absorvida o melhor possível.	1	2	3	4	5
12) O diabético deve conhecer quais as reações adversas da terapêutica para não causar danos no seu estado de saúde.	1	2	3	4	5
13) Uma dieta rica em fibras e hidratos de carbono, é importante, pois faz diminuir as necessidades de insulina.	1	2	3	4	5
14) Realizar exercício moderado ajuda a controlar a Diabetes e evita as suas complicações.	1	2	3	4	5

ANEXO II

Distribuição da amostra no que diz respeito à importância para a adesão terapêutica:

Quadro 1. O Diabético deve conhecer-se a si e à sua doença

Respostas	Frequência	%
Importante	9	30,0
Bastante Importante	10	33,3
Muito Importante	11	36,7
Total	30	100,0

Quadro 2. O controle da Diabetes deve incluir uma alimentação equilibrada, exercício físico regular e o complemento com a medicação (insulina e/ou antidiabético oral)

Respostas	Frequência	%
Importante	10	33,3
Bastante Importante	9	30,0
Muito Importante	11	36,7
Total	30	100,0

Quadro 3. O Diabético deve vigiar a tensão arterial, o colesterol e os triglicéridos

Respostas	Frequência	%
Importante	20	66,7
Bastante Importante	2	6,7
Muito Importante	8	26,7
Total	30	100,0

Quadro 4. Os Diabéticos não devem fazer exercício físico em jejum

Respostas	Frequência	%
Pouco Importante	1	3,3
Importante	24	80,0
Bastante Importante	2	6,7
Muito Importante	3	10,0
Total	30	100,0

Quadro 5. O Diabético deve beber bastante água ao longo do dia

Respostas	Frequência	%
Importante	7	23,3
Bastante Importante	11	36,7
Muito Importante	12	40,0
Total	30	100,0

Quadro 6. Na alimentação, o Diabético deve dar preferência ao cozidos e grelhados, temperar com limão e ervas aromáticas

Respostas	Frequência	%
Pouco Importante	1	3,3
Importante	7	23,3
Bastante Importante	12	40,0
Muito Importante	10	33,3
Total	30	100,0

Quadro 7. Deve comer depois das refeições uma boa sobremesa doce

Respostas	Frequência	%
Nada Importante	20	66,7
Pouco Importante	9	30,0
Importante	1	3,3
Total	30	100,0

Quadro 8. O Diabético deve controlar regularmente o seu peso para melhorar a sua condição física

Respostas	Frequência	%
Nada Importante	1	3,3
Importante	18	60,0
Bastante Importante	8	26,7
Muito Importante	3	10,0
Total	30	100,0

Quadro 9. O Diabético deve avaliar regularmente os níveis de açúcar no sangue (glicemia), pois permite conhecer o significado dos sinais e sintomas, saber como agir e melhorar o seu auto-controle

Respostas	Frequência	%
Importante	8	26,7
Bastante Importante	9	30,0
Muito Importante	13	43,3
Total	30	100,0

Quadro 10. Deve tomar a medicação oral nos horários corretos, pois existe uma maior eficácia no tratamento

Respostas	Frequência	%
Importante	11	36,7
Bastante Importante	7	23,3
Muito Importante	12	40,0
Total	30	100,0

Quadro 11. Na administração de Insulina é conveniente variar o mais possível os locais de injeção para que a insulina seja absorvida o melhor possível

Respostas	Frequência	%
Pouco Importante	1	3,3
Importante	21	70,0
Bastante Importante	3	10,0
Muito Importante	5	16,7
Total	30	100,0

Quadro 12. O diabético deve conhecer quais as reações adversas da terapêutica para não causar danos no seu estado de saúde

Respostas	Frequência	%
Importante	19	63,3
Bastante Importante	7	23,3
Muito Importante	4	13,3
Total	30	100,0

Quadro 13. Uma dieta rica em fibras e hidratos de carbono, é importante, pois faz diminuir as necessidades de insulina

Respostas	Frequência	%
Importante	11	36,7
Bastante Importante	9	30,0
Muito Importante	10	33,3
Total	30	100,0

Quadro 14. Realizar exercício moderado ajuda a controlar a Diabetes e evita as suas complicações

Respostas	Frequência	%
Importante	17	56,7
Bastante Importante	5	16,7
Muito Importante	8	26,7
Total	30	100,0