

Tânia Maria Correia Botelho

“O conhecimento dos diabéticos adultos sobre a sua doença”

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Tânia Maria Correia Botelho

“O conhecimento dos diabéticos adultos sobre a sua doença”

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Tânia Maria Correia Botelho

“O conhecimento dos diabéticos adultos sobre a sua doença”

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

Sumário

A Diabetes Tipo 2 também conhecida como Diabetes Não-Insulino Dependente, ocorre em indivíduos que herdaram uma tendência para a Diabetes (têm, frequentemente, um familiar próximo com a doença: pais, tios, ou avós) e que, devido a hábitos de vida e de alimentação errados e por vezes ao “stress”, vêm a sofrer de Diabetes quando adultos (www.apdp.pt).

Quase sempre têm peso excessivo e em alguns casos são mesmo obesos. Fazem pouco exercício físico e consomem calorias em doces e/ou gorduras em excesso, para aquilo que o organismo gasta na atividade física. Têm, com frequência, a tensão arterial elevada (hipertensão arterial) e por vezes colesterol ou triglicéridos (hiperlipidemia) a mais no sangue (www.apdp.pt).

Na diabetes tipo 2 o pâncreas é capaz de produzir insulina. Contudo, a alimentação incorreta e a vida sedentária, com pouco ou nenhum exercício físico, tornam o organismo resistente à ação da insulina (insulinorresistência), obrigando o pâncreas a trabalhar mais (e mais), até que a insulina que produz deixa de ser suficiente. Nessa altura surge a Diabetes (www.apdp.pt).

A diabetes Mellitus tornou-se hoje um dos maiores problemas de saúde do mundo, pois o número de pessoas atingidas tem aumentado muito nas últimas décadas, em especial nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. Estima-se que atualmente, na Europa, existem cerca de 30 milhões de diabéticos e que no ano de 2025 serão cerca de 380 milhões em todo o mundo, tornando-se uma verdadeira pandemia. Os 3 países com maior número de diabéticos serão, em 2025, a Índia, a China e os EUA (APDP, 2012, p.2 e 3; www.spd.pt).

Com este projeto pretendeu-se saber que conhecimentos têm os adultos com Diabetes tipo 2 sobre a sua doença através de uma investigação descritiva. Com isso concluiu-se que na população alvo escolhida existem suficientes conhecimentos sobre a própria patologia.

Abstract

Type 2 Diabetes, also known as non-insulin-dependent diabetes, occurs in individuals who have inherited a tendency for Diabetes (often have a close relative with the disease: parents, uncles, or grandparents) and who, due to lifestyle, wrong food and sometimes the “stress” come to suffer from diabetes in adults (www.apdp.pt).

Almost always these people have excessive weight and, in some cases, are even obese. They do little exercise and they eat candy and / or fat in excess to what they spend in physical activity. They have very often high blood pressure (hypertension) and cholesterol or triglycerides (hyperlipidemia) in the blood (www.apdp.pt).

In type 2 Diabetes, the pancreas is able to produce insulin. However, a wrong diet and a sedentary lifestyle, with little or no exercise, make the body resistant to insulin (insulin resistance), forcing the pancreas to work harder (and more), till the insulin it produces is no longer sufficient. At this time the diabetes appears (www.apdp.pt).

The Diabetes Mellitus is nowadays one of the biggest health problems in the world, since the number of affected people has increased greatly in recent decades, particularly in developed and developing countries. It is estimated that currently, in Europe, there are about 30 million of diabetics and in 2025 they will be about 380 million around world, becoming a true pandemic. In 2025, the three countries with the highest number of diabetics will be India, China and the USA (APDP, 2012,p.2 and 3; www.spd.pt).

This project aims to know, through a descriptive investigation, which kind of knowledge adults with type 2 Diabetes have about their disease. After the investigation, it was concluded that the chosen target population has sufficient knowledge about the disease itself.

Agradecimentos

Embora um projeto de graduação seja, pela sua finalidade acadêmica, um trabalho individual, há contributos de natureza diversa que não podem e nem devem deixar de ser realçados. Por essa razão, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

Ao Professor José Manuel dos Santos, meu orientador, pela competência científica e acompanhamento, pela disponibilidade e generosidade reveladas ao longo do trabalho, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes feitas durante a orientação.

Às minhas amigas Cláudia Morais, Thayana Araújo e Belén Pérez pela forma carinhosa como sempre me trataram, pela amizade sincera e pelo apoio nos mais variados problemas que surgiam durante a realização do projeto.

Aos meus pais, a minha irmã e as minhas sobrinhas pela compreensão e ternura sempre manifestadas apesar da distância, pela excitação e orgulho com que sempre reagiram aos meus resultados académicos ao longo dos anos.

Ao meu namorado Joel Botelho, pelo apoio incondicional, por ter sempre acreditado em mim e ajudado em todos estes anos longe da minha família.

A todos, o meu sincero, Muito Obrigado!

Siglas

% - Percentagem

APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

AVC – Acidente vascular cerebral

DM1 – Diabetes Mellitus tipo 1

DM2 – Diabetes Mellitus 2

HbA_{1c} – Hemoglobina glicosilada

HC – Hidratos de Carbono

HDL – High Density Lipoprotein

HTA - Hipertensão Arterial

LDL – Low Density Lipoprotein

nº - número

p. – página

Índice

0. Introdução.....	15
I. Fase Concetual	17
1. Definição do Tema	17
2. Problema de Investigação e questões de partida	17
3. Objetivos da Investigação	18
4. Revisão Bibliográfica.....	19
4.1. A Diabetes Mellitus.....	19
4.1.2. Diabetes	21
4.1.3. Alimentação na DM2.....	24
4.1.4. Exercício físico na DM2	25
4.1.5. Antidiabéticos Orais	27
4.1.6. A Insulina no tratamento da DM2	28
4.1.7. Autovigilância e complicações (hipoglicemias, hiperglicemias e outras)	30
4.1.8. Diabetes Tipo 2 No Adulto/Idoso	35

4.1.9. Equipa de apoio e a importância dos Cuidados de Enfermagem.....	37
4.1.10. Aspetos psicológicos na DM2	38
II. Fase metodológica.....	40
1. Tipo de estudo e Meio	40
2. População Alvo, Amostra e processo de amostragem	41
3. Definição e operacionalização de variáveis	41
4. Instrumento de Colheita de Dados	42
5. Tratamento e Apresentação dos Dados	42
6. Princípios Éticos.....	42
III. Fase Empírica.....	44
1. Apresentação dos dados	44
2. Análise e interpretação dos resultados	61
IV. Conclusão	67

V. Bibliografia..... 69

VI. Anexos..... 71

Anexo 1- Questionário

Índice de Gráficos

Gráfico nº 1 – Idade.....	44
Gráfico nº 2 – Género.....	45
Gráfico nº 3 – Estado Civil.....	45
Gráfico nº 4 – Situação Profissional.....	46
Gráfico nº 5 – Profissões	46
Gráfico nº 6 – Resposta à questão “Considera ter conhecimentos necessários para lidar com a doença?”.....	47
Gráfico nº 7 – Resposta à questão “Onde obteve informações?”.....	47
Gráfico nº 8 – Resposta à questão “Com que idade lhe foi diagnosticada a DM2 ?”	48
Gráfico nº 9 – Resposta à questão “Para si a diabetes é uma doença que...”	49
Gráfico nº 10 – Resposta à questão “A DM2 está relacionada com...?”	49
Gráfico nº 11 – Resposta à questão “O diabético tem tendência para...”	50
Gráfico nº 12 – Resposta à questão “Que é a glicose?”	50
Gráfico nº 13 – Resposta à questão “Para si a insulina é...”.....	51
Gráfico nº 14 – Resposta à questão “Quais são os sintomas da DM2?”	51

Gráfico nº 15 – Resposta à questão “Quais são os principais sinais de hipoglicemia?”	51
Gráfico nº 16 – Resposta à questão “Durante o tratamento...”	52
Gráfico nº 17 – Resposta à questão “Sobre hipoglicemia...”	52
Gráfico nº 18 – Resposta à questão “Sobre hiperglicemia...”	53
Gráfico nº 19 – Resposta à questão “A DM2 tratada inadequadamente provoca...”	53
Gráfico nº 20 – Resposta à questão “Sentiu dificuldades na mudança do seu estilo de vida?”	55
Gráfico nº 21 – Resposta à questão “Considera importante o apoio familiar para uma melhor adaptação a sua doença?”	56
Gráfico nº 22 – Resposta à questão “Considera que as consultas de enfermagem são suficientes para ajudá-lo a ter uma melhor adaptação a doença?”	58
Gráfico nº 23 – Resposta à questão “Considera que deveria haver mais apoio por parte da equipe de enfermagem face a sua doença?”	59
Gráfico nº 24 – Nível de conhecimento	60

Índice de Quadros

Quadro nº 1 – Resposta à questão “Que sentiu quando lhe foi diagnosticada a DM2?” 54

Quadro nº 2 – Resposta à questão “Que mudanças teve de fazer do seu estilo de vida” 54

Quadro nº 3 – Resposta à questão aberta “Quais foram as dificuldades na mudança de estilo de vida?” 56

Quadro nº 4 – Resposta à questão aberta “Porquê o apoio familiar é importante para uma melhor adaptação a doença?” 57

Quadro nº 5 – Resposta à questão aberta “Porquê é que considera que as consultas de enfermagem não são suficientes para uma melhor adaptação a doença?” 59

Quadro nº 6 – Resposta à questão aberta “Porquê que deveria haver mais apoio por parte da equipe de enfermagem face a doença?” 60

0. Introdução

Com a finalidade de dar cumprimento ao plano de estudos e como parte integrante do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, realizou-se o presente Projeto de Graduação, com um tema à escolha da autora, para posterior realização do Projeto. Durante uma primeira parte, na Fase Concetual, foi proposto a escolha de um tema, sendo decidido realizar um estudo em Enfermagem que foca o conhecimento dos diabéticos adultos sobre a sua doença. A principal motivação foi a curiosidade em saber se as pessoas que já são adultas, após o diagnóstico de uma Diabetes Mellitus tipo 2, sabem tratar da doença com todas a suas características.

Foi realizada uma análise crítica de algumas publicações existentes sobre o tema em estudo e foram utilizados dados obtidos através da internet, nomeadamente no Google académico, base de dados da Universidade Fernando Pessoa e livros consultados em bibliotecas.

Foram perguntas de partida: a) Que conhecimentos têm os diabéticos tipo 2 da amostra sobre a sua doença? b) Que dificuldades no seu dia-a-dia sentem os diabéticos tipo 2 da amostra em relação à sua doença? c) O que pensam os diabéticos tipo 2 da amostra sobre a importância do apoio familiar? d) O que pensam os diabéticos tipo 2 sobre o papel que a equipa de enfermagem pode ter junto deles?

De acordo com um estudo feito pela APDP (2012,p.167), a diabetes constitui uma doença com elevados custos humanos, sociais e económicos. Os diabéticos adultos/idosos recorrem com muita mais frequência aos serviços de saúde, consomem mais medicamentos e têm uma morbidade e mortalidade mais alta do que o resto da população.

Na segunda parte, a Fase Metodológica, fala-se sobre a população e amostra, desenho de investigação e métodos de colheita análise de dados. Optou-se por um estudo com método de investigação de paradigma quantitativo, de tipo descritivo, transversal, e realizado em meio natural. Nesse estudo foram realizadas inquéritos do tipo

questionário, por ter um maior grau de diretividade das perguntas, a adultos diabéticos que se disponibilizaram em responder as questões.

Na última parte está a fase empírica, que contém a análise dos dados e a descrição através de quadros e gráficos.

A partir da análise dos dados, conclui-se que os resultados transmitem que nesta população alvo existem suficientes conhecimentos sobre a própria patologia (tendo por base os critérios definidos para este estudo) e que deveria haver mais interação entre o enfermeiro e o utente, o que com certeza aumentaria a base dos conhecimentos deste último.

I. Fase Concetual

“A fase concetual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação. A ideia pode resultar de uma observação da literatura, de uma irritação em relação com um domínio particular, ou ainda de um conceito” (Fortin, 2003, p.39).

1. Definição do Tema

O tema de estudo é definido por Fortin (2009, p. 48):

“(…) como um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos.”

O tema escolhido para o projeto foi “O Conhecimento dos diabéticos adultos sobre a sua doença.”

Obteve-se interesse por este tema pela curiosidade em saber se as pessoas que já são adultas, após o diagnóstico de uma Diabetes Mellitus tipo 2 sabem tratar da doença com todas suas características e preocupações (tratamento, alimentação, etc.)

2. Problema de Investigação e questões de partida

“A formulação de um problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender” (Fortin, 2009, p. 39).

A elaboração desse estudo justificou-se pela importância em perceber se os diabéticos são bem esclarecidos e se possuem conhecimentos suficientes sobre a doença.

Definiu-se como pergunta de partida: “Os diabéticos tipo 2 possuem conhecimento suficiente sobre a sua doença?”

Como afirma Fortin, (2009 p.51)

“(…) uma questão de investigação é uma pergunta explícita referente a um tema de estudo que se deseja investigar, tendo em vista aumentar o conhecimento que existe.”

Face ao tema do projeto, as questões de partida formuladas foram:

- a) Que conhecimentos têm os diabéticos tipo 2 da amostra sobre a sua doença?
- b) Que dificuldades no seu dia-a-dia sentem os diabéticos tipo 2 da amostra em relação à sua doença?
- c) O que pensam os diabéticos tipo 2 da amostra sobre a importância do apoio familiar?
- d) O que pensam os diabéticos tipo 2 sobre o papel que a equipa de enfermagem pode ter junto deles?

3. Objetivos da Investigação

Segundo Fortin (2003, p.99), “ (...) o objetivo do estudo num projeto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer”.

Os objetivos do projeto foram:

- Identificar se os diabéticos tipo 2 da amostra têm conhecimentos sobre a sua doença;
- Saber que dificuldades no seu dia-a-dia sentem os diabéticos tipo 2 da amostra em relação à sua doença;
- Saber se os diabéticos tipo 2 da amostra consideram importante o apoio familiar para uma melhor adaptação a sua doença e se sim, porquê?
- Saber qual o papel que os diabéticos tipo 2 atribuem à equipa de enfermagem.

4. Revisão Bibliográfica

“ (...) Uma revisão da literatura é um texto que resume nele vários outros sobre um assunto preciso estabelecendo ligações entre eles e expondo a problemática comum “ (Tremblay 1994 *cit. In*Fortin, 2003 p.40).

Numa primeira fase temos o enquadramento teórico, onde serão abordados os conceitos de Conhecimento, Diabetes Mellitus tipo 2 e Doença.

4.1. A Diabetes Mellitus

O termo da Diabetes tem a sua origem no grego e significa “passar através de”, “atravessar”, “sifão”. Foi primeiramente utilizado na nomenclatura médica por Areteu de Capadócia há cerca de 2000 anos. E a palavra Mellitus tem origem do latim e significa “com sabor a mel” tempo utilizado muito mais tarde.

4.1.1. A história

Há 3500 anos foi descoberto um papiro num túmulo em Tebas, no Egito, mais tarde foi adquirido pelo egiptólogo alemão Georg M. Ebers e, desde então, conhecido pelo nome de Papiro de Ebers, que constitui a mais antiga descrição do que hoje se considera a Diabetes Mellitus. A urina com açúcar foi pela primeira vez descrita na Índia, por Susruta, há cerca de 2400 anos (APDP, 2012, p. 1).

Os gregos entenderam a diabetes como um defeito no nosso organismo que possibilitava a passagem dos líquidos pelo nosso corpo sem que este tivesse a capacidade de os reter. Verificaram que as pessoas com diabetes bebiam devido a essa incapacidade.

Em 1860, um médico alemão (Paul Langerhans) descobriu um grupo de células no pâncreas, que foram identificadas como células responsáveis pela produção da insulina. A descoberta deste grupo de células (denominadas posteriormente ilhéus de Langerhans), das quais fazem parte aquelas que são produtoras de insulina (células beta) permitiu um caminho rápido para o melhor conhecimento da diabetes e do seu tratamento.

Em 1921, os canadianos Frederick Banting e Charles Best conseguiram, a partir de extratos de pâncreas, um preparado que continha insulina, o qual, administrado a um cão diabético, obtinha uma rápida correção da hiperglicemia; em 1923 começaram a correção insulínica em humanos.

Em 1926, um médico português, Ernesto Roma, funda em Lisboa a primeira associação Protetora dos Diabéticos Pobres, e abre uma clínica onde desenvolve o que hoje se denomina “Educação terapêutica” (APDP, 2012, p.7 e 8).

Serão descritos a seguir os conceitos que fundamentaram a compreensão do estudo:

Conhecimento: forma de entendimento que representa o ato de conhecer implicitamente contido na coisa conhecida (www.infopedia.pt).

Diabetes Mellitus tipo 2: doença metabólica caracterizada por hiperglicemia crónica (níveis elevados de açúcar no sangue). Resulta de um defeito progressivo na secreção de insulina, uma resistência a ação da insulina ou uma combinação desses dois fatores (www.dgs.pt e www.who.int/en).

Doença: alteração do estado normal de saúde de uma ser, que se manifesta por sinais ou sintomas, que podem ser perceptíveis ou não (www.infopedia.pt).

4.1.2. Diabetes

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica que necessita de uma vigilância cuidada, de forma a prevenir complicações agudas e tardias; também com elevados custos humanos, sociais e económicos, em rápida expansão por todo o mundo. Calcula-se que Portugal terá, na segunda década do novo século, perto de um milhão de pessoas com diabetes (APDP, 2012, p.15 Boavida, J. M., Fragoso de Almeida, J. P., Massano Cardoso, S., Sequeira Duarte, J., Duarte, R., Ferreira, H., Guerra, F., Medina, J. L., Nunes, J. S., Pereira, M., Raposo, J., 2012).

A Diabetes é uma doença que resulta de uma deficiência capacidade de utilização pelo organismo da nossa principal fonte de energia: a glucose.

Muitos dos alimentos que ingerimos são transformados em glucose no nosso aparelho digestivo. Normalmente, a glucose é absorvida pelas células do nosso organismo que a podem utilizar para fornecer energia (APDP,2009,p.5).

Para que a glucose possa ser utilizada como fonte de energia é necessária uma hormona produzida no pâncreas, a insulina (APDP,2009,p.5).

A hiperglicemia (taxa elevada de glucose no sangue) que existe na diabetes, deve-se, em alguns casos, à insuficiente produção de insulina, noutros à sua ação insuficiente e, frequentemente, à combinação destes dois fatores.

Se a glucose não for utilizada, acumula-se no sangue sendo depois expelida pela urina (APDP,2009,p.5).

A insulina é uma hormona produzida nas células beta nos ilhéus de Langerhans do pâncreas. Este órgão, que está junto ao estômago, fabrica muitas substâncias, entre elas a insulina, fundamental para a vida. A sua falta ou a insuficiência da sua ação leva a alterações muito importantes no aproveitamento da glucose, dos lipídeos e das proteínas que são a base de toda a nossa alimentação e constituem as fontes de energia do nosso organismo (APDP,2009,p.5).

A diabetes tipo 1, também conhecida como Diabetes Insulinodependente, é mais rara, e começa na maioria das vezes, em crianças e jovens, podendo também aparecer em adultos e até em idosos. Estas pessoas necessitam de terapêutica com insulina para toda a vida porque o pâncreas deixa de a poder fabricar. A causa deste tipo de Diabetes é, pois, a falta de insulina e não está diretamente relacionada com hábitos de vida ou de alimentação errados ao contrário do que acontece na diabetes tipo 2 (APDP,2012,p.5).

A diabetes tipo 2, também conhecida como Diabetes não insulinodependente, ocorre em indivíduos que herdaram uma tendência para a Diabetes e que, devido a hábitos de vida e de alimentação errados e por vezes ao stress, vêm a sofrer de diabetes quando adultos (após os 35 anos). Quase sempre têm peso excessivo ou até chegam a obesidade, mas sobretudo têm acumulação de tecido a adiposo na região abdominal. Fazem pouco exercício físico e consomem excesso de calorias para aquilo que o organismo despende na atividade física. Têm, com frequência, a tensão arterial elevada (hipertensão arterial) e por vezes colesterol ou triglicéridos a mais no sangue (dislipidemia) (APDP,2009, p.5 e 6; Buse, J. B., Polonsky, K. S., Burant, C. F., 2003).

Na diabetes tipo 2, o pâncreas é capaz de produzir insulina. Contudo, a alimentação incorreta e a vida sedentária, com pouco ou nenhum exercício físico, tornam o organismo resistente a ação da insulina (insulinorresistência), obrigando o pâncreas a trabalhar mais. Até que a insulina que produz deixe de ser suficiente. É nessa altura que surge a Diabetes (APDP, 2009, p.5 e 6).

A diabetes tipo 2 está a aparecer, nos últimos anos, em idades mais jovens como resultado de excessos alimentares, sedentarismo e da obesidade que têm invadido as camadas mais jovens da população, em particular dos países mais desenvolvidos.

Este tipo de Diabetes aparece em geral de uma forma muito silenciosa e quando é diagnosticada já a pessoa tem 6 ou mais anos de Diabetes. Este facto tem como consequência a possibilidade de existirem já no doente algumas das complicações tardias da diabetes sem o termos percebido antes (APDP,2009,p.5 e 6).

Os sintomas mais frequentes são a fadiga, poliúria (urinar muito e com mais frequência) e sede excessiva. Muitas vezes o doente não apresenta estes sintomas (ou dá-lhes pouca importância) e o diagnóstico é feito mediante a realização de análises de rotina (aparece hiperglicemia e glicosúria) (APDP, 2009, p. 9 e 10).

No adulto é habitual a diabetes não apresentar sintomas no seu início e, por isso, pode manter-se oculta durante anos. Os sintomas só aparecem quando a glicemia está muito elevada, e surgem, habitualmente, de modo mais lento que na criança ou jovem.

Contudo, a hiperglicemia vai provocando os seus malefícios, mesmo sem se dar por isso. É essa a razão pela qual, às vezes, podem já existir complicações (nos olhos, por exemplo) quando se descobre a diabetes (APDP,2009,p. 8 e 9).

4.1.3. Alimentação na DM2

A educação alimentar é fundamental para o tratamento da diabetes. Deve por isso ser considerada na educação de todas as pessoas com diabetes, quer tomem ou não antidiabéticos orais, ou insulina (APDP,2009,p.11).

O plano alimentar aconselhado à pessoa com diabetes é um plano saudável, equilibrado e com porções (quantidades) adequadas às necessidades de cada pessoa (baseado na idade, peso, atividade física, situação clínica, entre outros) (APDP,2009, p.11; Boulton, A. J. M. 2008).

Hidratos de Carbono - Dos nutrientes fornecidos pelos alimentos, os hidratos de carbono (HC) são os que mais influenciam os níveis de glicemia após as refeições. A sua ingestão é contudo indispensável pois devem fornecer maior parte de energia que o organismo necessita (50 a 55% das calorías totais) (APDP,2009,p.12). Para evitar aumentar excessivamente os níveis de açúcar no sangue após as refeições, os alimentos com HC devem distribuir-se por 6 ou 7 refeições por dia, em pequenas quantidades de cada vez. Controla-se melhor a sensação de fome e evitam-se grandes subidas dos níveis de glicemia (hiperglicemia) resultantes de grandes refeições. Por outro lado, reduz-se a probabilidade de haver alguma descida exagerada do nível de glicemia entre as refeições (hipoglicemia), principalmente nos casos em que se toma medicação (APDP,2009,p.13 e 14).

Lípidos - Para fazer uma alimentação menos calórica e conseguir perder peso, ou manter um peso saudável, é importante reduzir a ingestão de lípidos, que no total não devem ultrapassar 30% das calorías diárias. O consumo elevado de lípidos saturados (carnes gordas, enchidos, leite gordo, manteiga, natas) contribui para o aumento dos níveis de colesterol e maior risco de doença cardiovascular (APDP,2012,p.18 e 19).

Água - A água deve ser sempre a bebida de primeira escolha. Pelo menos 1,5 litro por dia, ou o suficiente para manter a urina clara e sem cheiro. Os refrigerantes não se aconselham, porque têm grande quantidade de açúcar que induz uma subida rápida e

acentuada dos níveis de glicemia. São, contudo, úteis para o tratamento da hipoglicemia (APDP, 2012, p.20 e 21).

Sal - O consumo de sal (sódio) é quase sempre excessivo e por isso se alerta para a necessidade de o reduzir. O objetivo é prevenir ou controlar a hipertensão arterial, considerado um fator de risco para algumas complicações da diabetes. Muitas pessoas com DM2 têm hipertensão arterial. Para além da redução da ingestão de sal, a perda de algum peso em excesso e ser mais ativo ajudam a controlar melhor os níveis da tensão arterial (APDP, 2012, p.21 e 22).

Há alimentos considerados “Aptos para Diabéticos”. A frutose é um HC frequentemente adicionado a alimentos com a denominação “aptos para diabéticos” com o objetivo de adoçar. Mas o seu consumo deve ser moderado pois tem tantas calorias como o açúcar, e se ingerida em grandes quantidades pode contribuir para o aumento do peso corporal, das glicemias e dos níveis de triglicéridos (APDP, 2012, p.22).

4.1.4. Exercício físico na DM2

O exercício físico deverá fazer parte do dia-a-dia, como parte do tratamento e controlo da diabetes, tendo tanta importância como tomar corretamente os medicamentos e fazer uma alimentação adequada. Para além de ajudar a manter a agilidade, o peso ideal e a tonificar os músculos, o exercício físico aumenta a sensação de bem-estar físico e psicológico, assim como a resistência ao stress e ao cansaço do dia-a-dia (APDP, 2009, p.27).

Foram realizados estudos que demonstraram que a incidência de retinopatia é superior em pessoas com diabetes que tenham vida sedentária: 36% em mulheres sedentárias e 48% em homens (APDP, 2009, p.27).

A diabetes tipo 2 está associada a excesso de peso com acumulação de gordura, predominantemente, na região abdominal. Esta característica leva a um aumento de resistência à ação da insulina nos tecidos corporais (músculos, fígado, tecido adiposo e rins) mais conhecida por insulinoresistência, que coexiste com outros fatores de risco para doença cardiovascular, como hipertensão arterial, valores anormais de colesterol, triglicéridos e outras gorduras no sangue, e alterações da coagulação sanguínea (APDP, 2009,p.27).

A atividade física aumenta a sensibilidade à ação da insulina já que os músculos exercitados adquirem maior capacidade para captar a glucose circulante, o que ajuda a diminuir os níveis de glicemia e a longo prazo os valores de HbA_{1c} (APDP,2009,p.28).

Uma prática regular de exercício físico, a longo prazo reduz em 20% os valores de triglicéridos, aumenta os valores do colesterol (HDL – Bom colesterol), diminui a pressão arterial e melhora a coagulação sanguínea, ajuda ainda a prevenir a osteoporose e a manter a capacidade funcional (APDP, 2009, p.28).

Por outro lado, contribui para a redução da massa gorda, sobretudo da massa gorda da região abdominal, melhorando deste modo a sensibilidade à insulina.

Fazer exercício físico é uma parte fundamental da terapêutica da diabetes tipo 2 e para a diminuição do risco de doença cardiovascular, constituindo, em conjuntos com uma alimentação correta, a única terapêutica para algumas pessoas (APDP, 2009, p.28).

Quando o exercício físico é moderado ou intenso, a primeira fonte de energia a esgotar-se é a glucose sanguínea, que apesar de ser de rápido acesso, tem reservas limitadas, fornecendo energia apenas nos primeiros minutos (APDP,2012,p.35).

Durante o exercício físico tona-se por vezes difícil a perceção dos sintomas característicos de hipoglicemia. Para a sua prevenção é necessário estar alerta a qualquer sinal e monitorizar os níveis de glicemia antes e durante exercícios prolongados. (APDP, 2009, p.36).

4.1.5. Antidiabéticos Orais

A cada momento a quantidade de glucose que se encontra na glicemia depende da quantidade que entra e da quantidade que sai. Para que a glucose seja consumida é necessário que exista, e que se ligue às células, uma hormona produzida pelo pâncreas: a insulina (APDP, 2009,p.47).

Na DM2, a hiperglicemia deve-se inicialmente à presença de uma resistência à ação da insulina, o que, obriga a que para se obter o mesmo consumo de glucose, seja necessária de insulina, o pâncreas tem de produzir mais (hiperinsulinismo), o que é possível numa fase inicial (APDP, 2009,p.47).

Posteriormente, começa a falhar na quantidade e no tempo de aparecimento da insulina em circulação após uma refeição. Finalmente, se não forem tomadas medidas adequadas, a capacidade de produção pode ficar muito diminuída e não conseguir de todo satisfazer as necessidades (APDP, 2009,p.47).

Os antidiabéticos orais são medicamentos que se utilizam na DM2 com o objetivo de melhorar o controlo das glicemias. São mais uma ferramenta terapêutica e não substituem a atividade física e uma alimentação correta e saudável. Consoante o seu modo de ação podem ser utilizados juntamente com a insulina (APDP,2009,p.47)

As pessoas com DM2, além dos cuidados alimentares, do aumento da atividade física e de tomarem os medicamentos antidiabéticos orais, têm normalmente de fazer terapêutica anti-hipertensiva, terapêutica antidiabética. A terapêutica para a DM2 assenta numa base em que a alteração dos hábitos de vida é essencial: aumentar a atividade física e adquirir hábitos alimentares mais corretos (APDP,2009,p.54 e 55).

4.1.6. A Insulina no tratamento da DM2

O primeiro passo no tratamento da DM2 é a alteração do estilo de vida que conduziu à diabetes: o equilíbrio entre a alimentação e o exercício para assim permitira prevenir e minorar a ocorrência das complicações tardias. Se houver uma modificação no sentido de uma alimentação equilibrada e fracionada, e se aumentar a actividade física diária, os níveis de glicemia vão diminuir, ou podem até normalizar (APDP, 2009,p.57).

Muitas vezes, este primeiro passo é o suficiente para manter a diabetes controlada algum tempo e é sempre fundamental mesmo que se tenha que fazer outro tipo de tratamento. Quando a diabetes está controlada é necessário fazer o tratamento com comprimidos e, em muitos casos, utilizar a insulina. A insulina é uma terapêutica que tem uma lugar crescente no tratamento da DM2, quer a título transitório, quer mesmo como terapêutica definitiva (APDP,2009, p.57).

A importância da otimização do controlo Metabólico

A pesquisa regular das glicemias capilares constitui o método padrão de avaliação do controlo metabólico nas pessoas com diabetes. Cada determinação transmite o valor da glicemia naquele momento, pelo que depende do tempo que mediou desde a última refeição, da quantidade e qualidade de alimentos ingeridos nessa refeição, e também da atividade física da pessoa em causa nos minutos/horas antes daquela determinação (APDP,2009,p.67).

Como valor isolado dá uma informação muito limitada sobre o grau de controlo metabólico. Várias determinações da glicemia, mas sempre à mesma altura do dia, só indicam o tipo de controlo metabólico que o individuo apresenta naquela altura. É a determinação da glicemia em diferentes alturas do dia que permite ter a noção de como se encontra o controlo geral da diabetes (APDP,2009,p.67).

A determinação da hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) é uma análise que permite obter a informação sobre a média geral do controlo das glicemias nos últimos 3-4 meses. A hemoglobina é a proteína constituinte dos glóbulos vermelhos responsável pelo transporte de oxigénio no sangue. Encontrando-se a circular na corrente sanguínea, a glucose interage com os outros componentes do sangue; a glucose entra nos glóbulos vermelhos e liga-se à hemoglobina de forma proporcional à sua concentração no sangue. Assim, a HbA_{1c} mais não é do que uma percentagem da hemoglobina que se encontra glicosilada, ou seja, ligada a glucose (APDP,2009,p.67 e 68).

Quanto mais elevadas foram as glicemias durante aquele período, maior a percentagem de glicosilação da hemoglobina. Um determinado valor de HbA_{1c} poderá traduzir glicemias, mais ou menos constantes, à volta de determinado valor, ou traduzir glicemias muito variáveis, com valores muito acima e muito abaixo de um valor médio (APDP,2009,p.68).

CORRESPONDÊNCIA ENTRE HbA_{1c} E MÉDIA DE GLICEMIAS							
HbA _{1c} (%)	6	7	8	9	10	11	12
Glicemias médias (mg/dl)	135	170	205	224	275	310	345

(Diabetes tipo 2, APDP p.68)

No individuo com diabetes, a variação da glicemia ao longo do dia depende, sobretudo, de três fatores inter-relacionados: dieta, atividade física e medicação para a diabetes. Para existir uma relativa estabilidade nos níveis de glicemia é necessário existir um equilíbrio entre os três fatores (APDP,2009,p.69).

Tal implica a monitorização das glicemias capilares na frequência mais adequada, aumentando o grau de exigência quanto às glicemias a atingir, devendo a equipa de saúde trabalhar em conjunto com a pessoa com diabetes, de forma a conseguir otimizar o seu controlo metabólico. Este objetivo é difícil de atingir em alguns doentes, mas a avaliação científica comprova que qualquer redução nos níveis médios de glicemia, independentemente do ponto de partida, pode ser benéfica. Esta será a atitude imprescindível para conseguir evitar (ou atrasar o mais possível) o desenvolvimento das complicações tardias da diabetes (APDP,2009,p.74).

4.1.7. Autovigilância e complicações (hipoglicemias, hiperglicemias e outras)

A autovigilância é o fato de participar na gestão da diabetes como um elemento responsável e consciente em conjunto com os profissionais de saúde. Um dos avanços mais importantes na vigilância da diabetes, e no tratamento, é a possibilidade de o doente poder verificar e participar ativamente na observação dos níveis de açúcar no sangue, de modo a decidir acerca da necessidade de ajustes no tratamento (APDP, 2009, p.75).

As complicações agudas da diabetes que podem surgir são: a hipoglicemia e a hiperglicemia (APDP,2009,p.83).

Hipoglicemia é o termo médico que significa glicemias baixas, normalmente inferiores a 50mg/dl e que se acompanha de sintomas característicos. É uma complicação aguda, pois pode acontecer subitamente, e exige tratamento imediato (APDP,2012,p.71).

Durante as hipoglicemias a pessoa diabética pode sentir-se a tremer, suar, com cansaço, com confusão ou com uma fome desmedida e estes sinais devem ser considerados como um aviso para a necessidade de tomar açúcar e assim, a hipoglicemia não terá qualquer gravidade.

A pessoa diabética pode sentir-se normal e serem os outros que a rodeiam a notar que está diferente. Neste caso, a hipoglicemia é preocupante, pois o seu reconhecimento está dependente de terceiros.

As manifestações clínicas das hipoglicemias não aparecem invariavelmente com um determinado nível de glicemia e existe uma série de fatores que influenciam o seu aparecimento (APDP, 2012, p.71 e 72).

As causas mais frequentes de uma hipoglicemia são: a administração de insulina em excesso, o excesso de ingestão de antidiabéticos orais que possam estimular a libertação de insulina das células beta, a diminuição da ingestão alimentar, um atraso da refeição

após a administração da insulina ou antidiabéticos orais, a ingestão excessiva de álcool, a presença de uma doença, como é o caso da insuficiência renal, que prolonga a vida média da insulina ou do antidiabético oral (APDP,2009,p.84).

Hipoglicemias Leves a Moderadas	SINTOMAS MAIS COMUNS E SEM GRAVIDADE	- Fome súbita e sensação de fraqueza; - Suor e tremores; - Taquicardia; - Cansaço fácil e palidez.
	SINTOMAS MAIS PREOCUPANTES	- Dor de cabeça e irritabilidade; - Visão turva, tonturas, confusão; - Náuseas e vômitos.
Hipoglicemias Graves	SINTOMAS GRAVES	- Delírio, alucinações, alteração da linguagem; - Agressividade; - Diminuição da consciência, convulsões; - Coma.

(APDP,2009,p.86)

O tratamento das hipoglicemias tem como finalidade subir o nível da glicemia de forma rápida e adequada. Como a hipoglicemia pode acontecer em qualquer lugar e situação é necessário que a pessoa com diabetes tenha sempre consigo açúcar (APDP,2009,p.88).

Os idosos têm facilmente hipoglicemias, quer tomando insulina ou antidiabéticos orais, muitas vezes com valores de glicemia não muito baixos, 70 ou 90mg/dl, e sem manifestações clínicas sugestivas (APDP,2009, p.92).

Hiperglicemia é o termo técnico que significa que a glucose no sangue está elevada. A hiperglicemia mantida é a principal causa das complicações tardias da diabetes (APDP,2012,p.66).

Os valores elevados de glicemia podem causar lesões nos vasos e nervos. Estas alterações levam a compromisso na irrigação dos membros e órgãos. A deficiente irrigação sanguínea aumenta o risco de infeções, doença vascular cardíaca e cerebral, lesões na retina, perturbações vasculares nos membros inferiores, que podem levar a amputações e alterações renais. Por todos estes motivos deve-se manter a glicemia rigorosamente controlada (APDP, 2009, p.92).

CAUSAS	<ul style="list-style-type: none">- Doses insuficientes de insulina ou antidiabéticos orais;- Excesso alimentar, exercício físico reduzido, Infecções, stress emocional.
SINTOMAS	<ul style="list-style-type: none">- Poliúria e Polaquiúria;- Sede constante e intensa, Cansaço e Perda de peso.
CUIDADOS A TER	<ul style="list-style-type: none">- Reforçar a autovigilância;- Aumentar as doses da insulina de ação intermédia prescrita;- Manter e reforçar fracionamento alimentar;- Reduzir o consumo de lípidos, Aumentar a ingestão de água.

(APDP,2009, p.92)

A hiperglicemia muito elevada pode conduzir a uma situação de cetose (complicação aguda que pode ocorrer na vida de um DM2e que pode evoluir para uma cetoacidose e até coma) com necessidade de tratamento imediato. Assim, é importante que se regresse aos valores de glicemia controlados e tratada imediatamente a hiperglicemia. A cetose e cetoacidose desenvolvem-se devido a carência de insulina (APDP, 2012,p.66).

Com o passar dos anos, as pessoas com diabetes podem vir a desenvolver uma série de complicações em vários órgãos. Aproximadamente 40% das pessoas com diabetes vêm a ter complicações tardias graves da sua doença. Estas complicações evoluem de uma forma silenciosa e muitas vezes já estão há algum tempo instaladas quando se detetam. Atualmente é possível reduzir ou retardar os danos da diabetes através de um controlo rigoroso da glicemia, da tensão arterial e dos lípidos, bem como de uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis (APDP,2009,p.105).

Os grandes e médios vasos apresentam lesões de evolução lenta e silenciosa que levam a redução do seu calibre (aterosclerose). A principal causa é o depósito de lípidos nas suas paredes. Estes depósitos de lípidos crescem, formam placas e reduzem o calibre destes vasos, tornando difícil a passagem do sangue com oxigénio e nutrientes, e consequentemente comprometendo a alimentação dos tecidos. Este sofrimento no coração pode dar origem a uma isquemia do miocárdio (angina de peito) e, em casos extremos, a um enfarte do miocárdio. Nos pés pode originar lesões diversas e mesmo gangrena (APDP,2009,p.105).

A doença que atinge os pequenos vasos (microangiopatia) é específica da diabetes. Não sendo ainda totalmente conhecida, verifica-se um espessamento de algumas estruturas da parede destes pequenos vasos, com redução do calibre, alterações da consciência, elasticidade e permeabilidade. Os níveis elevados de glucose têm um papel importante em todo este processo. Outras alterações, nomeadamente da viscosidade e da adesividade que se passam também no sangue do diabético, agravam toda esta situação (APDP,2009,p.105 e 106).

A retinopatia diabética provoca lesões que resultam, principalmente, de alterações dos pequenos vasos, tornando difícil a passagem do sangue e, conseqüentemente, o transporte de oxigénio e nutrientes a varias zonas. É uma das várias complicações tardias da doença, pensando-se que seja uma consequência da hiperglicemia (APDP,2009,p.106).

Na diabetes, quando pequenos vasos dos rins são lesados em grande quantidade aparece a nefropatia. O sinal mais precoce é a perda de proteínas na urina (microalbuminúria). Se a nefropatia continua a evoluir há acumulação de produtos antes eliminados (ureia, creatinina), manifestações de fadiga, cansaço e perda do apetite e caminha-se para a insuficiência renal. Em estados mais avançados, os rins podem mesmo parar de funcionar e levar a fazer diálise e num caso extremo ser submetido ao transplante renal (APDP,2009,p.107).

A neuropatia diabética é uma outra complicação tardia da diabetes e resulta de lesões nos nervos do nosso organismo que afetam um grande número de diabéticos e aparecem manifestações tais como: alterações da sensibilidade, aparecimento de queixas dolorosas e, frequentemente, perda das sensibilidades dolorosa e térmica. Muitas das vezes esta neuropatia pode levar à amputação de algum membro (APDP,2012,p.96; APDP, 2010).

Os diabéticos têm maior risco de doença coronária, manifestada por angina de peito, ou ataques cardíacos e por trombozes cerebrais (AVC). O risco da doença coronária é, segundo alguns estudos, cerca do dobro nos homens e quatro vezes mais nas mulheres, em relação à população não diabética. No caso do AVC, é o dobro no sexo feminino e

três vezes superior no masculino. O aparecimento de doença coronária e o risco de ataques cardíacos aumenta muito quando à diabetes se associam outros fatores de risco, como o colesterol e triglicéridos no sangue elevados, a hipertensão arterial, a obesidade e, em especial, o tabaco (APDP, 2012,p.79).

A prevalência da hipertensão arterial (HTA) na população diabética é claramente superior à da população normal, tanto na DM1, com na DM2, sendo referida em vários estudos como cerca do dobro dos não diabéticos. Na DM1, a HTA está frequentemente associada à presença de nefropatia, enquanto na de tipo 2 existe uma relação estreita entre a hipertensão e a insulinoresistência, assim como a obesidade e vários fatores genéticos e ambientais. De facto, menos de ¼ dos doentes diabéticos conseguem atingir os valores recomendados de 130/80mmHg (APDP, 2009, p.117 e 119).

O nosso corpo precisa de colesterol (gordura natural do organismo formada no fígado e vinda também da alimentação) para funcionar bem, para fabricar a membrana das células, produzir hormonas, vitaminas e para digerir outras gorduras dos alimentos. E os triglicéridos são hoje vistos também como um fator de risco independente para ataques cardíacos e existem objetivos terapêuticos definidos para este tipo de gorduras no sangue (APDP, 2009, p.125).

Existem duas frações principais do colesterol:

→ LDL (Low Density Lipoprotein) em excesso acumula-se na parede das artérias, causando aterosclerose.

→ HDL (High Density Lipoprotein) e tem como função trazer o colesterol das outras partes do corpo para o fígado, para que este o elimine ou armazene. Portanto, quanto mais alta a fração de HDL, menor o risco de doença cardiovascular (APDP, 2009, p.125 e 126).

São fatores de risco do colesterol: Tabagismo, Hipertensão (valores superiores a 140/90 ou 130/80 no diabético), Diabetes, História familiar, Obesidade, Sedentarismo, Stress, Idade, HDL baixo (< 40mg/dl), (...)

Valores recomendados de Colesterol - SOCIEDADE EUROPEIA DE ATEROSCLEROSE			
RISCO	COLESTEROL TOTAL	LDL	HDL
ELEVADO	175	90	<4.5
MODERADAMENTE ELEVADO	190	100	<4.5
MODERADO	190	115	<5
BAIXO	190	115	<5

(APDP, 2009, p.130)

Valores recomendados de Colesterol e Triglicéridos	
RECOMENDAÇÕES PARA DIABÉTICOS COM DOENÇA CORONÁRIA	
COLESTEROL	<175
LDL	<70
HDL	<40 (Homem); <46 (Mulher)
TRIGLICÉRIDOS	<150

(APDP, 2009, p.130)

4.1.8. Diabetes Tipo 2 No Adulto/Idoso

Nos países ocidentais e em vias de desenvolvimento, o número de pessoas com diabetes tem aumentado muito no último século. Desde uma prevalência de cerca de 0,2% nos anos 30 a 1% em 1960, prevêem-se no nosso país números de 7% (700 000) na segunda década do novo século. A diabetes aumenta com a idade, atingindo, em termos de percentagem, os valores mais altos no grupo dos 65 aos 74 anos. Cerca de 18% a 20% das pessoas deste grupo são portadores da doença. Em Portugal, quase metade dos diabéticos conhecidos têm mais de 65 anos de idade (APDP, 2009, p.167).

Muitas vezes, a descoberta da diabetes é feita em análises de rotina, ou já na presença de complicações tardias, como úlceras das pernas, uma retinopatia diabética, ou uma infecção prolongada e repetida (APDP, 2009, p.167).

A diabetes constitui uma doença com elevados custos humanos, sociais e económicos. Os diabéticos adultos/idosos recorrem com muita mais frequência aos serviços de saúde, consomem mais medicamentos e têm uma morbidade e mortalidade mais alta do que o resto da população. A idade também acelera o início das complicações tardias como a retinopatia e a neuropatia diabéticas. E tudo isto se passa numa altura da vida em que as pessoas estão mais limitadas nas suas capacidades, mais dependentes de terceiros e tem também, com frequência, outras doenças associadas (APDP,2009, p.167).

Um bom controlo no diabético adulto/idoso é obtido através de um programa alimentar cuidadoso, de exercício físico regular adaptado as suas condições e, muitas vezes, do uso de medicação oral e insulina (APDP,2009, p.168).

O controlo adequado da glicemia tem como objetivo prevenir ou atrasar o aparecimento, ou o desenvolvimento das complicações quando estas já estão presentes. No entanto, não devemos esquecer que o rigoroso controlo não tem, nestas idades, o mesmo conceito que aos 20 anos. O controlo da diabetes também implica o controlo da tensão arterial e dos lípidos que é fundamental para a redução dos acidentes cardíaco e cerebrovasculares. São de salientar os fatores de risco que advêm do tabaco, da obesidade, da hipertensão e das dislipidemias (APDP,2009, p.168).

A diabetes é a primeira causa de amputações não traumáticas e 2/3 delas ocorrem em idosos. Vigilância dos pés, deteção precoce das eventuais lesões, cuidados com as meias e calçado, constituem elementos imprescindíveis na prevenção das lesões (APDP,2009, p.168 e 169).

Os cuidados com o diabético adulto/idoso devem ser partilhados entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde especializados através de uma eficaz relação,

procurando evitar as muito frequentes e habituais duplicações de serviços. Numa altura da sua vida em que estão, muitas vezes, associados outras doenças, uma eficaz organização do apoio ao diabético idoso contribui para melhorar muito a sua qualidade de vida (APDP,2009, p.169).

4.1.9. Equipa de apoio e a importância dos Cuidados de Enfermagem

A diabetes pode afetar diferentes órgãos no organismo, por isso, a melhor opção é beneficiar-se de outros profissionais de saúde (enfermeiro, nutricionista, profissional de saúde mental, oftalmologista, pedologista, etc), para além do médico assistente. É importante que o médico assistente comunique com os outros elementos da equipa de saúde, relativamente a possíveis alterações ao plano de tratamento da diabetes. Esta equipa é formada por um grupo de prestadores de cuidados de saúde que pode ajudar a pessoa diabética a gerir melhor a doença e a ajudar a integrar os cuidados. Para além da equipa de saúde, outros elementos fundamentais na vida do doente diabético são a família e amigos; pessoas que proporcionam apoio, ajuda e compreensão (APDP, 2012, p.173, 174 e 175).

A equipa de enfermagem ajuda a fazer a gestão diária do utente com diabetes, tendo como objetivo promover a autonomia do doente no tratamento e autocontrolo da doença, de modo a conseguir obter uma boa compensação (APDP, 2009, p.178).

O enfermeiro/a identifica e avalia os problemas, necessidades, dificuldades e competências em relação aos vários aspetos do tratamento e ensina e orienta em função das necessidades: administração de insulina, avaliação, registo, interpretação dos resultados da glicemia, prevenção e atuação nas situações agudas como a hipoglicemia e a hiperglicemia, autocontrolo da diabetes, etc. (APDP,2009, p.178; Adams, E., 1994; Stanhope , Marcia e Janette Lancaster, 2007).

4.1.10. Aspetos psicológicos na DM2

A diabetes tipo 2 é uma doença crónica e como tal condicionadora de vivências e atitudes que, de um modo ou de outro, correspondem ou estão associadas a estados emocionais normais ou excessivos (medo, ansiedade, tristeza, etc) (APDP,2009, p.183)

Quando o diagnóstico da diabetes tipo 2 é feito, há uma pessoa, em geral adulta, com a sua maneira característica de reagir, os seus hábitos de vida, o seu trabalho, a sua família e amigos, e por outro, uma doença que vai impor uma mudança precisamente nesses hábitos, nomeadamente alimentares e de atividade física. Então ocorre uma certa exigência sobre a própria pessoa doente que implica que vai ter de ser capaz de realizar um autoconhecimento físico e mental e obter a capacidade de ser capaz de manter a autovigilância e o autocontrolo para assim prevenir o aparecimento de complicações (APDP,2009, p.184).

Todo este processo de adaptação vai ser facilitado, ou complicado pelas relações que se estabelecerão com a equipa de saúde. A compreensão sentida na relação com a equipa de saúde, a possibilidade de surgir alguém com quem se possa falar abertamente sobre a diabetes, são fatores que promovem a adesão ao tratamento e conferem bem-estar psicológico (APDP,2009, p.185)

O período que se segue ao diagnóstico pode desencadear emoções particulares, como o medo e a apreensão, associados por vezes à crença de impossibilidade para proceder às mudanças nos estilos de vida exigidos pelo tratamento, ou à existência de uma história familiar com evoluções desastrosas de pessoas com DM2 (Negação da doença) (APDP,2009,p.185; American Diabetes Association, 2002).

Outras vezes, há uma consciência clara da situação, mas a pessoa com DM2 recém-diagnosticada simplesmente não quer pensar nisso, evitando qualquer circunstância passível de ser ligada à diabetes. Esta atitude associa-se também à zanga ou revolta que a pessoa sente por lhe ter diagnosticada uma doença como a DM2 (APDP,2009,p.185).

Importa referir uma situação psicológica que ocorre duas ou mais vezes em doentes com DM2 do que na restante da população, e que se chama depressão. Esta situação caracteriza-se por uma perda de prazer e de motivação para atividades que habitualmente dão satisfação, inclusivamente conviver com outras pessoas ou descontrair com o seu lazer favorito. Existe dificuldade em alegrar-se com o que quer que seja e predomina um estado de espírito triste ou irritado. A vida passa a ser vista com pessimismo e tudo decorre mais lentamente e com mais desinteresse, como cuidar de si próprio e da sua diabetes (APDP,2009,p.185).

Os aspetos psicológicos são fundamentais na DM2 e têm de ser tidos em conta quando se pretende uma educação terapêutica eficaz, com motivação para a autonomia dinâmica que cada doente com diabetes pode alcançar por si próprio e com o apoio de outros (família, amigos, profissionais de saúde) (APDP,2009,p.187; Stanhope , Marcia e Janette Lancaster, 2007; Colliérre, MF., 1999).

II. Fase metodológica

“No decurso desta fase o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou as hipóteses formuladas” (Fortin, 2003 p.40).

1. Tipo de estudo e Meio

Trata-se de um estudo de investigação descritiva porque pretende estudar, compreender e explicar e tem as etapas de definição do problema, revisão de literatura, questões de investigação, população alvo, amostra, técnica de amostragem, escolha de instrumento de recolha de dados (Fortin, 2009 p.237). Foi um estudo transversal porque foi realizado tendo por base um corte no tempo. Este tipo de investigação tem um propósito fundamental ou básico tendo por fim a produção de novos conhecimentos. Segundo a hierarquia dos níveis de investigação, este trabalho pertence ao nível I – explorar fatores. Por isso é um estudo descritivo, ou seja, relata fenómenos.

Com base em Fortin (2003 p.132) o meio é definido como:

“Os estudos conduzidos fora dos laboratórios, tomam o nome de estudos em meio natural, o que significa que eles se efetuam em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios.”

O estudo foi em meio natural, num Centro de Saúde da cidade do Porto.

2. População Alvo, Amostra e processo de amostragem

A população foi constituída por “elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo” (Fortin, Côté, e Vissandjée, 2003, p.41).

A população alvo foi constituída pelas pessoas com diagnóstico de DM2 que estão inscritas num Centro de Saúde da cidade do Porto. A amostra foi composta por 20 pessoas com diagnóstico de DM2 que estão inscritas no Centro de Saúde da cidade do Porto e que participaram neste estudo, sendo que o processo de amostragem foi do tipo não-probabilístico accidental: foram convidadas a participar neste estudo as pessoas com diagnóstico de DM2 que estão inscritas no Centro de Saúde e que foram ao referido Centro de Saúde no dia 11 de novembro de 2013.

3. Definição e operacionalização de variáveis

Segundo Fortin (2003 p.36), as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação que neste estudo são: conhecimentos sobre a DM2, sentimentos a propósito da doença e papel do enfermeiro no apoio ao doente com DM2

Ainda segundo Fortin (2003 p.37), as variáveis de atributos são as características dos sujeitos num estudo; são geralmente demográficas, e são neste estudo a idade, o género, o estado civil, a situação profissional, a perceção sobre os conhecimentos detidos sobre a DM2 e os meios de obtenção da informação

4. Instrumento de Colheita de Dados

Segundo Fortin (2009 p.218), “os instrumentos servem para colher os dados, que permitirão responder às questões de investigação ou verificar hipóteses.”

A técnica de recolha de dados é um inquérito do tipo questionário, por ter um maior grau de diretividade das perguntas e o investigador estar ausente no ato da inquirição (Fortin, 2009 p. 380).

A fim de operacionalizar a variável “conhecimentos sobre a DM2”, decidiu-se considerar os conhecimentos: a) Excelentes, se houver 11 ou 12 respostas corretas; b) Muito Bons, se houver entre 8 a 10 respostas certas; c) Suficientes, se houver entre 5 a 7 respostas certas; e d) Escassos, se houver entre 0 a 4 respostas certas.

5. Tratamento e Apresentação dos Dados

O tratamento dos dados foi feito através de programas estatísticos (Excel). Optou-se por apresentar os dados recolhidos através da utilização de gráficos ou quadros, consoante o que pareceu mais elucidativo.

6. Princípios Éticos

As exigências éticas na investigação são de extrema importância, daí o relevo fundamental nos direitos das pessoas que participam na investigação, do consentimento livre e esclarecido exigido pelas comissões de ética e protocolado pelo Código de Nuremberga, e da apreciação da relação benefício-risco para os sujeitos.

Segundo Fortin (2003 p.116), o direito á autodeterminação baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino. Decorre deste princípio que o potencial sujeito tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação.

Por esse motivo as pessoas escolhidas para participar neste estudo, encontravam-se em posse da sua sanidade mental e não foram submetidas a qualquer tipo de pressão que condicionasse a sua decisão. E foram ainda informadas que poderiam desistir do estudo se assim o desejassem, sem que tivessem nenhum prejuízo.

Segundo Fortin (2003 p.117), o direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes num estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação.

De acordo com todas as necessidades éticas e morais e com a afirmação anteriormente citada, foi atribuído ao indivíduo uma designação de Q x, em que a letra “Q” é correspondente ao Questionado e o “x” ao número de questionários.

O objetivo deste método foi permitir ao investigador identificar os resultados do questionário, sem pôr em causa a privacidade, respeitando o anonimato e não provocando nenhum custo nem dano moral para o participante.

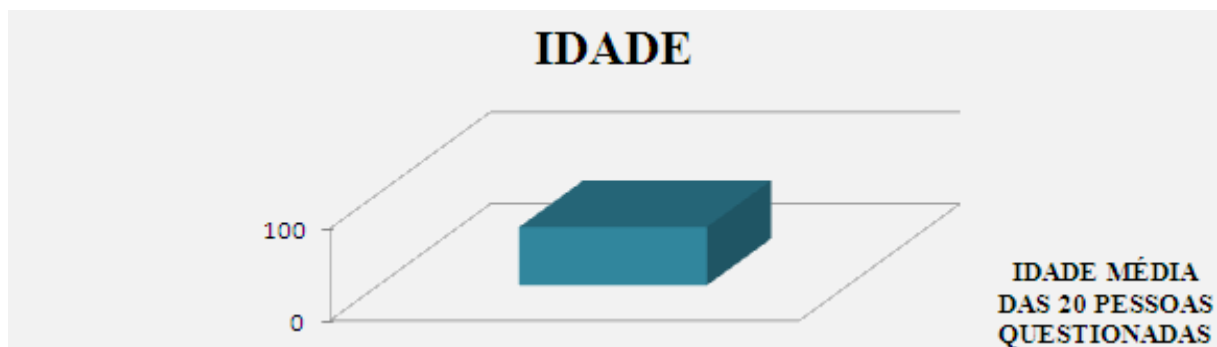
III. Fase Empírica

Segundo Fortin (2003, p. 41) “Esta fase inclui a colheita dos dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados”.

1. Apresentação dos dados

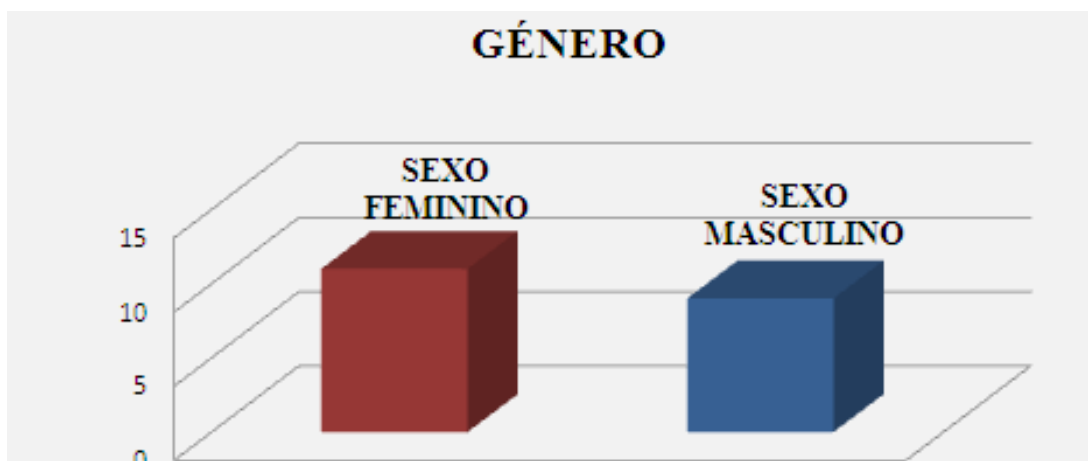
A apresentação dos dados é feita tendo em consideração as frequências relativas dos dados obtidos.

Gráfico nº 1 – Idade



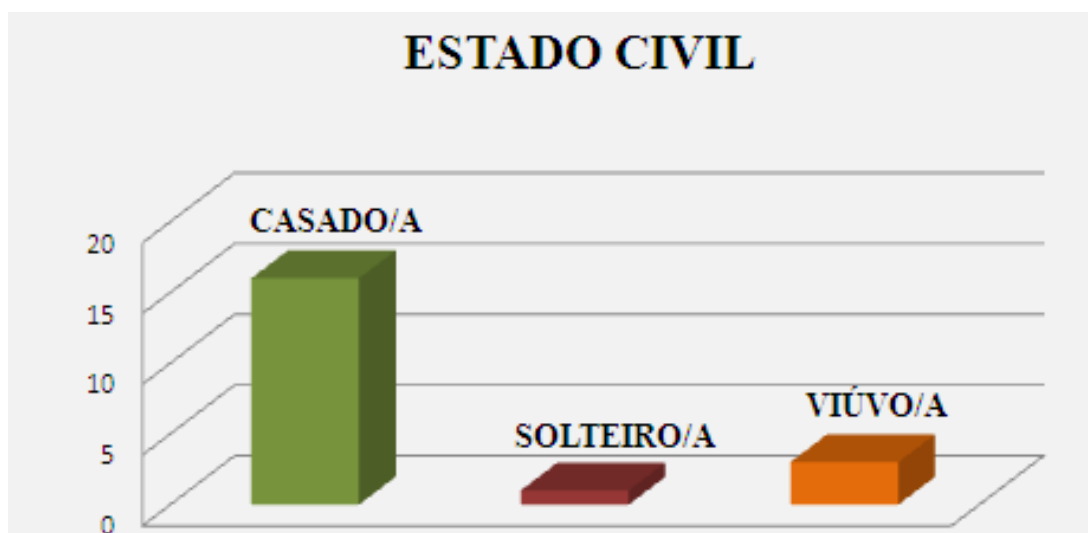
Conforme se vê no gráfico nº 1, a idade média dos 20 questionados foi de 63 anos.

Gráfico nº 2 – Género



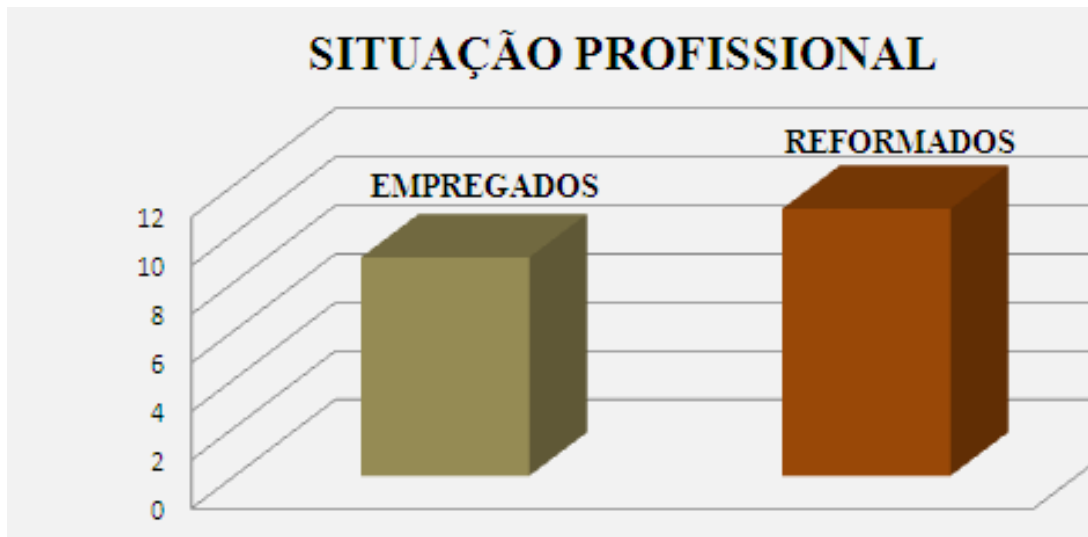
Conforme se vê no gráfico nº 2, das 20 pessoas questionadas 11 foram do sexo feminino e 9 foram do sexo masculino

Gráfico nº 3 – Estado Civil



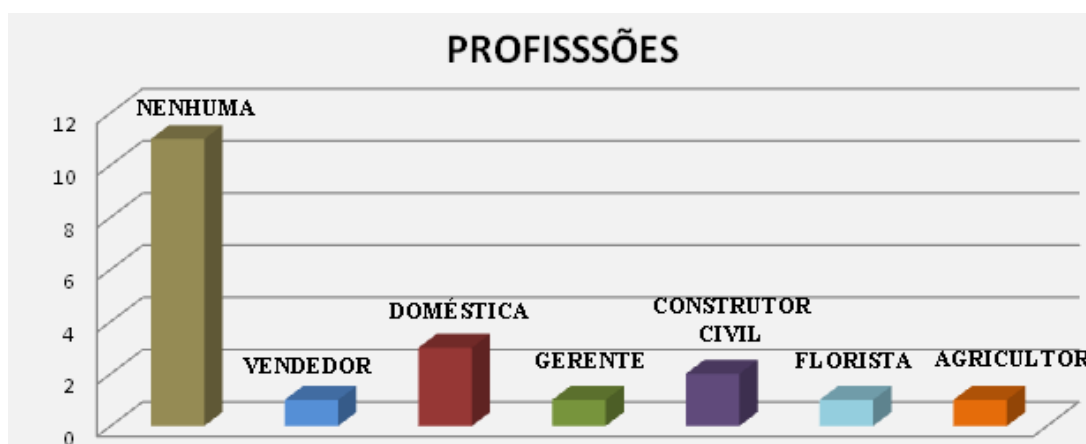
Conforme se vê no gráfico nº 3, das 20 pessoas questionadas 16 eram casados, 1 era solteiro e 3 eram viúvos.

Gráfico nº 4 – Situação Profissional



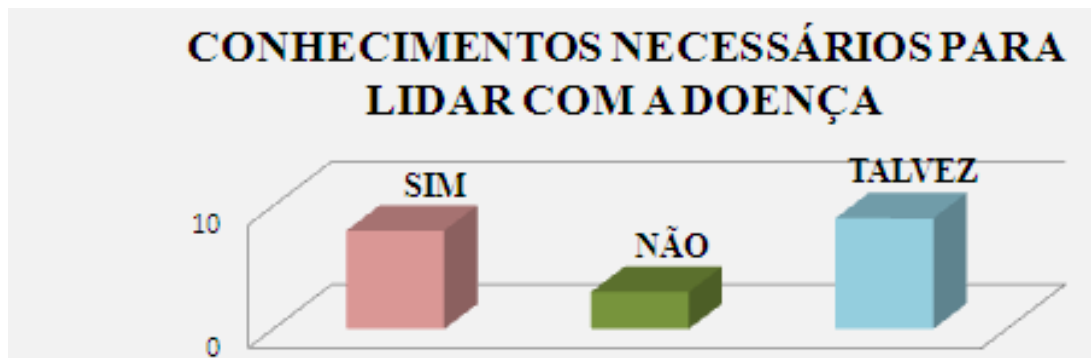
Conforme se vê no gráfico nº 4, das 20 pessoas questionadas 9 eram empregadas e 11 reformadas.

Gráfico nº 5 – Profissões



Conforme se vê no gráfico nº 5, das 20 pessoas questionadas 11 não tinham nenhuma profissão visto que eram do grupo dos reformados, 1 pessoa era vendedor, 3 eram domésticas, 1 era gerente, 2 eram construtores civis, 1 era florista e 1 era agricultor.

Gráfico nº 6 – Resposta à questão “Considera ter conhecimentos necessários para lidar com a doença?”



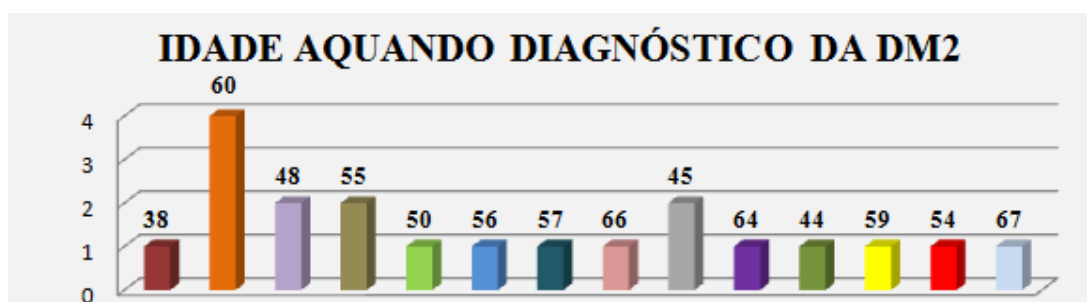
Conforme se vê no gráfico nº 6, das 20 pessoas questionadas 8 responderam Sim, 3 responderam Não e 9 responderam Talvez à pergunta mencionada.

Gráfico nº 7 – Resposta à questão “Onde obteve informações?”



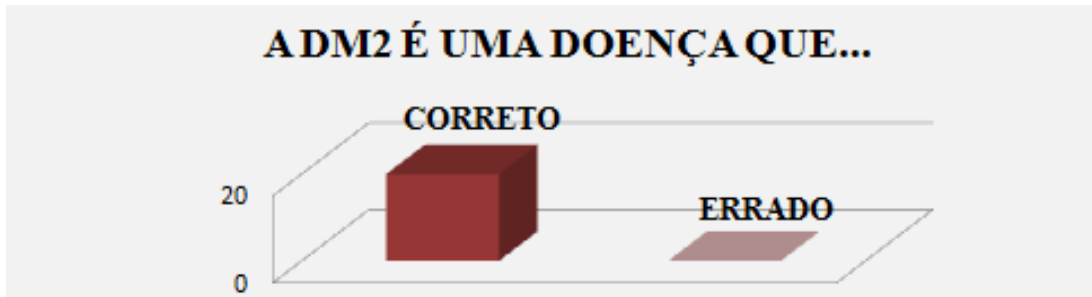
Conforme se vê no gráfico nº 7, das 20 pessoas questionadas 7 obtiveram informações dos médicos, nenhum obteve informações dos enfermeiros, 5 obtiveram informações dos médicos e enfermeiros, nenhum obteve informações da pesquisa individual, 2 obtiveram informações dos médicos/enfermeiros/pesquisa individual, 1 obteve informações dos médicos e pesquisa individual, 1 obteve informações da família, 1 obteve informações a partir da pesquisa individual e da família, 1 obteve informações dos médicos/enfermeiros/famílias finalmente 2 obtiveram informações dos médicos e da família.

Gráfico nº 8 – Resposta à questão “Com que idade lhe foi diagnosticada a DM2 ?”



Conforme se vê no gráfico nº8, das 20 pessoas questionadas 1 tinha 38 anos quando lhe foi diagnosticada a DM2, 4 tinham 60 anos, 2 tinham 48 anos, 2 tinham 55 anos, 1 tinha 50 anos, 1 tinha 56 anos, 1 tinha 57 anos, 1 tinha 66 anos, 2 tinham 45 anos, 1 tinha 64 anos, 1 tinha 44 anos, 1 tinha 59 anos, 1 tinha 54 anos e a última pessoa tinha 67 anos. A idade média de diagnóstico de DM2 dos 20 questionados é de 55 anos.

Gráfico nº 9 – Resposta à questão “Para si a diabetes é uma doença que...”



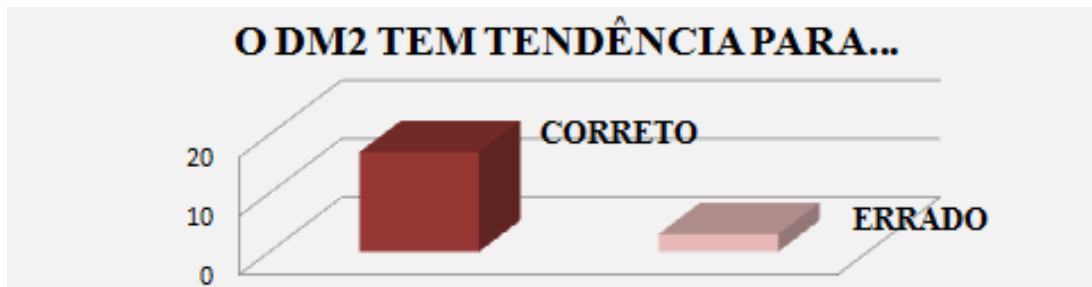
Conforme se vê no gráfico nº 9, as 20 pessoas questionadas responderam que **a diabetes é uma doença que tem muita durabilidade e que é para o resto da vida**, ou seja, responderam corretamente à pergunta mencionada.

Gráfico nº 10 – Resposta à questão “A DM2 está relacionada com...?”



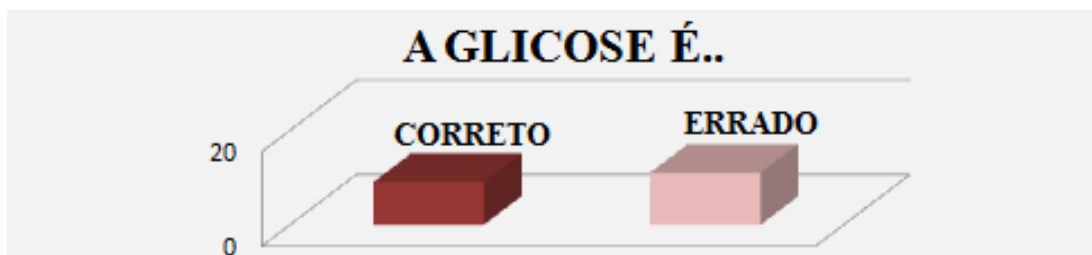
Conforme se vê no gráfico nº 10, das 20 pessoas questionadas, 5 responderam que **a DM2 está relacionada com o sedentarismo e a obesidade**, ou seja, corretamente, sendo que 15 responderam erradamente a pergunta mencionada.

Gráfico nº 11 – Resposta à questão “O diabético tem tendência para...”



Conforme se vê no gráfico nº 11, das 20 pessoas questionados 17 responderam que o **diabético tem tendência para o aumento da tensão arterial e ao aumento do colesterol**, ou seja, corretamente, e 3 responderam erradamente à pergunta mencionada.

Gráfico nº 12 – Resposta à questão “Que é a glicose?”



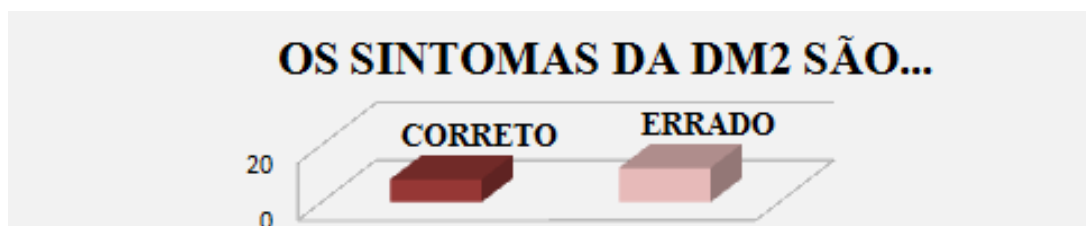
Conforme se vê no gráfico nº 12, das 20 pessoas questionadas 9 responderam que a **glicose é um açúcar**, ou seja, corretamente e 11 responderam erradamente a pergunta mencionada.

Gráfico nº 13 – Resposta à questão “Para si a insulina é...”



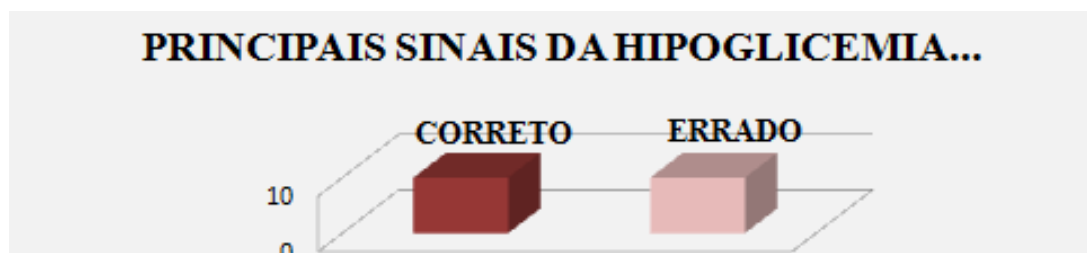
Conforme se vê no gráfico nº 13, das 20 pessoas questionadas 6 responderam que a **insulina é uma hormona produzida no pâncreas e que tem como função diminuir os níveis de glicose no sangue**, ou seja, corretamente e 14 responderam erradamente a pergunta mencionada.

Gráfico nº 14 – Resposta à questão “Quais são os sintomas da DM2?”



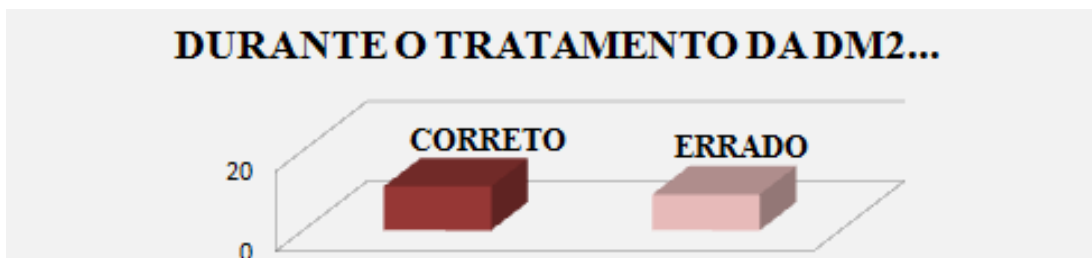
Conforme se vê no gráfico nº 14, das 20 pessoas questionadas 8 responderam que os **sintomas da DM2 são a fadiga, o fato de urinar muito e ter muita sede**, ou seja, corretamente e 12 responderam erradamente a pergunta mencionada.

Gráfico nº 15 – Resposta à questão “Quais são os principais sinais de hipoglicemia?”



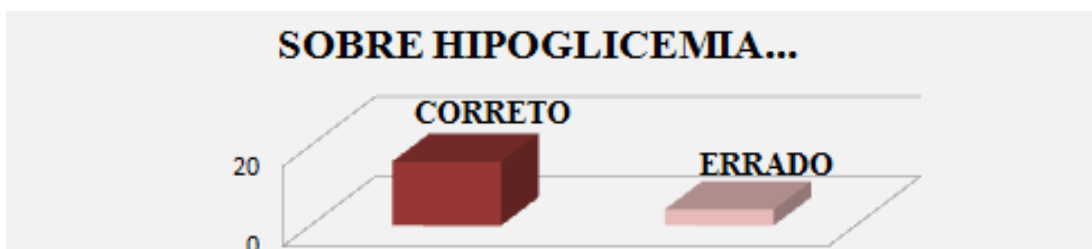
Conforme se vê no gráfico nº 15, das 20 pessoas questionadas 10 responderam que os **principais sinais de hipoglicemia são a fome e a sono/confusão**, ou seja, corretamente e 10 responderam erradamente a pergunta mencionada.

Gráfico nº 16 – Resposta à questão “Durante o tratamento...”



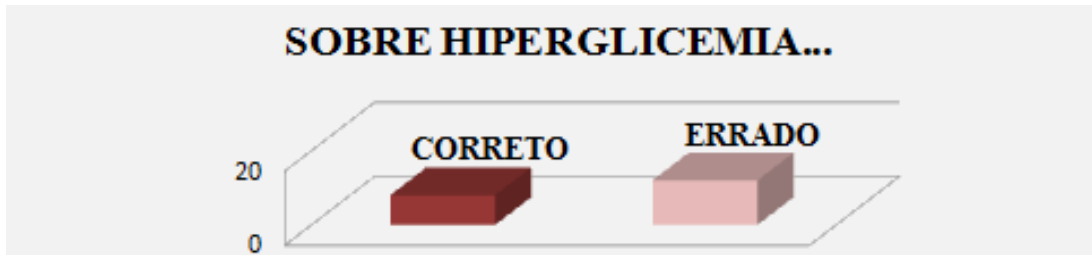
Conforme se vê no gráfico nº 16, das 20 pessoas questionadas 11 responderam que **durante o tratamento da DM2 não se deve comer grandes quantidades de carboidratos, deve-se tomar corretamente a medicação e que é necessário praticar regularmente exercício físico**, ou seja, corretamente e 9 responderam erradamente a pergunta mencionada.

Gráfico nº 17 – Resposta à questão “Sobre hipoglicemia...”



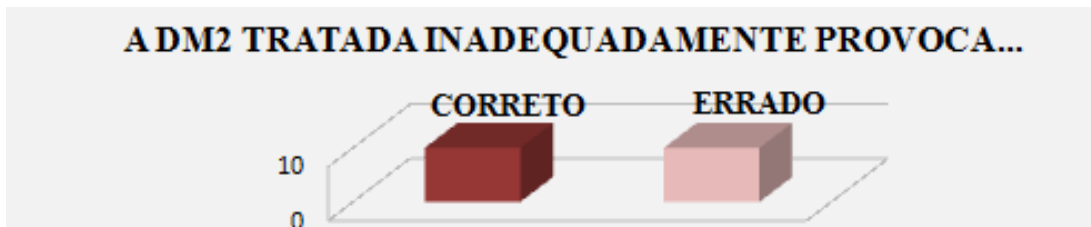
Conforme se vê no gráfico nº 17, das 20 pessoas questionadas 16 responderam que o termo **hipoglicemia significa ter um baixo nível de açúcar no sangue e que é preciso ingerir de imediato algum alimento com alto valor de açúcar**, ou seja, corretamente e 4 responderam erradamente a pergunta mencionada.

Gráfico nº 18 – Resposta à questão “Sobre hiperglicemia...”



Conforme se vê no gráfico nº 18, das 20 pessoas questionadas 8 responderam que o termo **hiperglicemia significa ter um alto nível de açúcar no sangue e que é preciso realizar exercício físico**, ou seja, corretamente e 12 responderam erradamente a pergunta mencionada.

Gráfico nº 19 – Resposta à questão “A DM2 tratada inadequadamente provoca...”



Conforme se vê no gráfico nº 19, das 20 pessoas questionadas 10 responderam que a **DM2 tratada inadequadamente provoca problemas visuais, diminuição da sensibilidade nas extremidades, insuficiência renal e que até pode levar a amputação**, ou seja, corretamente e 10 responderam erradamente a pergunta mencionada.

Quadro nº 1 – Resposta à questão “Que sentiu quando lhe foi diagnosticada a DM2?”

SENTIMENTOS EXPRESSOS	FREQUÊNCIA
MEDO	8
NEGAÇÃO	7
RECEIO	7
RESPEITO	7
FRUSTRAÇÃO	3
LUTA	2
REVOLTA	2
ANSIEDADE	1
DEPRESSÃO	1
DESPREZO	1
INSEGURANÇA	1

Conforme se vê no quadro nº 1, as 20 pessoas questionadas expressaram os seus sentimentos aquando do diagnóstico da DM2 do seguinte modo: 8 sentiram medo, 7 sentiram receio, ou respeito, ou negação, 3 sentiram frustração, 2 sentiram luta, ou revolta, 1 pessoa sentiu depressão, ou desprezo, ou insegurança.

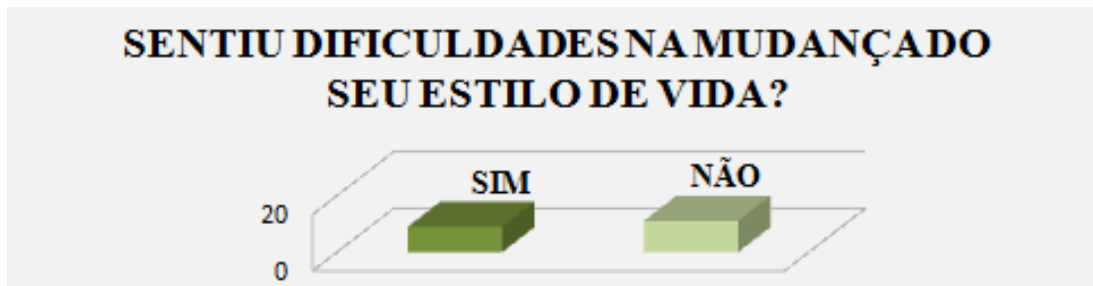
Quadro nº 2 – Resposta à questão “Que mudanças teve de fazer do seu estilo de vida”

MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA	FREQUÊNCIA
ALIMENTAÇÃO	20
EXERCÍCIO FÍSICO	11
MEDICAÇÃO	9
PGC	5
DIMINUIR CONSUMO ALCOOLICO	1

Conforme se vê no quadro nº 2, as 20 pessoas questionadas expressaram as suas mudanças no estilo de vida aquando o diagnóstico da DM2 do seguinte modo: 20 mudaram a sua alimentação, 11 tiveram que praticar exercício físico, 9 tiveram que

aumentar a sua medicação com antidiabéticos orais, 5 tiveram uma grande mudança no seu dia-a-dia com as pesquisas de glicemia capilar, 1 teve que diminuir os seus hábitos etílicos.

Gráfico nº 20 – Resposta à questão “Sentiu dificuldades na mudança do seu estilo de vida?”



Conforme se vê no gráfico nº 20, das 20 pessoas questionadas 9 responderam Sim e 11 responderam Não a pergunta mencionada.

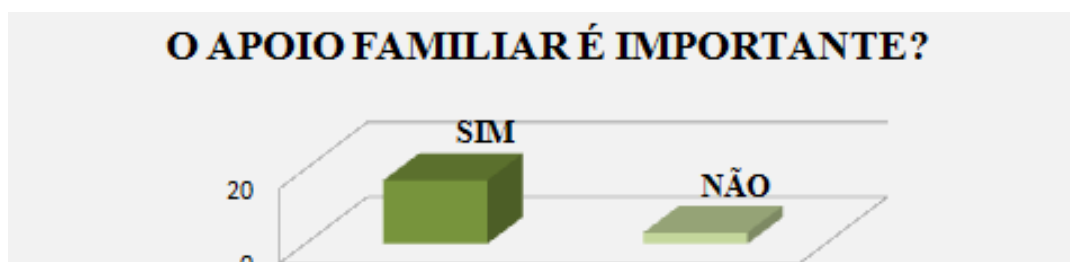
As pessoas questionadas que responderam afirmativamente a pergunta tiveram que responder a uma pergunta aberta.

Quadro nº 3 – Resposta à questão aberta “Quais foram as dificuldades na mudança de estilo de vida?”

QUAIS FORAM AS DIFICULDADES NA MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA?	“Os hábitos alimentares foram muito difíceis de mudar”	4
	“Senti muita dificuldade na alimentação, faltava o que mais gostava: os doces”	1
	“Deixar e diminuir aquilo que eu mais gostava comer”	1
	“Custou-me andar sempre a picar o dedo para controlar o açúcar”	1
	“Nunca tinha praticado Exercício Físico e tive que me habituar e custou muito”	1
	“Custou-me ter de sair todos os dia para dar uma boa caminhada”	1

Conforme se vê no quadro nº 3, as pessoas que responderam afirmativamente a pergunta expressaram as suas dificuldades na mudança do seu estilo de vida aquando o diagnóstica da DM2 do seguinte modo: 4 responderam “Os hábitos alimentares foram muito difíceis de mudar”, 1 respondeu “Senti muita dificuldade na alimentação, faltava o que mais gostava: os doces”, 1 respondeu “Deixar e diminuir aquilo que eu mais gostava comer”, 1 respondeu “Custou-me andar sempre a picar o dedo para controlar o açúcar”, 1 respondeu “Nunca tinha praticado Exercício Físico e tive que me habituar e custou muito”, e a última pessoa (1) respondeu “Custou-me ter de sair todos os dia para dar uma boa caminhada”.

Gráfico nº 21 –Resposta à questão “Considera importante o apoio familiar para uma melhor adaptação a sua doença?”



Conforme se vê no gráfico nº 20, das 20 pessoas questionadas 17 responderam Sim e 3 responderam Não à pergunta mencionada.

As pessoas questionadas que responderam afirmativamente a pergunta tiveram que responder a uma pergunta aberta.

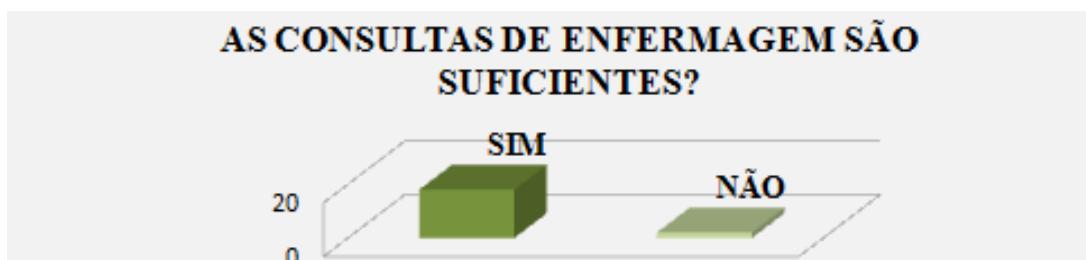
Quadro nº 4 – Resposta à questão aberta “Porquê o apoio familiar é importante para uma melhor adaptação a doença?”

<p>PORQUE O APOIO FAMILIAR E IMPORTANTE PARA UMA MELHOR ADAPTAÇÃO A DOENÇA</p>	“Incentivo no momento das refeições”	3
	“A família obriga-me a atuar de maneira correta”	1
	“Ajudam-me a cortar naquilo que me prejudica”	1
	“Dão-me ânimos para seguir em frente”	1
	“Ajudam nos momentos de esquecimento face à alimentação”	1
	“Fazem um papel muito importante que é o de compreensão”	2
	“Cozinham aquilo que eu posso comer e assim consigo ter um melhor controlo da minha alimentação”	1
	“Incentivo para uma melhor qualidade de vida”	2
	“Ajudam quando me apetece fazer alguma asneira com a alimentação”	1
	“Incentivam-me a praticar mais exercício físico”	1
	“Proporcionam apoio emocional”	1
	“O meu esposo vai comigo andar para assim motivar-me”	1
	“As minhas filhas costumam ir cada dia a casa para ver se faço as coisas direitinhas”	1

Conforme se vê no quadro nº 4, as pessoas que responderam afirmativamente a pergunta expressaram porquê que é importante o apoio familiar na adaptação a DM2 do seguinte

modo: 3 responderam que tiveram “Incentivo no momento das refeições”, 1 respondeu que “A família obriga-me a atuar de maneira correta”, 1 respondeu que “Ajudam-me a cortar naquilo que me prejudica”, 1 respondeu que “Dão-me ânimos para seguir em frente”, 1 respondeu que “Ajudam nos momentos de esquecimento face à alimentação”, 2 responderam que “Cozinham aquilo que eu posso comer e assim consigo ter um melhor controlo da minha alimentação”, 1 respondeu que “Cozinham aquilo que eu posso comer e assim consigo ter um melhor controlo da minha alimentação”, 2 responderam que “Incentivo para uma melhor qualidade de vida”, 1 respondeu que “Ajudam quando me apetece fazer alguma asneira com a alimentação”, 1 respondeu que “Incentivam-me a praticar mais exercício físico”, 1 respondeu que “Proporcionam apoio emocional”, 1 respondeu que “O meu esposo vai comigo andar para assim motivar-me”, e a última pessoa (1) respondeu que “As minhas filhas costumam ir cada dia a casa para ver se faço as coisas direitinhas”.

Gráfico nº 22 – Resposta à questão “Considera que as consultas de enfermagem são suficientes para ajudá-lo a ter uma melhor adaptação a doença?”



Conforme se vê no gráfico nº 22, das 20 pessoas questionadas 18 responderam Sim e 2 responderam Não à pergunta mencionada.

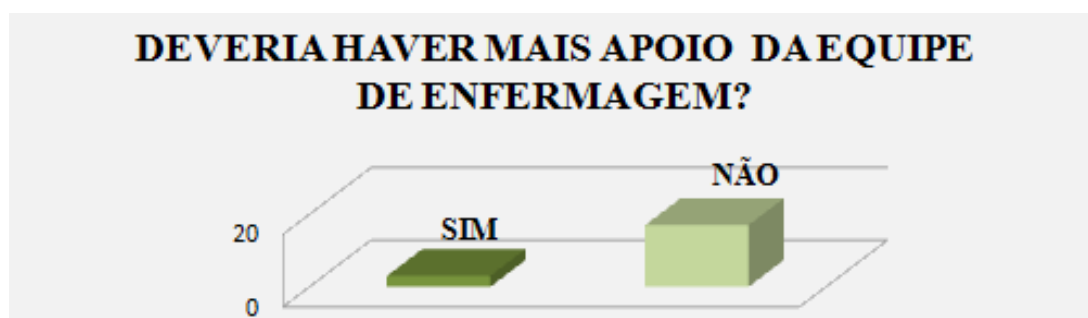
As pessoas questionadas que responderam negativamente a pergunta tiveram que responder a uma pergunta aberta.

Quadro nº 5 – Resposta à questão aberta “Porquê é que considera que as consultas de enfermagem não são suficientes para uma melhor adaptação a doença?”

PORQUE E QUE CONSIDERA QUE AS CONSULTAS DE ENFERMAGEM NAO SAO SUFICIENTES PARA UMA MELHOR ADAPTAÇÃO A DOENÇA	“Não gosto de ir as consultas, nem tenho tempo. E o esforço para uma melhor adaptação vem de cada um de nós”	1
	“Eu não sei se são suficientes ou não, venho poucas vezes, não tenho paciência”	1

Conforme se vê no quadro nº 5, as pessoas que responderam negativamente a pergunta expressaram porquê que as consultas de enfermagem não são suficientes para uma adaptação a DM2 do seguinte modo: 1 pessoa respondeu que “Não gosto de ir as consultas, nem tenho tempo. E o esforço para uma melhor adaptação vem de cada um de nós” e outra pessoa respondeu que “Eu não sei se são suficientes ou não, venho poucas vezes, não tenho paciência”.

Gráfico nº 23 – Resposta à questão “Considera que deveria haver mais apoio por parte da equipe de enfermagem face a sua doença?”



Conforme se vê no gráfico nº 23, das 20 pessoas questionadas 3 responderam Sim e 17 responderam Não a pergunta mencionada.

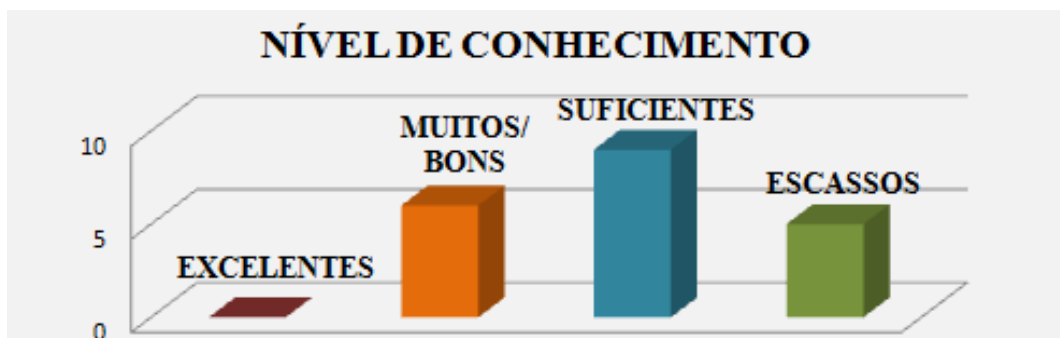
As pessoas questionadas que responderam afirmativamente a pergunta tiveram que responder a uma pergunta aberta.

Quadro nº 6 – Resposta à questão aberta “Porquê que deveria haver mais apoio por parte da equipe de enfermagem face a doença?”

PORQUE QUE DEVERIA HAVER MAIS APOIO POR PARTE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FACE A DOENÇA	“Para estar ainda mais informada”	2
	“Deveria haver mais prestação de enfermagem, muitas vezes mostram-se sem interesse e sem vontade de nos ouvirem”	1

Conforme se vê no quadro nº 6, as pessoas que responderam afirmativamente a pergunta expressaram porquê que deveria haver mais apoio por parte da equipe de enfermagem face a DM2 o seguinte modo: 2 responderam que “Para estar ainda mais informada” e 1 pessoa respondeu que “Deveria haver mais prestação de enfermagem, muitas vezes mostram-se sem interesse e sem vontade de nos ouvirem”.

Gráfico nº 24 – Nível de conhecimento



Conforme se vê no gráfico nº 24, das 20 pessoas questionadas sobre o conhecimentos da DM2 nenhuma teve conhecimentos excelentes, 6 tiveram muitos/bons conhecimentos, 9 tiveram suficientes conhecimentos e 5 tiveram escassos conhecimentos.

2. Análise e interpretação dos resultados

Segundo Fortin (2003, p.330) “Os resultados provêm dos factos observados (...) estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto”.

Segundo a APDP (2012, p.15) a Diabetes Mellitus é uma doença crónica que necessita de uma vigilância cuidada, de forma a prevenir complicações agudas e tardias; também com elevados custos humanos, sociais e económicos, em rápida expansão por todo o mundo. Esta afirmação confirma que os 20 questionados responderam corretamente a primeira pergunta.

Segundo a APDP (2009, p.5 e 6) a DM2 ocorre em indivíduos que herdaram uma tendência para a Diabetes (têm um familiar próximo com a doença: pais, tios, ou avós) e que, devido a hábitos de vida e de alimentação errados e por vezes ao stress, vêm a sofrer de diabetes quando adultos (após os 35 anos). Quase sempre têm peso excessivo ou até chegam a obesidade, mas sobretudo “têm barriga” pela acumulação de tecido adiposo na região abdominal. Fazem pouco exercício físico e consomem excesso de calorias para aquilo que o organismo despende na atividade física. A DM2 está a aparecer, nos últimos anos, em idades mais jovens como resultado de excessos alimentares, sedentarismo e da obesidade que têm invadido as camadas mais jovens da população, em particular dos países mais desenvolvidos.

Esta afirmação confirma que 5 pessoas de 20 questionadas responderam corretamente a segunda pergunta.

Segundo a APDP (2009, p. 5 e 6/p.117) a prevalência da hipertensão arterial (HTA) na população diabética é claramente superior à da população normal, tanto na DM1, com na DM2, sendo referida em vários estudos como cerca do dobro dos não diabéticos. As pessoas com DM2 têm, com frequência, a tensão arterial elevada (hipertensão arterial) e por vezes colesterol ou triglicéridos a mais no sangue (dislipidemia). Esta afirmação

confirma que 17 pessoas de 20 questionadas responderam corretamente a terceira pergunta.

Segundo a APDP (2009, p.5) a glucose resulta da digestão e transformação dos amidos e dos açúcares da nossa alimentação. Depois de absorvida, entra na circulação sanguínea e está disponível para ser utilizada pela célula.

Para que a glucose (açúcar) possa ser utilizada como fonte de energia é necessária uma hormona produzida no pâncreas, a insulina. Esta afirmação confirma que 9 pessoas de 20 questionadas responderam corretamente a quarta pergunta.

Segundo a APDP (2009, p. 5) a insulina é uma hormona produzida nas células beta nos ilhéus de Langerhans do pâncreas. Este órgão, que está junto ao estômago, fabrica muitas substâncias, entre elas a insulina, fundamental para a vida. A sua falta ou a insuficiência da sua ação leva a alterações muito importantes no aproveitamento da glucose, dos lipídeos e das proteínas que são a base de toda a nossa alimentação e constituem as fontes de energia do nosso organismo.

Esta afirmação confirma que 6 pessoas de 20 questionadas responderam corretamente a quinta pergunta.

Segundo a APDP (2009, p.8, 9 e 10) os sintomas mais frequentes são a fadiga, poliúria (urinar muito e com mais frequência) e sede excessiva. Muitas vezes o doente não apresenta estes sintomas (ou dá-lhes pouca importância) e o diagnóstico é feito mediante a realização de análises de rotina (aparece hiperglicemia e glicosúria). No adulto é habitual a diabetes não apresentar sintomas no seu início e, por isso, pode manter-se oculta durante anos. Os sintomas só aparecem quando a glicemia está muito elevada, e surgem, habitualmente, de modo mais lento que na criança ou jovem.

Esta afirmação confirma que 8 pessoas de 20 questionadas responderam corretamente a sexta pergunta.

Segundo a APDP (2009, p.83 e 84) durante as hipoglicemias a pessoa diabética pode sentir-se a tremer, suar, com cansaço, com confusão ou com uma fome desmedida e estes sinais devem ser considerados como um aviso para a necessidade de tomar açúcar e assim, a hipoglicemia não terá qualquer gravidade.

A pessoa diabética pode sentir-se normal e serem os outros que a rodeiam a notar que está diferente. Neste caso, a hipoglicemia é preocupante, pois o seu reconhecimento está dependente de terceiros. As manifestações clínicas das hipoglicemias não aparecem invariavelmente com um determinado nível de glicemia e existe uma série de fatores que influenciam o seu aparecimento.

Esta afirmação confirma que 10 pessoas de 20 questionadas responderam corretamente a sétima pergunta.

Segundo a APDP (2009, p.11, 12, e 87) o exercício físico deverá fazer parte do dia-a-dia, como parte do tratamento e controlo da diabetes, tendo tanta importância como tomar corretamente os medicamentos e fazer uma alimentação adequada. Para além de ajudar a manter a agilidade, o peso ideal e a tonificar os músculos, o exercício físico aumenta a sensação de bem-estar físico e psicológico, assim como a resistência ao stress e ao cansaço do dia-a-dia.

O plano alimentar aconselhado à pessoa com diabetes é um plano saudável, equilibrado e com porções (quantidades) adequadas às necessidades de cada pessoa (baseado na idade, peso, atividade física, situação clínica, entre outros).

Dos nutrientes fornecidos pelos alimentos, os hidratos de carbono (HC) são os que mais influenciam os níveis de glicemia após as refeições. A sua ingestão é contudo indispensável pois devem fornecer maior parte de energia que o organismo necessita (50 a 55% das calorias totais).

Esta afirmação confirma que 11 pessoas de 20 questionadas responderam corretamente a oitava pergunta.

Segundo a APDP (2009, p.83 e 84) a Hipoglicemia é o termo médico que significa glicemia baixa, normalmente inferior a 50mg/dl e que se acompanha de sintomas característicos. É uma complicação aguda, pois pode acontecer subitamente, e exige tratamento imediato: tomar açúcar e assim, a hipoglicemia não terá qualquer gravidade.

Esta afirmação confirma que 16 pessoas de 20 questionadas responderam corretamente a nona pergunta.

Segundo a APDP (2009, p. 92) a Hiperglicemia é o termo técnico que significa que a glucose no sangue está elevada. A hiperglicemia mantida é a principal causa das complicações tardias da diabetes.

Os valores elevados de glicemia podem causar lesões nos vasos e nervos. Estas alterações levam a compromisso na irrigação dos membros e órgãos. A deficiente irrigação sanguínea aumenta o risco de infeções, doença vascular cardíaca e cerebral, lesões na retina, perturbações vasculares nos membros inferiores, que podem levar a amputações e alterações renais. Por todos estes motivos deve-se manter a glicemia rigorosamente controlada.

Esta afirmação confirma que 8 pessoas de 20 questionadas responderam corretamente a décima pergunta.

Segundo a APDP (2009, p.105; 2010) com o passar dos anos, as pessoas com diabetes podem vir a desenvolver uma série de complicações em vários órgãos. Aproximadamente 40% das pessoas com diabetes vêm a ter complicações tardias graves da sua doença. Estas complicações evoluem de uma forma silenciosa e muitas vezes já estão há algum tempo instaladas quando se detetam. Hoje é possível reduzir ou retardar os danos da diabetes através de um controlo rigoroso da glicemia, da tensão arterial e dos lípidos, bem como de uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis.

As complicações tardias são causadas principalmente por lesões dos vasos. Os vasos sanguíneos conduzem, através do sangue, oxigénio e nutrientes para os vários territórios

do nosso corpo. As lesões desses vasos comprometem a alimentação dos tecidos e órgãos, com graves consequências. As alterações a nível dos grandes e médios vasos (doença macro vascular) têm repercussões a nível do cérebro, coração e pés (pode originar lesões diversas e mesmo gangrena). As alterações nos pequenos vasos (doença microvascular) são responsáveis por alterações no fundo do olho (retina), rins e nervos periféricos.

Esta afirmação confirma que 10 pessoas de 20 questionadas responderam corretamente a décima-primeira pergunta.

Segundo a APDP (2009, p.178, 183, 185, 187; Adams, E., 1994; Collière, MF., 1999; Stanhope, Marcia e Janette Lancaster, 2007; American Diabetes Association, 2002) a diabetes tipo 2 é uma doença crónica e como tal condicionadora de vivências e atitudes que, de um modo ou de outro, correspondem ou estão associadas a estados emocionais normais ou excessivos (medo, ansiedade, tristeza, etc).

Quando o diagnóstico da diabetes tipo 2 é feito, há uma pessoa, em geral adulta, com a sua maneira característica de ser e de reagir, os seus hábitos de vida, o seu trabalho, a sua família e amigos, e por outro, uma doença que vai impor uma mudança precisamente nesses hábitos, nomeadamente alimentares e de atividade física.

Todo este processo de adaptação vai ser facilitado, ou complicado pelas relações que se estabelecerão com a equipa de saúde. A compreensão sentida na relação com a equipa de saúde, a par da possibilidade de surgir alguém com quem se possa falar abertamente sobre a diabetes, são fatores que promovem a adesão ao tratamento e conferem bem-estar psicológico.

Os aspetos psicológicos são fundamentais na DM2 e têm de ser tidos em conta quando se pretende uma educação terapêutica eficaz, com motivação para a autonomia dinâmica que cada doente com diabetes pode alcançar por si próprio e com o apoio de outros (família, amigos, profissionais de saúde). E se muitas das emoções e afetos associados à DM2 são negativas, também acontece muita gente ter uma história divertida para contar,

ou demonstrações de afeição e cumplicidade descobertas em si próprio e nos outros, a propósito da diabetes.

A equipa de enfermagem ajuda a fazer a gestão diária da diabetes, tendo como objetivo promover a autonomia do doente no tratamento e autocontrolo da doença, de modo a conseguir obter uma boa compensação.

O enfermeiro/a identifica e avalia os problemas, necessidades, dificuldades e competências em relação aos vários aspetos do tratamento e ensina e orienta em função das necessidades: administração de insulina, avaliação, registo, interpretação dos resultados da glicemia, prevenção e atuação nas situações agudas como a hipoglicemia e a hiperglicemia, autocontrolo da diabetes, etc.

Embora que o enfermeiro execute todas as funções referidas anteriormente, é importante ter em conta as opiniões dos utentes. Opiniões que elogiam o trabalho dos profissionais de saúde e outras que não são tão agradáveis e estas mesmas têm de ser um sinal de atenção para todos aqueles que estão na profissão.

Na questão do quadro 6, o porquê deveria haver mais apoio por parte da equipa de enfermagem, houve um utente que afirmou que deveria haver mais prestação, que a equipa não mostra interesse e que não têm vontade de ouvi-los. E outros utentes também afirmam que a causa de não fazer parte da consulta e pelo fato de não terem paciência.

No momento de ouvir estas declarações, surge a pergunta: quê que os profissionais de saúde (enfermeiros) fazem na sua prática diária para que os utentes reajam desta maneira?

Foi muito importante aplicar a técnica da escuta ativa com os utentes e perceber porque que eles observam e identificam estas atitudes vindas dos profissionais de saúde.

IV. Conclusão

Este estudo de investigação ao chegar na sua reta final, sugeriu a necessidade de refletir sobre o percurso realizado, o qual foi investido empenho e obteve-se um enorme prazer e satisfação na sua realização.

A investigação realizada sobre que conhecimentos possuem os diabéticos adultos sobre a sua doença serviu de grande contributo, sendo adquiridas competências a nível da investigação científica, em simultâneo possibilitou a reflexão sobre a necessidade de intervir estrategicamente, no que diz respeito a aumentar medidas para que estes utentes com DM2 possam ter o máximo de conhecimentos possíveis sobre a sua doença já que estatisticamente irá haver mais diabéticos entre a nossa sociedade nos próximos anos.

Com a recolha de dados, feita a partir de questionários realizados a 20 utentes com DM2 neste estudo de caso, houve utentes que responderam adequadamente às questões e outros que responderam inadequadamente; mas o mais alarmante foi o fato de haver manifestações de desagrado e desconforto face à equipa de enfermagem: “Deveria haver mais prestação de enfermagem, muitas vezes mostram-se sem interesse e sem vontade de nos ouvirem”, “Eu não sei se são suficientes ou não, venho poucas vezes, não tenho paciência”.

Após a análise dos dados, concluiu-se que das 20 pessoas questionadas sobre os conhecimentos da DM2 nenhuma teve conhecimentos excelentes, 6 tiveram muitos/bons conhecimentos, 9 tiveram suficientes conhecimentos e 5 tiveram escassos conhecimentos. Estes resultados transmitem que nesta população alvo existem suficientes conhecimentos sobre a própria patologia (responderam corretamente a 5-7 perguntas) e que deveria haver mais interação entre o enfermeiro e o utente para assim não haver declarações desagradáveis feitas pelos próprios utentes e com certeza assim aumentar a base dos seus conhecimentos.

Pensa-se ter atingido os objetivos propostos inicialmente para realização desse projeto.

Pode-se concluir que a utilização do referencial teórico da APDP foi decisiva para a evolução de todo o trabalho. Compreendeu-se alguns aspetos sobre o fato de viver com a diabetes e tudo aquilo que envolta a mesma (complicações, aspetos psicológicos, alimentação, cuidados de enfermagem, etc.), além de grande aprendizado profissional que espero que seja incorporado e aplicado por profissionais de Enfermagem.

Acredito que a partir deste e de outros projetos científicos, poder-se-ão oferecer cuidados com qualidade baseados nas necessidades que os doentes diabéticos precisam no que faz relação ao aprender mais sobre a patologia.

Esse projeto causou um sentimento de satisfação e sensação de descoberta interessante e esclarecedora. Compreendeu-se e foram revistos alguns aspetos sobre a Diabetes, conhecimentos adquiridos que os doentes possuem para ter desta maneira um melhor controlo sobre a sua doença, as declarações sobre a importância do enfermeiro e das consultas na vida destas pessoas, além do aprendizado profissional que espera-se ser incorporado e aplicado por profissionais de Enfermagem.

V. Bibliografia

Adams, E. Ser enfermeira. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

American Diabetes Association, Guia Completo sobre Diabetes. Salomão Editora, 2002.

APDP. Diabetes Tipo 2 – Um Guia de Apoio e Orientação. LIDEL, 2009.

APDP. Pé Diabético – Caminhando para un Futuro Melhor. LIDEL, 2010.

APDP. Viver com a Diabetes. LIDEL – 3ª ed, 2012.

Boavida, J. M., Fragoso de Almeida, J. P., Massano Cardoso, S., Sequeira Duarte, J., Duarte, R., Ferreira, H., Guerra, F., Medina, J. L., Nunes, J. S., Pereira, M., Raposo, J. Diabetes: Factos e Números 2012- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2013.

Boulton, A. J. M. The Diabetic Foot – an update. *Foot and Ankle surgery*, 14, 2008.

Buse, J. B., Polonsky, K. S., Burant, C. F. Type 2 Diabetes *mellitus*. In Williams Textbook of Endocrinology 10th ed., P. R. Larsen (ed.). Philadelphia: Saunders, 2003.

Colliérre, MF. Promover a Vida. Lisboa: Lidel, 1999.

Fortin, M. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Lusodidactica, 2009.

Fortin, M.. O Processo de Investigação. Loures, Lusociência – 3º ed, 2003.

Stanhope , Marcia e Janette Lancaster, Enfermagem de Saúde Pública, Cuidados de Saúde Centrados na População, 7ª edição, 2007.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA ATRAVÉS DA INTERNET

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (2013) [Em Linha]. Disponível em <<http://www.apdp.pt>>. [Consultado em 22/10/2013].

Dicionário da Língua Portuguesa (2013) [Em Linha]. Disponível em <<http://www.infopedia.pt>>. [Consultado em 12/10/2013].

Direção Geral de Saúde, Programa Nacional para a Diabetes (2013). [Em linha]. Disponível em: <www.dgs.pt>. [Consultado em: 05/09/2013].

Dubouloz, C.-J. (2003). Métodos de análise dos dados em investigação qualitativa. In M.-F. Fortin, O Processo de Investigação. [Em Linha]. Disponível em <<http://claracoutinho.wikispaces.com/+Estudo+qualitativo+defini%C3%A7%C3%A3o>> [Consultado em 14/10/2013]

Observatório Nacional da Diabetes (2013). [Em linha]. Disponível em: <www.spd.pt>. [Consultado em: 05/09/2013].

Organização Mundial de Saúde (2013). [Em Linha]. Disponível em: <www.who.int/en>. [Consultado em: 12/10/2013].

VI. Anexos

Anexo 1 – Questionário

Tânia Maria Correia Botelho

Questionário

“O Conhecimento dos diabéticos adultos sobre a sua doença.”

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2013

Questionário

Tânia Maria Correia Botelho, aluna do 4ºAno da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a realizar um trabalho de investigação sobre a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) no âmbito da cadeira Projeto de Graduação.

Pretende-se com as respostas a este questionário esclarecer o tema do estudo que é

“O Conhecimento dos diabéticos adultos sobre a sua doença.”

As respostas são de escolha múltipla e resposta aberta.

O questionário é anónimo e individual.

Pede-se atenciosamente a vossa colaboração e rigor nas respostas para desta forma se conseguir uma investigação fidedigna.

Aluna

Tânia Maria Correia Botelho

Questionário

1ª Parte – Caracterização da amostra

1. Idade: ____ anos

2. Género: Feminino

Masculino

3. Estado civil: Casado

Solteiro

Viúvo

Outros _____ .

4. Situação profissional: Empregado

Função: _____ .

Desempregado

5. Considera ter os conhecimentos necessários para lidar com a diabetes:

Sim

Não

Talvez

7. Onde obteve informações:

Médicos

Enfermeiros

Pesquisa individual

Outros

2ª Parte – Acerca da DM2

1. A diabetes foi diagnosticada com que idade? _____ .

2. Para si a diabetes é uma doença que:

- Tem pouca duração
- Desaparece e aparece
- Muita durabilidade
- Para o resto da vida

3. A DM2 está relacionada com:

- Sedentarismo
- Obesidade
- Anemia
- Aumento de proteínas

4. O diabético tem tendência para:

- Aumento tensão arterial
- Diminuição do colesterol
- Aumento do colesterol
- Diminuição tensão arterial

5. Que é a glicose:

- Proteína
- Açúcar
- Lipídeos
- Hormona

6. Para si a insulina é:

- Glicose para diminuir os níveis de açúcar
- Hormona produzida no pâncreas
- Hormona para diminuir os níveis de glicose no sangue
- Vitamina

7. Quais são os sintomas da DM2:

- Fadiga
- Urinar muitas vezes
- Diarreia
- Muita sede

8. Quais são os principais sinais da hipoglicemia:

- Fome
- Diarreia
- Sono/confusão
- Hiperatividade

9. Durante o tratamento:

- Só se deve comer três vezes por dia;
- Não se deve comer carboidratos
- Deve se tomar corretamente a medicação
- É necessário praticar regularmente exercício físico

10. Sobre hipoglicemia:

- Alto nível de açúcar no sangue
- Baixo nível de açúcar no sangue
- Ingerir de imediato açúcar
- Beber um copo de água

11. Sobre hiperglicemia:

- Alto nível de açúcar no sangue
- Baixo nível de açúcar no sangue
- Ingerir de imediato açúcar
- Realizar exercício físico

12. A DM2 tratada inadequadamente provoca:

- Problemas visuais
- Febre
- Diminuição da sensibilidade nas extremidades
- Insuficiência renal
- Pode levar a amputação

13. Que sentiu quando lhe foi diagnosticado a DM2

(descreva pelo menos 3 sentimentos):

14. Que mudanças teve de fazer na sua vida por causa da DM2

(enumere pelo menos 3):

15. Sentiu dificuldades na mudança do seu estilo de vida:

- Sim
- Não

Quais ? (se a resposta for afirmativa):

16. Considera importante o apoio familiar para uma melhor adaptação a sua doença:

Sim

Não

Se sim, porquê?

17. Considera que as consultas com a equipe de enfermagem são suficientes para ajudá-lo a ter uma melhor adaptação a doença:

Sim

Não

Se não, porquê?

18. Considera que deveria haver mais apoio por parte da equipe de enfermagem face a sua doença:

Sim

Não

Se sim, porquê?

Muito Obrigada pela sua colaboração !