

Patrícia Alexandra Matos Pinto

Hábitos e Práticas Alimentares de uma Amostra de Adultos Diabéticos Residentes no
Concelho de Ponte de Lima

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima, 2019

Patrícia Alexandra Matos Pinto

Hábitos e Práticas Alimentares de uma Amostra de Adultos Diabéticos Residentes no
Concelho de Ponte de Lima

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima, 2019

Patrícia Alexandra Matos Pinto

Hábitos e Práticas Alimentares de uma Amostra de Adultos Diabéticos Residentes no
Concelho de Ponte de Lima

Patrícia Alexandra Matos Pinto

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

Resumo

A Diabetes é uma doença crónica grave que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente, ou quando o corpo não pode usar eficazmente a insulina que produz (Mota, 2017).

A diabetes tem como etiologia um conjunto de fatores, fundamentalmente, ligados aos estilos de vida individuais. A alimentação desequilibrada está hoje claramente identificada como sendo um dos principais fatores implicados na origem desta doença. (DGS, 2017).

Segundo um relatório da Organização Mundial da Saúde sobre dieta, nutrição e prevenção de doenças crónicas não-transmissíveis, a associação entre o ganho de peso e o desenvolvimento de diabetes é convincente, e o consumo alimentar habitual é considerado um dos principais fatores passíveis de modificação relacionados ao desenvolvimento de doenças crónicas não-transmissíveis (Mota, 2017).

Face á situação exposta surgiu então o interesse da investigadora em trabalhar sobre tal temática. Assim sendo o objetivo geral do estudo é “Identificar os Hábitos e Práticas Alimentares de uma Amostra de Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de Ponte de Lima”.

A população escolhida foram os adultos diabéticos residentes em Ponte de Lima e dentro destes a amostra selecionada foram 60 adultos que correspondem aos critérios de inclusão delineados para este estudo.

O instrumento de colheita de dados selecionado para aplicar no presente Projeto de Graduação foi um questionário. A colheita de dados foi realizada entre os dias 28 de janeiro de 2019 e 24 de fevereiro de 2019.

De forma a dar resposta aos objetivos e às questões de investigação delineadas, foi realizado um estudo quantitativo do tipo descritivo simples, transversal, de acordo com a metodologia de Fortin (2009).

Palavras-Chave: Alimentação, Diabetes, Saúde

Summary

Diabetes is a severe chronic disease that occurs when the pancreas doesn't produce enough insulin, or when the body can't use effectively the insulin that produce (Mota, 2017).

Diabetes have a set of factors linked to the individual lifestyles. Unbalanced eating is clearly identified today as one of the main factors implicated in this disease's origin (DGS, 2017).

According to a World Health Organization's report about diet, nutrition and prevention of chronic noncommunicable diseases (NCDs), the association between weight gain and diabetes development is convincing, and the usual food consumption is considered one of the main factors that can be modified related to the development of NCDs (Mota, 2017).

The researcher's interest in working on this topic arose in view of the exposed situation. Therefore, the broad goal of the study is to "Identify the Eating Habits and Practices of a Sample of Diabetic Adult residing in Ponte de Lima".

Adults, diabetics and residents in Ponte de Lima were the chosen population. The selected sample was 60 adults that match the inclusion criteria designed for this study.

The instrument applied to the population was a questionnaire. The data collection was done between January 28 and February 24, of 2019.

The methodology used was a quantitative, descriptive and transversal, according to the Fortin methodology (2009).

Keywords: Diabetes, Eating, Health

Agradecimentos

Chegou ao fim esta jornada. O fim de um sonho, que me leva ao início de outro. São algumas as pessoas incríveis que apareceram na minha vida nestes últimos quatro anos, e algumas as que me acompanham desde sempre. Contudo, todas me marcaram de uma maneira única, e por essa mesma razão não posso deixar de agradecer.

Começo então por agradecer aos meus pais, os mais importantes desta jornada. Agradeço-lhes por todo o sacrifício que sei que fizeram ao longo destes quatro anos, pois sem a ajuda deles não teria conseguido. Agradeço por me cuidarem. Por me fazerem crescer. Por estarem sempre comigo. Por me apoiarem sempre nas minhas decisões e por me fazerem focar sempre nos meus objetivos. Obrigada!

Agradeço às minhas avós, que me viram começar, mas que não me podem ver acabar. Obrigada!

Agradeço aos meus tios, aos meus padrinhos, aos meus primos e primas, que fazem da minha família a mais parva de todas. Mas que tanto prezo. Obrigada!

Agradeço à Eva, à Elisa e ao João. O trio que me acompanha há uns 18 anos... estamos a ficar velhos. Que o bando dos 4 dure até à eternidade. Obrigada!

Agradeço à Marlene, que me acompanha há alguns anos e que é muito especial para mim. E eu gosto tanto dela. Agradeço-lhe a compreensão. As palavras. O apoio. A motivação. A amizade. Obrigada!

Agradeço às minhas colegas de curso, a Diana, a Cátia, a Ana e a Vanesa, por fazerem destes quatro anos de licenciatura mais fáceis e mais divertidos, e por ter partilhado muitos momentos bons com elas. Obrigada!

Como não podia deixar de ser, agradeço em particular à Diana por me ter acompanhado desde o início desta jornada, nos bons e nos maus momentos. Pelas conquistas que

fizemos juntas. Por me ajudar a crescer. Por me fazer rir, muito! Por aturar o meu mau feitio matinal. Por se rir das minhas piadas sem piada nenhuma. Por me aturar quando estava insuportável. Por me aconselhar. Por me ouvir cantar em “inglês”. Por ter sido a minha mãe da faculdade. Obrigada!

Agradeço à minha orientadora, a Professora Doutora Teresa Moreira, por me ensinar a pescar e não pescar por mim. Quero agradecer-lhe todo o profissionalismo, exigência, método, rigor e dedicação que colocou na realização deste trabalho desde o dia em que começou a orientar-me. Obrigada!

Agradeço ao Professor José Teixeira que desde o primeiro dia nos ensinou que “este curso não é difícil, é trabalhoso!”. Que me acompanhou ao longo desta jornada e que supervisionou a maioria dos meus Ensinos Clínicos, que tão importantes são nesta caminhada. Agradeço-lhe por ter sido sempre tão prestável, por estar sempre disponível, por me fazer ver a realidade e me por com os pés assentes na terra. Obrigada!

Agradeço à Margarida, por me ter ajudado tanto na realização deste Projeto de Graduação, e não só. Se não fosse ela ainda hoje estava a lutar contra o Excel. Obrigada!

Agradeço à população de Ponte de Lima que participou neste estudo, que sem eles este não seria possível. Obrigada!

Por último, mas não menos importante, agradeço á Universidade Fernando Pessoa e a todos os seus docentes em geral, que contribuíram para o meu sucesso. Por toda a dedicação e empenho que depositaram na transmissão do seu conhecimento, pois também foi graças a eles que consegui chegar ao fim desta etapa tão importante. Obrigada!

Muito, Muito Obrigada!

“A certain darkness is needed to see the stars”

Osho

Abreviaturas, Siglas e Símbolos

ADA – American Diabetes Association

APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

CID – Classificação Internacional de Doenças

DCNT – Doenças Crónicas Não-Transmissíveis

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes *Mellitus*

FID – Federação Internacional da Diabetes

HC – Hidratos de Carbono

OMS – Organização Mundial de Saúde

P. – Página

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
(Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura)

% - Percentagem

Índice

Introdução	18
I. Fase Conceptual	21
1. O problema de investigação	21
1.1 . Domínio de investigação	22
1.2 . Questão pivôt e questões de investigação.....	23
2. Revisão da literatura.....	24
2.1. Diabetes	25
2.1.1. Tipos de Diabetes.....	27
2.2. Alimentação.....	30
2.2.1. Alimentação Saudável	31
2.3. Alimentação, Saúde e Diabetes	33
2.4. Impacto da Alimentação na Prevenção e Controlo da Diabetes.....	36
2.5. Papel do Enfermeiro	38
3. Objetivos do Estudo	39
II. Fase Metodológica	41

1. Desenho de Investigação	41
1.1. Tipo de estudo	41
1.2. População alvo, amostra e processo de amostragem.....	42
1.3. Variáveis em estudo.....	44
1.4. Instrumentos de recolha de dados.....	46
1.5. Tratamento e análise dos dados	48
2. Salvaguarda dos princípios éticos	49
III. Fase Empírica	51
1. Apresentação, análise e interpretação dos dados	51
2. Discussão dos Resultados e Conclusões do estudo	66
Conclusão	73
Bibliografia.....	76

Anexos

Anexo 1 – Declaração de Consentimento Informado

Anexo 2 - Questionário

Anexo 3 - Pontuação obtida com a aplicação da “Escala de Autocuidados com a Diabetes”

Anexo 4 – Proposta de Projeto de Graduação apresentada à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Anexo 5 – Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa para a realização do Projeto de Graduação

Anexo 6 – Autorização para a utilização do Questionário de Atividades de Autocuidado com a Diabetes

Índice de Tabelas

Parte I – Dados Sociodemográficos

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à “Idade” 52

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao “Género” 52

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao “Peso” 52

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à “Altura” ... 53

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao “Estado Civil”
..... 53

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à “Atividade
Profissional / Ocupação” 54

Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à “Escolaridade”
..... 54

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao “Local de
Residência” 55

Tabela 9 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente a questão “Com
quem vive?” 56

Tabela 10 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à questão “Tem
Diabetes?” 56

Tabela 11 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à questão “Se
sim, de que tipo?” 57

Tabela 12 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à questão “Que tipo de tratamento faz para a diabetes?” 57

Tabela 13 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à questão “Tem ou já teve alguma complicação devido à diabetes?” 58

Tabela 14 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à questão “Se sim, quais?” 58

Parte II – Questionário de Atividades do Autocuidado com a Diabetes

Tabela 15 – Distribuição numérica e percentual relativamente à 1ª Questão: “Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?” 59

Tabela 16 – Distribuição numérica e percentual relativamente à 2ª Questão: “Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?” 60

Tabela 17 – Distribuição numérica e percentual relativamente à 3ª Questão: “Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruto e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?” 61

Tabela 18 – Distribuição numérica e percentual relativamente à 4ª Questão: “Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?” 62

Tabela 19 – Distribuição numérica e percentual relativamente à 5ª Questão: “Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?”.. 63

Tabela 20 – Distribuição numérica e percentual relativamente à 6ª Questão: “Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?” 64

Tabela 21 – Distribuição numérica e percentual relativamente à 7ª Questão: “Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolate?”..... 65

Índice de Figuras

Figura 1 – Roda dos Alimentos em vigor desde 2003..... 32

Figura 2 - A Pirâmide da Dieta Mediterrânea. 35

Introdução

De acordo com o plano de estudos do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa – Pólo de Ponte de Lima, insere-se no mesmo a realização de um Projeto de Graduação, que se trata de um objeto utilizado como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem.

Este Projeto tem como tema identificar os “Hábitos e Práticas Alimentares de uma Amostra de Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de Ponte de Lima”.

Para a realização deste Projeto de Graduação, foram várias as motivações pessoais e académicas encontradas. Além deste ser um tema de interesse para a aluna investigadora, no sentido de querer saber mais acerca deste mesmo assunto, este trata-se de um tema que já ao longo dos ensinamentos clínicos realizados no decorrer da licenciatura suscitou sempre uma grande preocupação para a mesma, essencialmente pela sua incidência na população e pelos riscos que a mesma acarreta. A nível profissional a investigadora pensa que será útil pois poderá dinamizar projetos com maior envolvimento na população e em profissionais de saúde no âmbito da Educação para a Saúde, uma vez que identificados os hábitos e práticas alimentares da população, torna-se mais fácil perceber quais os pontos essenciais sobre os quais se deve basear esta Educação para a Saúde. Em termos académicos este trabalho tem como finalidade ser utilizado como objeto de avaliação à unidade curricular de Projeto de Graduação, utilizado como parte dos requisitos para a obtenção do título de Licenciada em Enfermagem.

A Diabetes é uma doença crónica grave que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente, ou quando o corpo não pode usar eficazmente a insulina que produz (Mota, 2017). Tem como etiologia um conjunto de fatores, fundamentalmente, ligados aos estilos de vida individuais. A alimentação desequilibrada está hoje claramente identificada como sendo um dos principais fatores implicados na origem desta doença. (DGS, 2017).

A associação entre o ganho de peso e o desenvolvimento de diabetes é convincente, e o consumo alimentar habitual é considerado um dos principais fatores passíveis de modificação relacionados ao desenvolvimento de DCNT (Mota, 2017).

O objetivo geral para este Trabalho de Investigação é “Identificar os hábitos e práticas alimentares apresentados por uma amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima”.

Em relação aos objetivos específicos, pretende-se “Identificar quantos diabéticos seguiram uma alimentação saudável”, “Identificar quantos diabéticos seguiram um plano alimentar instituído por algum profissional de saúde”, “Perceber o tipo de padrão alimentar adotado pelos diabéticos”.

O presente estudo foi dirigido à população diabética residente no concelho de Ponte de Lima. A amostra selecionada foi composta por 60 indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos e 364 dias e foi selecionada através do processo de amostragem não probabilística por bola de neve.

Em relação ao instrumento de recolha de dados utilizado, o mesmo trata-se de um questionário, que se encontra dividido em duas partes. A primeira parte é composta por algumas questões sociodemográficas e questões relacionadas com a Diabetes. De seguida é aplicada uma parte da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes, na versão traduzida e adaptada para a população portuguesa. Esta parte é composta por 7 questões que permitem identificar os hábitos e práticas alimentares da população diabética residente em Ponte de Lima. A colheita de dados foi realizada no período entre 28 de janeiro de 2019 e 24 de fevereiro de 2019.

A metodologia de estudo incide sobre um estudo descritivo simples, do tipo quantitativo e transversal. Optou-se por um desenho descritivo que segundo Fortin (2009, p. 236), é um desenho que permite “identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população”. Optou-se por um método quantitativo porque se trata de um método que “(...) visa, sobretudo, explicar e predizer um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos”. Relativamente à dimensão temporal, optou-se por um estudo transversal que é um estudo que “serve para medir a frequência da aparição de um acontecimento ou de um problema num determinado momento”.

Por este ser um trabalho de investigação que se realiza em contexto académico implicou limites para a investigação a nível de recursos materiais, financeiros e especialmente temporais e espaciais. O facto deste estudo ser realizado em simultâneo com outras atividades académicas (ensinos clínicos e realização de respetivos elementos avaliativos) o período de tempo para a investigação e estudo foram limitados.

Estruturalmente este Trabalho de Investigação encontra-se dividido em três partes:

- Na primeira parte, Fase Conceptual, é definido o problema da investigação, o domínio em que incide, a questão pivô e as questões de investigação, é exposta a revisão da literatura e são definidos os objetivos geral e específicos da investigação.
- Na segunda parte, Fase Metodológica, definem-se os meios para a realização da investigação. É também feito o desenho da investigação onde se define o tipo de estudo, a população-alvo, a amostra, o processo de amostragem, as variáveis em estudo, o instrumento de colheita de dados e a forma como será realizado o tratamento e apresentação dos dados e também se define de que forma são salvaguardados os princípios éticos.
- Na terceira e última parte, Fase Empírica, é feita a apresentação, análise e interpretação dos dados, terminando em seguida com as conclusões obtidas com o estudo.

I. Fase Conceptual

A investigação trata-se de uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo que contribui de forma geral para explicar e compreender os fenómenos sociais. É pelo meio da investigação que se reflete e se problematizam os problemas e a partir daqui se inicia o debate e se edificam as ideias inovadoras (Coutinho, 2014, p. 7).

A fase conceptual é a fase que consiste em definir os elementos de um problema. No decurso desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema. O processo começa pela escolha de um tema de estudo e uma questão apropriada, a partir do qual se orientará a investigação (Fortin, 2009, p. 63).

A fase conceptual compreende cinco etapas: escolha do tema, revisão da literatura, elaboração de um quadro de referências, formulação do problema de investigação e elaboração do enunciado do objetivo, das questões de investigação e das hipóteses (Fortin, 2009, p. 49).

1. O problema de investigação

Uma investigação envolve sempre um problema, seja ele (ou não) formalmente explicitado pelo investigador. De uma maneira geral, na investigação que adota uma metodologia de cariz quantitativo, a formulação do problema faz-se via de regra numa fase prévia, seja sob forma de uma pergunta (interrogativa), seja sob a forma de um objeto geral (afirmação) (Coutinho, 2014, p. 49).

Para Almeida e Freire a definição de um problema é

(...) um conhecimento aprofundado dos fenómenos em causa e uma análise apurada das variáveis que lhes estão associadas, tendo em vista a delimitação e identificação do problema (Almeida e Freire, 2007, p. 35).

Para Coutinho (2014, p.49), formular o problema de investigação é fundamental porque define uma direção e coerência, delimita o estudo, mostrando as suas fronteiras, e guia a revisão da literatura para a questão central.

Face ao exposto, a problemática em estudo versa sobre “Quais os hábitos e práticas alimentares dos adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima?”.

1.1 . Domínio de investigação

A investigação ou é científica ou não é investigação. As duas designações estão indiscutivelmente associadas. (Alferes, *cit. in* Almeida e Freire 2007, p.21).

Para que o investigador possa iniciar a sua investigação, necessita de definir a temática pela qual tem interesse em escolher para ser estudada.

O tema em estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e impulsiona a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos (Fortin, 2009, p. 67).

Segundo a mesma autora,

A escolha do tema em estudo é uma das etapas mais importantes do processo de investigação, porque influencia o desenrolar das etapas seguintes. De um modo geral, o investigador escolhe um tema de estudo relacionado com a sua disciplina ou a sua profissão.

O investigador deve então escolher um tema que, essencialmente, seja do seu interesse. Assim sendo o tema deste Projeto de Graduação é “Identificar os hábitos e práticas alimentares de uma amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima”.

A diabetes é uma das maiores emergências de saúde do século XXI. A cada ano existem cada vez mais pessoas que vivem com esta condição, o que pode desencadear complicações ao longo da vida. Daí a pertinência de identificar os hábitos e práticas alimentares desta parte da sociedade, para perceber se há vantagens em, futuramente, investir nesta área no que toca à Educação para a Saúde.

1.2 . Questão pivôt e questões de investigação

De acordo com Fortin (2009, p.72), “A formulação da questão constitui uma parte da investigação e determina o ângulo sob o qual será considerado, o tipo de dados a colher, assim como as análises a realizar”

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008, p. 44),

a melhor forma de começar um trabalho de investigação (...) consiste em esforçar-se por enunciar o projeto sob a forma de pergunta de partida. Com esta pergunta, o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação.

Para Fortin (2009, p.73),

(...) a questão pivôt é uma investigação que procede o tema de estudo e o situa num certo nível de conhecimentos. A questão pivôt reporta-se a um nível de investigação determinado, correspondente ao grau de conhecimentos, que possuiu o tema de estudo.

Assim sendo a questão pivôt deste Trabalho de Investigação é: “Quais os Hábitos e Práticas Alimentares de uma amostra de Adultos Diabéticos residentes no Concelho de Ponte de Lima?”.

Relativamente à questão de investigação, esta é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe. Possui um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica (Fortin, 2009, p.72).

Assim sendo, de acordo com o tema escolhido foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Quantos adultos diabéticos seguem uma alimentação saudável no seu dia-a-dia?

- Quantos adultos diabéticos seguem um plano alimentar instituído por algum profissional de saúde?
- Quais os hábitos e práticas alimentares adotadas pelos adultos diabéticos?

2. Revisão da literatura

De acordo com Sampieri *et alli* (2013), a revisão bibliográfica consiste em detetar, consultar e obter a bibliografia e outros materiais uteis para os propósitos do estudo, dos quais extraímos e sintetizamos informação relevante e necessária para o problema de pesquisa.

Segundo Fortin, a revisão bibliográfica é uma elucidação resumida das afinidades entre os “conceitos – chave” de uma investigação (Fortin, 2009, p. 122).

Segundo Coutinho (2014, p. 59),

Um dos primeiros propósitos de uma investigação é gerar informação que possa contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno social em estudo, o que implica, necessariamente, identificar toda a investigação anterior relevante com a qual esse fenómeno se relaciona. O investigador nunca parte do zero. Existe um corpo de conhecimento que foi estabelecido por outros investigadores e, por isso, a literatura publicada constitui um importante recurso para o investigador no processo de planificação, implementação e interpretação dos resultados.

Neste capítulo serão abordados todos os conceitos considerados pertinentes para melhor compreender a temática em análise, de entre os quais estão: a diabetes, os tipos de diabetes, o impacto da alimentação na prevenção e controlo da diabetes e o papel do enfermeiro.

2.1. Diabetes

De acordo com a CID (Classificação Internacional de Doenças) *cit. in* Amaral (2011),

(...) A Diabetes *Mellitus* descreve uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crónica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, resultantes de deficiência na secreção ou ação da insulina, ou de ambas.

A diabetes trata-se de uma doença crónica que se instala nas pessoas quando os níveis de glicose no sangue estão aumentados, e isto pode ocorrer por várias razões, ou porque o organismo deixa de produzir ou porque não produz quantidade suficiente, de uma hormona chamada de insulina, ou porque, apesar dela existir, o organismo não a consegue utilizar de modo eficaz (FID, 2017).

De acordo com a APDP *cit. in* Silva (2013),

O Papiro de Ebers foi escrito há 3500 anos e é a mais antiga descrição do que se pensava ser a diabetes. A urina com sabor adocicado foi pela primeira vez descrita há cerca de 2400 anos. O diagnóstico de diabetes era feito através da prova dessa mesma urina. (...) Só nos últimos 220 anos é que se começou a perceber o que é a diabetes, as suas causas e os possíveis tratamentos.

Segundo a mesma fonte, Paul Langerhans, em 1860, identificou um grupo de células no pâncreas que mais tarde foram identificados como sendo as células responsáveis pela produção de insulina. A descoberta deste grupo de células, hoje conhecidos como ilhéus pancreáticos, ou ilhéus de Langerhans, permitiu conhecer melhor a diabetes.

A insulina é uma hormona essencial produzida pelo pâncreas, que transporta a glicose desde a corrente sanguínea até às células do organismo, local onde a glicose é convertida em energia (FID, 2017). Esta hormona é secretada pelas células β dos ilhéus pancreáticos após as refeições, em resposta à elevação da concentração dos níveis circulantes de glicose e de aminoácidos (Martins *cit. in* Mota, 2017).

Segundo a APDP (2019), as células utilizam a glicose como fonte de energia. No entanto é necessária a insulina para que a glicose seja capaz de entrar nas células. Num organismo saudável a insulina é produzida em quantidade suficiente face à quantidade de glicose em circulação. Por exemplo, após uma refeição aumentam os níveis de glicemia, quando isto acontece o pâncreas liberta insulina para que a glicose possa entrar nas células e ser utilizada como fonte de energia.

A falta de insulina ou a incapacidade de a usar provoca um alto nível de glicose no sangue, hiperglicemia, que é a principal característica da diabetes. A hiperglicemia, se não controlada, pode provocar danos a longo prazo em vários órgãos do organismo, tais como doenças cardiovasculares, neuropatia, nefropatia, patologias oculares que podem acabar em retinopatia ou mesmo cegueira. Por outro lado, controlando a hiperglicemia, estas complicações podem ser adiadas ou prevenidas (FID, 2017).

Segundo a DGS (2011), o diagnóstico de diabetes é feito com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população em geral:

- a) Glicemia em jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l)
- b) Sintomas clássicos + glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l)
- c) Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose
- d) Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$.

Segundo a OMS (2018), o número de pessoas com diabetes aumentou de 108 milhões, em 1908, para 422 milhões, em 2014. Estima-se que em 2015 a diabetes foi a causa direta de 1,6 milhões de mortes.

De acordo com o FID, no ano de 2017, na Europa, existiam cerca de 58 milhões de diabéticos, e prevê-se para 2045 um aumento de 16%.

No que diz respeito a Portugal, calcula-se que perto de 6% da sua população sofra de diabetes. De acordo com as projeções, em 2025 essa percentagem ultrapassará os 10% (Sampaio, *cit. in* Silva, 2013).

Segundo as projeções da OMS (2018), a diabetes será a sétima causa de morte em 2030. A alimentação saudável, a atividade física regular, manter o peso corporal normal e evitar o consumo de tabaco previnem a diabetes tipo II, ou retardam o seu aparecimento.

2.1.1. Tipos de Diabetes

De acordo com a FID (2017), existem três tipos principais de Diabetes, que são a Diabetes *Mellitus* tipo 1, Diabetes *Mellitus* tipo 2 e Diabetes Gestacional.

Diabetes Mellitus Tipo 1

De acordo com a APDP (2019), a diabetes *mellitus* tipo 1, também conhecida como a diabetes insulínica, é o tipo de diabetes mais rara e atinge, na maioria das vezes, crianças ou jovens, podendo também aparecer em adultos ou idosos. Na diabetes tipo 1, as células β do pâncreas deixam de produzir insulina pois existe uma destruição maciça destas células.

Segundo a OMS (2018), a diabetes *mellitus* tipo 1 caracteriza-se pela deficiente produção de insulina e requer a administração diária desta mesma hormona. Como ainda não se conhecem as causas concretas da diabetes *mellitus* tipo 1, ainda não se consegue prevenir o seu aparecimento, pelo menos com o conhecimento atual.

Contudo, segundo APDP (2019), sabe-se que é o próprio sistema imunitário, que ataca e destrói as suas próprias células β e que a causa deste tipo de diabetes não está diretamente relacionada com hábitos de vida ou hábitos de alimentação errados.

Parafraseando a OMS (2018), os sintomas mais comuns deste tipo de diabetes são a poliúria, polidipsia, polifagia, perda súbita de peso, retinopatia, cansaço.

Como forma de tratamento da diabetes *mellitus* tipo 1, as pessoas portadoras da mesma necessitam da administração de injeções diárias de insulina para manterem o nível de glicose dentro dos valores adequados, pois sem a administração desta hormona não

seriam capazes de sobreviver. Com um tratamento de insulina adequado e seguindo uma dieta e hábitos de vida saudáveis, estas pessoas podem ter uma vida saudável e atrasar ou evitar muitas das complicações associadas à diabetes, como doenças cardiovasculares, neuropatia, nefropatia e retinopatia (FID, 2017).

Diabetes Mellitus Tipo 2

A diabetes *mellitus* tipo 2, também conhecida como diabetes não insulino dependente, é a forma mais comum de diabetes e representa cerca de 90% do total de casos desta patologia. Na diabetes tipo 2, a hiperglicemia é resultante da produção inadequada de insulina e da capacidade do organismo responder plenamente à produção da mesma, o que se define como resistência à insulina (FID, 2017).

De acordo com a mesma fonte, na diabetes *mellitus* tipo 2 existe um défice de insulina e resistência á mesma, o que significa que é necessária uma maior produção de insulina para a mesma quantidade de glicose no sangue em comparação com um indivíduo saudável. A diabetes *mellitus* tipo 2 tem como principais fatores de risco conhecidos a obesidade, o sedentarismo e a predisposição genética (FID, 2017).

As causas da diabetes tipo 2 não são totalmente entendidas, mas há um forte vínculo com o excesso de peso, assim como com a idade avançada, origem étnica e antecedentes familiares. Entre outros fatores incluem-se a ingestão inadequada de frutas e legumes, cereais integrais e fibras, assim como a ingestão elevada de energia em forma de gorduras saturadas (FID, 2017).

Para a OMS (2018), os sintomas da diabetes *mellitus* tipo 2, podem ser similares aos da diabetes *mellitus* tipo 1, mas geralmente ocorrem de forma menos intensa. Em consequência, nestes casos, a patologia pode apenas ser diagnosticada só ao fim de vários anos de evolução e quando já têm surgido algumas complicações associadas à mesma.

Segundo a FID (2017), o ponto principal do tratamento da diabetes *mellitus* tipo 2 passa por adotar estilos de vida saudáveis, incluindo a adoção de uma dieta saudável, aumento

da atividade física, não fumar e manter um peso corporal dentro dos parâmetros adequados.

Diabetes Gestacional

De acordo com Ribeiro *et alli* (2014), a diabetes gestacional é definida como qualquer grau de intolerância à glicose com início ou deteção durante a gravidez e é um fator de risco para o aparecimento de diabetes *mellitus* futuramente.

Tal como a diabetes *mellitus* tipo 2, a diabetes gestacional associa-se quer à resistência a insulina quer à diminuição das células beta (Kaulzky-Willer A, et al, *cit. in* Lopes 2017), ocorrendo entre 1 a 14% das gestações e estando relacionada com o aumento da morbilidade e mortalidade perinatais. Embora na maior parte dos casos se verifique uma reversão desta situação, é conveniente reavaliar este tipo de pacientes no período pós-parto (4 a 6 semanas) quanto aos níveis de glicemia em jejum e à tolerância à glicose, já que pode existir risco de se desenvolver diabetes *mellitus* tipo 2 entre 5 a 16 anos após o parto (Jarvela, I. *et alli, cit. in* Lopes, 2017).

2.2. Alimentação

Em 1966 Virgínia Henderson definiu a alimentação como uma necessidade humana básica, por ser um fator essencial para a sobrevivência do indivíduo. Segundo Ferreira, *cit. in* Guimarães (2011), é através da alimentação, sob a forma de produtos naturais, modificados ou sintéticos, que o organismo recebe os alimentos necessários para o seu funcionamento.

Nunes e Breda, *cit. in* Silva (2009), afirmam que “para além de uma necessidade fundamental do ser humano, a alimentação é um dos fatores do ambiente que mais afeta a saúde”.

De acordo com a mesma fonte, a alimentação apresenta como principais funções garantir a sobrevivência para o ser humano, fornecer energia e nutrientes necessários para o equilíbrio orgânico, prevenir doenças (obesidade, diabetes, hipertensão, etc.), permitir um adequado crescimento e desenvolvimento (crianças e adolescentes).

A alimentação tem por base um conjunto de processos involuntários, que se inicia com a ingestão do alimento, e tem como finalidade a satisfação das necessidades biológicas e energéticas inerentes ao bom funcionamento do organismo. A alimentação é também fonte de prazer, de socialização e de transmissão de cultura. No entanto, não é suficiente ter acesso aos alimentos, é preciso saber escolhê-los, e em quantidades adequadas às necessidades diárias, ao longo das diferentes fases da vida (Silva, 2009).

A alimentação é possivelmente um dos fatores ambientais que maior influência exerce sobre a saúde, pois pode condicionar o desempenho físico, emocional e intelectual. Philippi (2008), defende que a promoção de hábitos alimentares saudáveis deve começar à nascença, sendo consolidada ao longo da vida para obter uma qualidade de vida saudável.

Uma boa alimentação e uma correta nutrição são essenciais para a vida, para a saúde e para o bem-estar, (...). Através duma alimentação adequada, o ser humano tem uma influência determinante na sua saúde, na sua capacidade de rendimento e na sua esperança de vida (Pereira, 2017).

Gracias Arnaiz, *cit. in* Pereira (2017),

A saúde é facilmente associada a uma correta alimentação e a um estilo de vida ativo. Num sentido mais abrangente, o ser humano, muito mais do que não se sentir doente, sente um estado de bem-estar e de vitalidade que fornecem ao organismo as suas necessidades físicas e psíquicas.

2.2.1. Alimentação Saudável

Entende-se por alimentação saudável aquela em que a quantidade de alimentos a ingerir diariamente deve ser suficiente para cobrir as necessidades nutricionais do organismo (lei da quantidade), os nutrientes levados pelos alimentos precisam de manter, entre si, proporções convenientes (lei da harmonia) e, por ultimo, terá que ser adaptada às condições em que os indivíduos se encontram (lei da adequação) (Lopes, 2012).

Segundo Silva (2009), a alimentação tem sido, ao longo da história, uma preocupação constante do homem. Para além de ser uma necessidade básica do ser humano, constitui um dos principais determinantes de saúde. Daí a importância que se dá à alimentação. No entanto, não basta ter acesso aos alimentos. É preciso “saber comer”, o que implica, necessariamente, uma escolha criteriosa em quantidade e qualidade dos alimentos, adequada às necessidades diárias, ao longo do ciclo de vida.

Peres, *cit. in* Guimarães (2011), define alimentação saudável como

“ (...) uma forma racional de comer que assegura variedade, equilíbrio e quantidade justa de alimentos escolhidos pela sua qualidade nutricional e higiénica, submetidos a benéficas manipulações culinárias.”

A alimentação saudável constitui um fator fundamental decisivo para a manutenção da saúde e bem-estar, quer individual, quer coletivo, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de doenças metabólicas (Mota, 2012).

De acordo com a mesma fonte, uma alimentação equilibrada depende do consumo que se faça dos alimentos que, em conjunto, são capazes de fornecer diariamente todos os nutrientes em proporções adequadas. É essencial aprender a comer corretamente, isto é, a utilizar uma alimentação saudável nas quantidades adequadas às condições individuais, familiares ou de grupo na comunidade (Mota, 2012).

Na perspetiva de Lopes (2012), um bom modelo de uma alimentação saudável está exemplificado na Roda dos Alimentos tal como se pode observar em seguida na Figura 1. A alimentação para ser saudável necessita de ser completa, variada e equilibrada.



Figura 1 – Roda dos Alimentos em vigor desde 2003

Fonte: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/alimentacao-roda-dos-alimentos-pdf.aspx>

A Roda dos Alimentos fornece-nos corretas orientações para uma alimentação saudável. Segundo a mesma, a alimentação deve ser *completa*: deve-se comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente; *equilibrada*: comer maior quantidade dos alimentos que pertencem aos grupos de maior dimensão e menos quantidade dos que se encontram nos grupos de menor dimensão; e *variada*: comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e nas diferentes épocas do ano (Silva, 2009).

Para se ter hábitos alimentares saudáveis, não é necessariamente preciso ter uma alimentação monótona ou restritiva, mas sim comer de forma racional garantindo sempre a variedade, equilíbrio e quantidade justa de alimentos escolhidos pela sua qualidade nutricional. Quando se opta por se ter hábitos alimentares saudáveis tem que se abdicar de alguns tipos de alimentos menos saudáveis como doces ou fritos, tornando esses alimentos uma exceção e não a regra do dia-a-dia (Guimarães, 2011).

Em contrapartida, Saris, *cit. in* Silva (2009), conclui que “não há bons ou maus alimentos, uma vez que cada alimento tem um papel importante, desde que as quantidades sejam equilibradas”.

2.3. Alimentação, Saúde e Diabetes

A diabetes tem como etiologia um conjunto de fatores, fundamentalmente, ligados aos estilos de vida individuais. A alimentação desequilibrada está hoje claramente identificada como sendo um dos principais fatores implicados na origem desta doença (DGS, 2017).

A diabetes *mellitus* é o tipo mais comum diabetes, e a grande maioria dos indivíduos diagnosticados com esta patologia está acima do peso. O aumento do peso ponderal na população em geral, resultado de dietas com alto teor de gordura e calórico, e o estilo de vida sedentário é o fator mais importante associado ao aumento da prevalência da diabetes *mellitus* tipo 2 (The Journal of Medicine, *cit. in* Mota, 2017).

Segundo a APDP (2019), 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. Uma alimentação saudável e equilibrada faz parte do tratamento das pessoas com diabetes, em conjunto com a atividade física e a medicação.

A alteração do estilo de vida, pela adoção de medidas alimentares e da prática de exercício físico que conduzam à normalização progressiva do peso, com perdas, mesmo

consideradas pequenas desde que mantidas, é fundamental no tratamento da diabetes e deve ser mantida em todo o percurso terapêutico (ADA, *cit in* Ramalho, 2009).

Segundo a APDP (2019), os principais objetivos da alimentação de uma pessoa com diabetes são obter um bom controlo da glicemia, colesterol, triglicéridos, pressão arterial e atingir e manter um peso saudável, de forma a prevenir o aparecimento das complicações da diabetes. Para ajudar a controlar estes fatores de risco, a mesma fonte recomenda reduzir a ingestão de gordura e sal e aumentar a ingestão de fibra.

Para Ramalho (2009),

Não há uma dieta padrão. Cada diabético deve ter o seu próprio plano alimentar. O regime alimentar deve ser individualizado, consoante cada situação, atendendo a fatores como idade, estilo de vida ou estado de nutrição.

Segundo Lidon, F. e Silvestre, M. (2009), a dieta alimentar portuguesa possui influências mediterrânicas e atlânticas. A base da dieta alimentar mediterrânica, reside no pão, no vinho e no azeite, e complementa-se com produtos hortícolas, sopas variadas e frutos frescos. A carne e as *vísceras*, principalmente de porco, compõem também um conjunto de pratos e petiscos regionais, onde sobressaem os presuntos e os enchidos. Desde o advento das descobertas que a culinária portuguesa integrou o uso, quase excessivo, de especiarias e do açúcar, assim como também do feijão e da batata. O pão é um dos alimentos base da alimentação portuguesa, e é largamente utilizado em diversos pratos. Os produtos hortícolas são muito utilizados na confeção de saladas, sopas de legumes, cozidos, entre outros.

Do ponto de vista de Crous-Bou *et alli, cit. in* Faria (2016), a Dieta Mediterrânica é caracterizada pela elevada ingestão de vegetais, frutas, frutos secos, leguminosas e cereais, elevada ingestão de azeite e baixa ingestão de gordura saturada, ingestão moderadamente elevada de peixe, baixa ingestão de laticínios, carnes e aves, e ingestão regular e moderada de álcool (especificamente vinho às refeições). Estudos observacionais e de intervenção demonstram conscientemente que a alta adesão à Dieta Mediterrânica resulta em benefícios para a saúde, tais como a redução da taxa de

mortalidade e a redução da incidência de doenças crónicas, especialmente doenças cardiovasculares e o aumento da probabilidade de um envelhecimento mais saudável.

A atual representação da Dieta Mediterrânica expõe um exemplo de padrão alimentar sustentável, onde a nutrição, a produção local, a biodiversidade e a cultura estão fortemente interligadas, com um reduzido impacto no meio ambiente, como se pode observar mais especificamente na Figura 2. Os diversos alimentos estão representados por grupos e podem ser simultaneamente avaliados quanto ao nível da sua qualidade nutricional e do impacto no meio ambiente (Bach-Faig *et alli* e Pinho *et alli*, *cit. in* Faria, 2016).

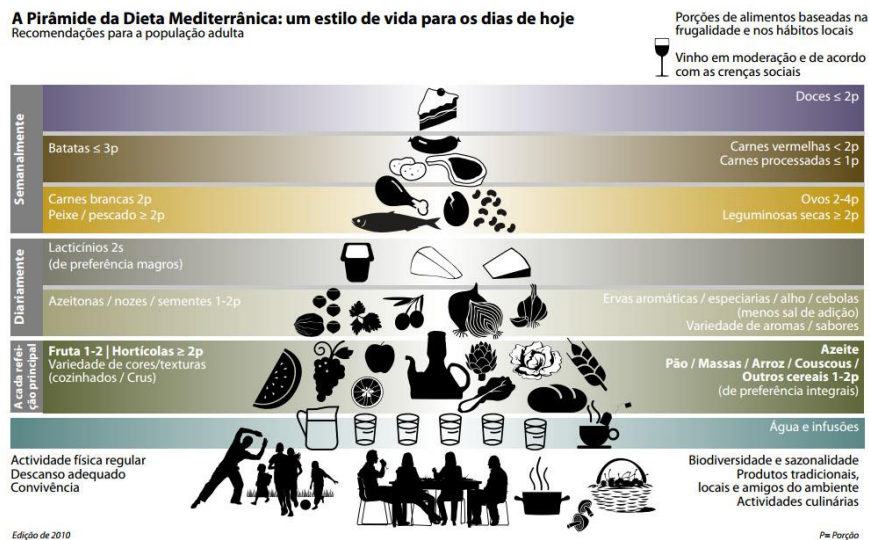


Figura 2 - A Pirâmide da Dieta Mediterrânica.

Fonte: http://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Dieta_Mediterranica.pdf

Segundo a Associação Portuguesa de Nutrição (2019), o reconhecimento da Dieta Mediterrânica em Portugal, Espanha, Marrocos, Itália, Grécia, Chipre e Croácia, pela UNESCO como Património Cultural Imaterial da Humanidade, desde 4 de dezembro de 2013 reforça, juntamente com a evidência científica já existente, que se trata de um modelo cultural, histórico e de saúde. Este padrão alimentar é visto como o mais saudável e mais sustentável no mundo sendo fundamental no campo da saúde pública e nutrição de forma global, mas em especial na zona mediterrânica.

Deve promover-se uma alimentação e dieta adequada para cada tipo de diabetes e para o perfil do paciente. De forma geral, a definição de um plano alimentar é o ponto fundamental do tratamento de qualquer tipo de paciente diabético, visando uma mudança nos hábitos alimentares, para permitir o controlo metabólico adequado. O tratamento nutricional deve contribuir para a normalização da glicemia, diminuir os fatores de risco cardiovascular, fornecer as calorias suficientes para a manutenção de um peso saudável, prevenir as complicações agudas e crónicas e promover a saúde geral do paciente (Lidon, F. e Silvestre, M., 2009)

De acordo com os mesmos autores, para dar resposta a estes objetivos, a dieta, para além de equilibrada, deve ser individualizada, de acordo com as particularidades de cada indivíduo, incluindo a idade, o sexo, situação funcional, atividade física, doenças associadas e situação social, económica e cultural (Lidon, F. e Silvestre, M., 2009).

2.4. Impacto da Alimentação na Prevenção e Controlo da Diabetes

Do tratamento da diabetes *mellitus* fazem parte vários componentes: a medicação, a atividade física e a alimentação. A alimentação trata-se, por isso, de um componente integral do controlo desta patologia (Andrade, 2006).

Segundo o mesmo autor, um dos principais fatores de risco da diabetes *mellitus*, do mau controlo metabólico e do risco de complicações a longo prazo, é o excesso de peso/obesidade. Outros fatores como a dislipidémia ou a hipertensão arterial podem também, promover o avanço das complicações associadas à doença. Todas estas condições podem ser melhoradas ou evitadas através de mudanças nos hábitos alimentares e nos estilos de vida. Depreende-se assim que a alimentação surge como uma peça fundamental no controlo da doença.

A alimentação mediterrânica tem sido associada a uma maior longevidade e anunciada como forma preventiva no que diz respeito a doenças como a diabetes *mellitus* tipo 2, doenças cardiovasculares e certos tipos de cancro. Trata-se de uma alimentação com efeitos positivos na saúde dos indivíduos (Andrade, 2006).

Para o mesmo autor, há evidências de que os vários nutrientes constituintes dos alimentos que compõem a alimentação mediterrânica (nomeadamente as fibras, antioxidantes, como vitaminas C e E, flavonoides e outros tipos de compostos fenólicos) também desenvolvem efeitos positivos tanto na patogénese da diabetes *mellitus*, como no seu controlo metabólico e complicações associadas.

Segundo a APDP (2019) deve-se incluir alimentos ricos em fibra nas refeições (como o pão de mistura ou centeio, ou flocos de aveia, leguminosas) porque permitem diminuir a glicemia após as refeições.

As frutas e legumes devem ser consumidos diariamente, apesar de existir a ideia de que pessoas com diabetes não podem comer fruta. A fruta faz parte de uma alimentação saudável e equilibrada, desde que ingerida em quantidades adequadas, dado o facto de a fruta conter açúcar (APDP, 2019).

No que diz respeito ao consumo de gorduras é de realçar que existem gorduras benéficas para a saúde, as gorduras monoinsaturadas, que podemos encontrar no azeite e nos frutos oleaginosos. Com isto não significa que se devam consumir indiscriminadamente frutos oleaginosos, porque apesar de esta gordura ser saudável, em excesso contribuiu para o aumento de peso (APDP, 2019).

No que toca às gorduras prejudiciais à saúde, as saturadas, podem ser encontradas nas carnes vermelhas, enchidos, queijos gordos, natas, entre outros. As gorduras formadas por um processo de hidrogenação, que estão presentes nos produtos de pastelaria e na maior parte das bolachas e produtos semelhantes, devem ser evitadas a todo o custo (APDP, 2019), por serem tóxicas para as células pancreáticas e comprometerem a secreção de insulina, contribuindo para o desenvolvimento da diabetes. O consumo de carne vermelha não deve ser superior a duas vezes por semana (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia *cit in* Salvado, 2012).

A quantidade de hidratos de carbono (pão, batatas, arroz, massas, cereais...) a consumir diariamente deve ser aconselhada por um profissional de saúde e adequado a cada

indivíduo, já que depende de vários fatores, entre os quais a idade, o género, o nível de atividade física (APDP, 2019).

2.5. Papel do Enfermeiro

Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (REPE, 1996).

A diabetes *mellitus* solicita uma intervenção em todas as suas fases, na prevenção primária enquanto estratégia para evitar a exposição ao risco, na secundária através de rastreios com diagnóstico precoce e na terciária por meio de intervenção para recuperação e reabilitação do doente (Leavel, *cit. in* Lopes, 2017).

Segundo Oliveira, *cit. in* Jornal Enfermeiro (2016), o papel do enfermeiro é muito importante, não só na prevenção da diabetes, mas na promoção de estilos saudáveis. O enfermeiro não trabalha isoladamente, pois vai às escolas ajudar os professores a educar para serem tomados hábitos mais saudáveis, e para além disso os enfermeiros colaboram na deteção da população de risco e atuam diretamente nessa população.

O objetivo primordial é intervir, desde logo, na minimização dos fatores de risco que possam despoletar a diabetes *mellitus* e educar para a saúde de modo a prevenir a doença, daí que cabe ao enfermeiro alertar a população para a gravidade da diabetes, e das complicações associadas, e incentivá-la a hábitos de vida saudáveis como forma de evitar esta doença. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019), desde há muito que os enfermeiros desenvolvem projetos de saúde junto da população na promoção de uma alimentação saudável e na adoção de estilos de vida saudáveis, sendo que o papel primordial dos enfermeiros tem sido o da promoção da saúde, estando as intervenções centradas na promoção de estilos de vida e hábitos alimentares saudáveis.

3. Objetivos do Estudo

Ribeiro (2010), refere que depois de se definirem as questões de investigação segue-se a etapa da formulação dos objetivos da investigação referentes ao que servirá para dar resposta às questões de investigação definidas.

Segundo Fortin (2009), o objetivo de um estudo é descrever, explicar ou prever, segundo o estado dos conhecimentos no domínio estudado.

De acordo com a mesma autora,

O objetivo, as questões de investigação e as hipóteses decorrem do problema de investigação e do seu quadro teórico ou concetual e determinam as outras etapas do processo de investigação. Estas três entidades veiculam a mesma ideia, a de orientar a investigação para um método apropriado a fim de obter a informação desejada. Fazem a ponte entre a fase concetual de que esta etapa é a finalização e a fase metodológica, que comporta a implementação de estratégias para a verificação empírica (...) O enunciado do objetivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue. Ele especifica as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação.

Face àquilo que está definido, o objetivo geral desta investigação é: “Identificar os hábitos e práticas alimentares apresentados por uma amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima”.

Os objetivos específicos delineados para esta investigação são:

- Identificar quantos diabéticos seguiram uma alimentação saudável;
- Identificar quantos diabéticos seguiram um plano alimentar instituído por algum profissional de saúde;
- Perceber o tipo de padrão alimentar adotado pelos diabéticos.

Ao longo deste capítulo, na fase conceptual, foram abordados temas relacionadas com a diabetes e a alimentação. De seguida é apresentada a fase metodológica, onde é descrito o tipo de estudo em causa, a população alvo, amostra e processo de amostragem, as variáveis em estudo, instrumentos de recolha de dados, tratamento e análise de dados e posteriormente os princípios éticos.

II. Fase Metodológica

Para Fortin, a fase metodológica,

(...) consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar hipóteses (Fortin, 2009, p.53).

Segundo a mesma autora, a fase metodológica compreende quatro etapas, que são: a escolha do desenho da investigação, a definição da população e da amostra, a elaboração de métodos ou escalas de medida ou de tratamento das variáveis e a escolha dos métodos de colheita e análise dos dados.

Neste capítulo o investigador delinea a maneira de proceder, ou seja, define a metodologia mais adequada à concretização dos objetivos que quer seguir e atingir.

1. Desenho de Investigação

O desenho define-se como o conjunto da decisão a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses. O desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objetivos sejam atingidos (Fortin, 2009, p. 214).

1.1. Tipo de estudo

Neste Projeto de Graduação é utilizada a metodologia de um método quantitativo, transversal e um desenho descritivo.

Segundo Ribeiro (2010, p.28), o método quantitativo,

Caracteriza-se por se expressar através de números, de tal modo que não permitem a expressão da variedade de perspetivas e experiências das pessoas dado que as opções de resposta são limitadas à partida.

De acordo com Fortin (2009, p.27), o método quantitativo caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos. Pretende, sobretudo, explicar e predizer um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos.

O presente estudo tem por base um desenho descritivo, segundo a metodologia de Fortin (2009, p.236), é um tipo de desenho que visa fornecer uma descrição e uma classificação detalhada de um fenómeno determinado. Estes estudos fornecem informação sobre as características de pessoas, de situações, de grupos ou de acontecimentos.

Em relação à dimensão temporal, optou-se por um estudo transversal.

Segundo Fortin (2009, p. 252), “O estudo transversal serve para medir a frequência da aparição de um acontecimento ou de um problema num determinado momento”. Tem por objetivo medir a frequência de um acontecimento ou de uma doença e dos seus fatores de risco numa dada população. Neste tipo de situação os dados são recolhidos num só momento, é um estudo económico, simples de organizar e fornece dados imediatos e utilizáveis, mas é de alcance mais limitado que o estudo longitudinal.

1.2. População alvo, amostra e processo de amostragem

População Alvo

Segundo Marconi e Lakatos (2007, p. 41), uma população diz respeito a um conjunto de seres animados ou inanimados que revela pelo menos uma característica em comum. A população alvo, de acordo com Fortin (2009, p. 31), é o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações. Como raramente há a possibilidade de estudar a totalidade da população alvo, examina-se a população acessível.

A população alvo escolhida para o presente estudo de investigação foi uma amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima.

Amostra

Segundo Coutinho, *cit. in* Mota (2017), uma amostra é um grupo de sujeitos ou objeto selecionados para representar a população inteira de onde derivam. É um subconjunto da população que terá de representar, refletir os seus traços (...).

A amostra é a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa desta população, isto é, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população. A utilização de uma amostra comporta certas vantagens no plano prático, mas é preciso que a amostra represente fielmente a população em estudo (Fortin, 2009, p.312).

A amostra escolhida é constituída por 60 adultos diabéticos que residem no concelho de Ponte de Lima e que possuem todas as características definidas nos critérios de inclusão deste estudo.

Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão

A população em estudo define-se por critérios de inclusão. Estes correspondem às características essenciais dos elementos da população. Assim, para obter uma amostra o mais homogénea possível, determina-se com a ajuda de critérios definidos pelo investigador, as características que se deseja encontrar nos elementos da amostra (Fortin, 2009, p. 311).

Face ao exposto, os critérios de inclusão deste Projeto de Graduação são ter idade superior ou igual a 18 anos e inferior a 65, saber ler e escrever, ser residente no concelho de Ponte de Lima, ser portador de Diabetes e ser capaz de dar o seu consentimento informado, livre e esclarecido.

De acordo com Fortin (2009, p. 311), paralelamente ao que se define como critérios de inclusão, surgem os critérios de exclusão, ou seja, estes critérios servem para determinar os indivíduos que não farão parte da amostra.

Assim sendo os critérios de exclusão da amostra para este Trabalho de Investigação serão os indivíduos que não apresentem todos os critérios definidos (nos critérios de inclusão) para que possam ser incluídos na mesma.

Processo de Amostragem

A amostragem é um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira (...) a amostragem permite estimar, de forma precisa, as características de uma população a partir da informação obtida junto de uma amostra (Fortin, 2009, p. 310).

O processo de amostragem escolhido para este estudo é não probabilística em bola de neve. Do acordo com Fortin (2009, p. 321), o processo de amostragem não probabilística não dá a todos os elementos a mesma probabilidade de serem escolhidos para formar a amostra. Com isto corre-se o risco deste processo de amostragem não ser tão representativo e menos fiável que a amostra probabilística.

De acordo com a mesma autora, o método de amostragem em bola de neve, que também pode ser chamada de amostragem por redes, trata-se de um método através do qual os indivíduos recrutados inicialmente, indivíduos estes que correspondem aos critérios de inclusão do estudo, sugerem a pedido da investigadora, neste caso, os nomes de outras pessoas que lhe parecem apropriados para participar no estudo.

Em termos de recursos utilizados para este estudo, foram necessários alguns materiais que se tornaram imprescindíveis na realização deste projeto. Na realização do trabalho em si, foi necessário material de escrita, acesso à internet, livros de investigação e do tema em estudo, computador, fotocópias, caderno, deslocações, entre outros.

1.3. Variáveis em estudo

As variáveis são unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo. As variáveis tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados (Fortin, 2009, p. 171).

De acordo com o mesmo autor, “as variáveis podem ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação”. Para este estudo, as variáveis a analisar são as variáveis atributo, as variáveis independentes e as variáveis dependentes.

Variáveis Atributo

Segundo Fortin (2009, p. 171),

As variáveis atributo são características pré-existentes dos participantes em estudo. Elas são geralmente constituídas por dados demográficos tais como a idade, o género, a situação de família. Os dados demográficos são analisados no fim do estudo para obter um perfil demográfico das características da amostra.

Para este estudo de investigação, as variáveis atributo utilizadas foram: a idade, o género, o peso, a altura, o estado civil, a atividade profissional/ocupação, a escolaridade e o local de residência.

Variáveis Independentes

Segundo Fortin (2009, p. 171),

“A variável independente é aquela que influencia, determina ou afeta outra variável. As variáveis independentes explicam o fator em estudo, ou seja, a variável dependente.”

De acordo com a mesma autora: “variável manipulada pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente”.

De acordo com o descrito, a variável independente para este estudo são os Adultos Diabéticos.

Variáveis Dependentes

De acordo com Fortin (2009, p. 171), “variável que não é observada, mas cuja presença é deduzida da relação entre a variável dependente e a variável independente”.

A mesma autora define uma variável dependente como “o fator em estudo”, que nesta investigação são os hábitos e práticas alimentares. Esta pode ser influenciada pelas variáveis independentes, ajudando a explicar como varia a variável dependente de acordo com os dados obtidos.

De acordo com o descrito, a variável dependente para este estudo são os Hábitos e Práticas Alimentares.

1.4. Instrumentos de recolha de dados

Instrumentos de recolha de dados

Segundo Fortin (2009, p. 368), a escolha do método de colheita dos dados a utilizar depende do nível de investigação, do tipo de fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis. O investigador deve escolher um instrumento de colheita de dados que lhe permita, e que seja o mais conveniente para, responder às questões de investigação ou verificar as hipóteses.

Para o mesmo autor, no momento em que se escolhe o instrumento de colheita de dados é necessário procurar um instrumento de medida que seja em concordância com as definições conceituais das variáveis que fazem parte do quadro conceitual ou teórico. Neste momento o investigador deve ainda assegurar-se que o instrumento de colheita de dados escolhido garante uma suficiente fidelidade e validade.

Neste sentido, o instrumento de colheita de dados escolhido para aplicar neste Projeto de Graduação foi um questionário que se encontra disponível no Anexo 2.

O questionário tem por objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões (...) Para recolher os dados, o investigador pode utilizar um questionário já existente ou criar o seu próprio questionário, com vista a responder às suas necessidades particulares (Fortin, 2009).

Assim sendo, tal como já referido anteriormente, o instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário. Este questionário está dividido em duas partes: a primeira parte é composta por uma série de questões sociodemográficas e relacionadas com a diabetes e a segunda parte é composta por algumas questões relacionadas com a alimentação (geral e específica) retiradas do questionário “Escala de Atividades de autocuidado com a Diabetes” Este questionário foi adaptado e traduzido para português por três docentes da Universidade do Porto, a professora Fernanda Bastos, o professor Milton Severo e a professora Carla Lopes. Para obtenção da autorização deste instrumento foi enviado um pedido de autorização via e-mail aos autores do mesmo, que foi autorizado também via e-mail a 10 de outubro de 2018. Esta autorização pode ser consultada no Anexo 5.

A escolha deste questionário deve-se ao facto de ser um dos instrumentos de medida mais utilizados na avaliação das atividades de autocuidado com a diabetes, em adultos, em que a adesão é medida indiretamente através dos níveis de autocuidado. De acordo com Batista (2013), vários estudos referem que esta é uma escala de medida multidimensional de autogestão da diabetes, que comporta uma adequada fiabilidade teste-reteste, e evidência da validade e sensibilidade à mudança. A versão do questionário de Avaliação das Atividades de Autocuidado com a Diabetes é composta por 6 dimensões: alimentação, exercício físico, medicação, monitorização da glicemia, cuidados aos pés e hábitos tabágicos. Neste estudo só foi utilizada a parte do questionário relacionada com a alimentação, por ser a que dá resposta às questões enunciadas para este estudo.

As afirmações presentes no questionário que operacionalizam as questões de investigação são:

- Relativamente à questão “Quantos adultos diabéticos seguem uma alimentação saudável no seu dia-a-dia?”: a questão que a operacionaliza é a 1.1.
- Relativamente à questão “Quantos adultos diabéticos seguem um plano alimentar instituído por algum profissional de saúde?”: a questão que a operacionaliza é a 1.2.
- Relativamente à questão “Quais os hábitos e praticas alimentares adotadas pelos adultos diabéticos?”: as questões que a operacionalizam são a 1.3., 2.1., 2.2., 2.3. e 2.4.

1.5. Tratamento e análise dos dados

Segundo Fortin (2009, p.330):

Os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita dos dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto. (...) Normalmente, apresentar os resultados consiste em fornecer os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação ou hipóteses formuladas.

Após a fase de colheita de dados, chega então a altura de apresentar e posteriormente analisar os resultados obtidos através da aplicação do questionário.

No que diz respeito ao tipo de tratamento e apresentação dos dados, este foi realizado tendo por base a estatística descritiva. Segundo Fortin (2009, p. 411), a estatística descritiva tem como objetivo destacar o conjunto dos dados brutos retirados de uma amostra de maneira a que sejam compreendidos, tanto pelo investigador como pelo leitor.

De forma a tornar mais acessível a organização e o tratamento dos dados, recorreu-se ao programa informático Microsoft Office Excel – Versão de 2016. Relativamente à apresentação dos dados, os mesmos serão expostos sobre a forma de tabelas.

2. Salvaguarda dos princípios éticos

As pesquisas que envolvem seres humanos geram preocupações éticas, pois os voluntários aceitam riscos e inconveniências com o objetivo de avançar conhecimento científico e beneficiar outros (Hulley, 2008, p. 243).

De acordo com o mesmo autor, há três princípios éticos que devem ser cumpridos quando se fala em pesquisas que utilizam seres humanos: o princípio do respeito à pessoa, o princípio da beneficência e o princípio da justiça.

Quanto ao princípio do respeito à pessoa,

(...) exige que os investigadores obtenham consentimento informado, protejam aqueles participantes com capacidade decisória reduzida e mantenham confidencialidade. Segundo esse princípio, os participantes de pesquisas não são fontes passivas de dados, mas indivíduos cujos direitos e bem-estar devem ser preservados (Hulley, 2008, p. 243).

Quanto ao princípio da beneficência,

(...) exige que o delineamento seja fundamentado cientificamente e que seja possível aceitar os riscos considerando-se os prováveis benefícios. Os riscos aos participantes incluem não somente danos físicos, mas também psicológicos, tais como quebra de confidencialidade, estigmatização e discriminação. Esses riscos podem ser minimizados, por exemplo, rasteando-se os possíveis participantes a fim de excluir da pesquisa aqueles indivíduos suscetíveis a efeitos adversos, bem como monitorizando os participantes para a ocorrência desses efeitos adversos (Hulley, 2008, p. 243).

Quanto ao princípio da justiça,

(...) requer que os benefícios e os ônus da pesquisa sejam distribuídos de forma justa. Grupos vulneráveis, como aquelas com acesso reduzido aos serviços, com poder decisório limitado ou indivíduos institucionalizados, não possuem capacidade de decidir livremente se querem ou não participar de uma pesquisa. Tais pessoas podem ser atrativas, especialmente quando o acesso e o acompanhamento são convenientes. No entanto, grupos vulneráveis como esses devem ser alvo de pesquisa quando outros grupos populacionais também forem apropriados à questão de pesquisa (Hulley, 2008, p. 244).

De maneira a dar cumprimento aos três princípios acima delineados, e de modo a garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, foi entregue a cada participante uma declaração de consentimento informado sendo que cada elemento foi instruído de forma livre e esclarecida dos prováveis riscos e benefícios que a sua participação comportará para o estudo. Garantiu-se ainda a cada participante que os dados recolhidos seriam utilizados meramente para fins académicos. Os inquiridos não tiveram qualquer espaço no questionário que os permita identificar e os dados obtidos através do questionário ficaram na posse da investigadora e serão eliminados após o término desta investigação, garantindo desse modo o anonimato e a confidencialidade.

Como já foi referido, a implementação do instrumento de colheita de dados trata-se de um questionário realizado através do contacto direto com o grupo alvo, sendo solicitada a sua colaboração para a participação no presente estudo.

Para além do cumprimento destes três princípios acima referenciados, é também importante referir que foi apresentada uma Proposta de Projeto de Graduação (Anexo 4), à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, tendo sido a mesma aprovada a 11 de dezembro de 2018, como se pode verificar no Anexo 5, cumprindo os requisitos necessários de forma a poder dar-se continuidade à execução deste Projeto de Graduação.

Ao longo deste capítulo, na fase metodológica, foi descrito o tipo de estudo em causa, a população alvo, amostra e processo de amostragem, as variáveis em estudo, instrumentos de recolha de dados, tratamento e análise de dados e posteriormente os princípios éticos. De seguida apresenta-se a fase empírica onde se procede à exposição, análise e interpretação dos dados e à discussão dos resultados obtidos.

III. Fase Empírica

A fase empírica corresponde á colheita dos dados no terreno, à sua organização e à sua análise estatística. O plano elaborado na fase precedente é implementado. As técnicas de análise variam segundo a natureza dos dados. Uma vez os resultados de investigação apresentados, as etapas seguintes consistem em interpretá-los reportando-se ao quadro teórico ou concetual e em comunicá-los (Fortin, 2009, p. 56).

Segundo a mesma autora, a fase empírica consiste na realização da investigação que é composta por duas fases: a etapa da apresentação, análise e interpretação dos dados, e numa segunda etapa é feita a discussão desses mesmos resultados.

1. Apresentação, análise e interpretação dos dados

Segundo Fortin (2009, p. 472), a apresentação, a análise, a interpretação dos dados e a discussão dos resultados de uma investigação são etapas distintas no processo de investigação. No que diz respeito à apresentação dos resultados, o investigador dá conta da análise estatística dos dados, realizada por meio de diferentes testes. Analisando os resultados obtidos, o investigador é levado a comparar, a confrontar os resultados entre si e a fazer referência à teoria e aos trabalhos anteriormente relacionados com o fenómeno que estudou. Na conclusão do seu trabalho, coloca em evidência a contribuição da investigação e formula recomendações relativas à investigação.

Depois da apresentação, análise e interpretação dos resultados obtidos procede-se de seguida à discussão desses mesmo resultados.

Parte I – Dados Sociodemográficos

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à “Idade”

Média	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão	Variância
53	61	53	41	64	7,3	52,7

De acordo com a análise dos dados da tabela 1, relativos à “Idade”, pode constatar-se que os indivíduos que compõem a amostra em estudo possuem uma média de idades de 53 anos, uma moda de 61 anos, uma mediana de 53 anos, um valor mínimo de 41 anos, um valor máximo de 64 anos, um desvio padrão de 7,3 anos e uma variância de 52,7 anos.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao “Género”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Feminino	20	33,3%
Masculino	40	66,7%
Total	60	100,0%

Analisando dos dados da tabela 2, relativos ao “Género”, verifica-se que 33,3% (n=20) da amostra pertencem ao género “Feminino” e que 66,7% (n=40) da amostra pertencem ao género “Masculino”.

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao “Peso”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
51 – 60	1	1,7%
61 – 70	9	15,0%
71 – 80	13	21,7%
81 – 90	20	33,3%
91 – 100	10	16,7%
101 – 110	6	10,0%
111 – 120	0	0,0%
121 – 130	1	1,7%
Total	60	100,0%

Com a análise dos dados da tabela 3, relativos ao “Peso”, pode comprovar-se que 1,7% (n=1) da amostra possuem pesos compreendidos entre os 51 e os 60 kg, 15,0% (n=9) possuem pesos compreendidos entre os 61 e os 70 kg, 21,7% (n=13) da amostra possuem pesos compreendidos entre os 71 e os 80 kg, 33,3% (n=20) da amostra possuem pesos compreendidos entre os 81 e os 90 kg, 16,7% (n=10) da amostra possuem pesos compreendidos entre os 91 e os 100 kg, 10,0% (n=6) da amostra possuem pesos compreendidos entre os 101 e os 110 kg, 0,0% (n=0) da amostra possuem pesos entre os 111 e os 120 kg e 1,7% da amostra possuem pesos entre os 121 e os 130 kg.

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à “Altura”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
151 – 160	5	8,3%
161 – 170	18	30,0%
171 – 180	35	58,3%
181 – 190	2	3,3%
Total	60	100,0%

Com dos dados da tabela 4, relativos à “Altura”, pode averiguar-se que 8,3% (n=5) da amostra possuem alturas compreendidas entre 151 e os 160 centímetros, 30,0% (n=18) da amostra possuem alturas compreendidas entre 161 e os 170 centímetros, 58,3% (n=35) da amostra possuem alturas compreendidas entre 171 e os 180 centímetros e 3,3% (n=2) da amostra possuem alturas compreendidas entre 181 e os 190 centímetros.

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao “Estado Civil”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Solteiro (a)	2	3,3%
Casado (a) / União de facto	51	85,0%
Divorciado (a) / Separado (a)	5	8,3%
Viúvo (a)	2	3,3%
Total	60	100,0%

Como se pode observar na tabela 5, relativa ao “Estado Civil”, 3,3% (n=2) da amostra são “Solteiro (a)”, 85,0% (n=51) da amostra são “Casado (a) / União de Facto”, 8,3% (n=5) da amostra são “Divorciado (a) / Separado (a)” e 3,3% (n=2) da amostra são “Viúvo (a)”.

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à “Atividade Profissional / Ocupação”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Empregado (a)	44	73,3%
Desempregado (a)	4	6,7%
Reformado (a)	8	13,3%
Estudante	0	0,0%
Outra	4	6,7%
Total	60	100,0%

Observados os dados da tabela 6, relativos à “Atividade Profissional / Ocupação”, verifica-se que 73,3% (n=44) da amostra responderam estar “Empregado (a)”, 6,7% (n=4) da amostra responderam estar “Desempregado (a)”, 13,3% (n=8) da amostra responderam estar “Reformado (a)”, 0,0% (n=0) da amostra responderam ser estudante e 6,7% (n=4) da amostra responderam “Outra”.

Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à “Escolaridade”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
4º Ano	12	20,0%
6º Ano	17	28,3%
7º Ano	1	1,7%
9º Ano	15	25,0%
10º Ano	1	1,7%
12º Ano	14	23,3%
Total	60	100,0%

Na tabela 7, relativa à “Escolaridade”, averigua-se que 20,0% (n=12) da amostra tem o “4º Ano”, 28,3% (n=17) da amostra tem o “6º Ano”, 1,7% (n=1) da amostra tem o “7º

Ano”, 25,0% (n=15) da amostra tem o “9º Ano”, 1,7% (n=1) da amostra tem o 10º Ano e 23,3% (n=14) da amostra tem o “12º Ano”

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao “Local de Residência”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Arca e Ponte de Lima	9	15,0%
Arcozelo	2	3,3%
Bertiandos	4	6,7%
Cabração e Moreira do Lima	4	6,7%
Calheiros	3	5,0%
Correlhã	3	5,0%
Estorãos	1	1,7%
Feitosa	3	5,0%
Fontão	3	5,0%
Gemieira	4	6,7%
Rebordões de Souto	3	5,0%
Refóios do Lima	4	6,7%
Ribeira	3	5,0%
Sá	6	10,0%
Santa Comba	6	10,0%
São Pedro d´Arcos	2	3,3%
Total	60	100,0%

Analisados os dados da tabela 8, relativos ao “Local de Residência”, pode constata-se que 15,0% (n=9) da amostra responderam pertencer à freguesia de “Arca e Ponte de Lima”, 3,3% (n=2) da amostra pertencem à freguesia de “Arcozelo”, 6,7% (n=4) da amostra pertencem à freguesia de “Bertiandos”, 6,7% (n=4) da amostra pertencem à freguesia de “Cabração e Moreira do Lima”, 5,0% (n=3) da amostra pertencem à freguesia de “Calheiros”, 5,0% (n=3) da amostra pertencem à freguesia de “Correlhã”, 1,7% (n=1) da amostra pertencem à freguesia de “Estorãos”, 5,0% (n=3) da amostra pertencem à freguesia da “Feitosa”, 5,0% (n=3) da amostra pertencem à freguesia de “Fontão”, 6,7% (n=4) da amostra pertencem à freguesia de “Gemieira”, 5,0% (n=3) da amostra pertencem à freguesia de “Rebordões de Souto”, 6,7% (n=4) da amostra pertencem à freguesia de “Refóios do Lima”, 5,0% (n=3) da amostra pertencem à freguesia da “Ribeira”, 10,0% (n=6) da amostra responderam pertencer à freguesia de “Sá”, 10,0% (n=6) da amostra

pertencem à freguesia de “Santa Comba” e 3,3% (n=2) da amostra pertencem à freguesia de São Pedro d’ Arcos.

Tabela 9 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente a questão “Com quem vive?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Com o cônjuge / companheiro (a)	20	33,3%
Com a família restrita (marido, esposa e filhos)	24	40,0%
Com a família alargada (marido, esposa, filhos, pais, sogros, etc.)	7	11,7%
Sozinho (a)	7	11,7%
Num lar	0	0,0%
Outros	2	3,3%
Total	60	100,0%

N tabela 9, relativa à questão “Com quem vive?”, é possível observar-se que 33,3% (n=20) da amostra vivem “Com o cônjuge / companheiro (a)”, 40,0% (n=24) da amostra vivem “Com a família restrita (marido, esposa e filhos)”, 11,7% (n=7) da amostra vivem “Com a família alargada (marido, esposa, filhos, pais, sogros, etc.)”, 11,7% (n=7) da amostra vivem “Sozinho (a)”, 0,0% (n=0) da amostra vivem “Num lar” e 3,3% (n=2) da amostra responderam “Outros”.

Tabela 10 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à questão “Tem Diabetes?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	60	100,0%
Não	0	0,0%
Total	60	100,0%

De acordo com a análise dos dados da tabela 10, relativos à questão “Tem Diabetes?”, pode constatar-se que 100,0% (n=60) da amostra responderam “Sim” e 0,0% (n=0) da amostra responderam “Não”.

Tabela 11 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à questão “Se sim, de que tipo?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Tipo I	11	18,3%
Tipo II	49	81,7%
Total	60	100,0%

A análise dos dados da tabela 11, relativos à questão “Se sim, de que tipo?”, demonstram que 18,3% (n=11) da amostra responderam “Tipo I” e 81,7% (n=49) da amostra responderam “Tipo II”.

Tabela 12 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à questão “Que tipo de tratamento faz para a diabetes?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Antidiabéticos Orais (Comprimidos)	49	81,7%
Insulina	3	5,0%
Ambos	8	13,3%
Total	60	100,0%

Como se observa na tabela 12, relativos à questão “Que tipo de tratamento faz para a diabetes?”, 81,7% (n=49) da amostra responderam “Antidiabéticos Orais (Comprimidos)”, 5,0% (n=3) da amostra responderam “Insulina” e 13,3% (n=8) da amostra responderam “Ambos”.

Tabela 13 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à questão “Tem ou já teve alguma complicação devido à diabetes?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	2	3,3%
Não	58	96,7%
Total	60	100,0%

Os dados observados na tabela 13, relativos à questão “Tem ou já teve alguma complicação devido à diabetes?”, constataam que 3,3% (n=2) da amostra responderam “Sim” e 96,7% (n=58) da amostra responderam “Não”.

Tabela 14 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à questão “Se sim, quais?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Lesões Oculares	1	50,0%
Úlcera de Pé Diabético	1	50,0%
Total	2	100,0%

Na tabela 14, relativa à questão “Se sim, quais?”, dos dois elementos da amostra em estudo que referiram apresentar complicações devido à diabetes, pode verificar-se que 50,0% (n=1) da amostra apresenta “Lesões Oculares” e 50,0% (n=1) da amostra apresenta “Úlcera de Pé Diabético”.

Parte II – Questionário de Atividades do Autocuidado com a Diabetes

Tabela 15 – Distribuição numérica e percentual relativamente à 1ª Questão: “Em quantos do últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
0	13	21,7%
1	4	6,7%
2	16	26,7%
3	11	18,3%
4	5	8,3%
5	3	5,0%
6	4	6,7%
7	4	6,7%
Total	60	100,0%

De acordo com a análise dos dados da tabela 15, relativos à questão “Em quantos do últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?”, pode-se constatar que 21,7% (n=13) da amostra responderam “0” dias, 6,7% (n=4) da amostra responderam “1” dia, 26,7% (n=16) da amostra responderam “2” dias, 18,3% (n=11) da amostra responderam “3” dias, 8,3% (n=5) da amostra responderam “4” dias, 5,0% (n=3) da amostra responderam “5” dias, 6,7% (n=4) da amostra responderam “6” dias e 6,7% (n=4) da amostra responderam “7” dias. Após a apresentação dos resultados conclui-se que a amostra na sua maioria seguiu em média 2 dias uma “alimentação saudável” num período de 7 dias consecutivos.

Tabela 16 – Distribuição numérica e percentual relativamente à 2ª Questão: “Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
0	52	86,7%
1	0	0,0%
2	0	0,0%
3	0	0,0%
4	0	0,0%
5	1	1,7%
6	2	3,3%
7	5	8,3%
Total	60	100,0%

Com os dados da tabela 16, relativos à questão “Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?”, pode averiguar-se que 87,6% (n=52) da amostra responderam “0” dias, 0,0% (n=0) da amostra responderam “1” dia, 0,0% (n=0) da amostra responderam “2” dias, 0,0% (n=0) da amostra responderam “3” dias, 0,0% (n=0) da amostra responderam “4” dias, 1,7% (n=1) da amostra responderam “5” dias, 3,3% (n=2) da amostra responderam “6” dias e 8,3% (n=5) da amostra responderam “7” dias. Após a apresentação dos resultados conclui-se que a amostra na sua maioria seguiu em média 0 dias um “plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde”.

Tabela 17 – Distribuição numérica e percentual relativamente à 3ª Questão: “Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
0	0	0,0%
1	0	0,0%
2	0	0,0%
3	1	1,7%
4	2	3,3%
5	13	21,7%
6	7	11,7%
7	37	61,7%
Total	60	100,0%

Na tabela 17, relativa à questão “Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?”, pode comprovar-se que 0,0% (n=0) da amostra responderam “0” dias, 0,0% (n=0) da amostra responderam “1” dia, 0,0% (n=0) da amostra responderam “2” dias, 1,7% (n=1) da amostra responderam “3” dias, 3,3% (n=2) da amostra responderam “4” dias, 21,7% (n=13) da amostra responderam “5” dias, 11,7% (n=7) da amostra responderam “6” dias e 61,7% (n=37) da amostra responderam “7” dias. Após a apresentação dos resultados conclui-se que a amostra na sua maioria comeu em média 7 dias “cinco ou mais peças de fruto e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)” num período de 7 dias consecutivos.

Tabela 18 – Distribuição numérica e percentual relativamente à 4ª Questão: “Em quantos do últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
0	2	3,3%
1	2	3,3%
2	8	13,3%
3	9	15,0%
4	13	21,7%
5	16	26,7%
6	8	13,3%
7	2	3,3%
Total	60	100,0%

Os dados da tabela 18, relativos à questão “Em quantos do últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?”, demonstram que 3,3% (n=2) da amostra responderam “0” dias, 3,3% (n=2) da amostra responderam “1” dia, 13,3% (n=8) da amostra responderam “2” dias, 15,0% (n=9) da amostra responderam “3” dias, 21,7% (n=13) da amostra responderam “4” dias, 26,7% (n=16) da amostra responderam “5” dias, 13,3% (n=8) da amostra responderam “6” dias e 3,3% (n=2) da amostra responderam “7” dias. Após a apresentação dos resultados conclui-se que a amostra na sua maioria comeu em média 5 dias “carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)” num período de 7 dias consecutivos.

Tabela 19 – Distribuição numérica e percentual relativamente à 5ª Questão: “Em quantos do últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
0	5	8,3%
1	0	0,0%
2	3	5,0%
3	5	8,3%
4	4	6,7%
5	3	5,0%
6	3	5,0%
7	37	61,7%
Total	60	100,0%

Com a análise dos dados da tabela 19, relativos à questão “Em quantos do últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?”, pode verificar-se que 8,3% (n=5) da amostra responderam “0” dias, 0,0% (n=0) da amostra responderam “1” dia, 5,0% (n=3) da amostra responderam “2” dias, 8,3% (n=5) da amostra responderam “3” dias, 6,7% (n=4) da amostra responderam “4” dias, 5,0% (n=3) da amostra responderam “5” dias, 5,0% (n=3) da amostra responderam “6” dias e 61,7% (n=14) da amostra responderam “7” dias. Após a apresentação dos resultados conclui-se que a amostra na sua maioria comeu em média 7 dias “pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar” num período de 7 dias consecutivos.

Tabela 20 – Distribuição numérica e percentual relativamente à 6ª Questão: “Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
0	4	6,7%
1	0	0,0%
2	10	16,7%
3	11	18,3%
4	7	11,7%
5	11	18,3%
6	3	5,0%
7	14	23,3%
Total	60	100,0%

A tabela 20, relativa à questão “Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?”, demonstra que 6,7% (n=4) da amostra responderam “0” dias, 0,0% (n=0) da amostra responderam “1” dia, 16,7% (n=10) da amostra responderam “2” dias, 18,3% (n=11) da amostra responderam “3” dias, 11,7% (n=7) da amostra responderam “4” dias, 18,3% (n=11) da amostra responderam “5” dias, 5,0% (n=3) da amostra responderam “6” dias e 23,3% (n=14) da amostra responderam “7” dias. Após a apresentação dos resultados conclui-se que a amostra na sua maioria, em média 7 dias “misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão” num período de 7 dias consecutivos.

Tabela 21 – Distribuição numérica e percentual relativamente à 7ª Questão: “Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolate?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
0	3	5,0%
1	17	28,3%
2	14	23,3%
3	8	13,3%
4	10	16,7%
5	4	6,7%
6	2	3,3%
7	2	3,3%
Total	60	100,0%

Analisados os dados da tabela 21, relativos à questão “Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolate?”, verifica-se que 5,0% (n=3) da amostra responderam “0” dias, 28,3% (n=17) da amostra responderam “1” dia, 23,3% (n=14) da amostra responderam “2” dias, 13,3% (n=8) da amostra responderam “3” dias, 16,7% (n=10) da amostra responderam “4” dias, 6,7% (n=5) da amostra responderam “5” dias, 3,3% (n=2) da amostra responderam “6” dias e 3,3% (n=2) da amostra responderam “7” dias. Após a apresentação dos resultados conclui-se que a amostra na sua maioria, comeu em média a dia “alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolate” num período de 7 dias consecutivos.

2. Discussão dos Resultados e Conclusões do estudo

Segundo Fortin (2009, p. 331), na discussão dos resultados o investigador “analisa o conjunto dos resultados e interpreta-os segundo o tipo de estudo (...)”.

Nesta etapa procede-se à descrição dos resultados obtidos pelos questionários, que se encontram representados em forma de tabelas no capítulo anterior, para realizar uma interligação com os objetivos geral e específicos, previamente predefinidos.

A amostra deste estudo é constituída por 60 indivíduos diabéticos, residentes no concelho de Ponte de Lima. Quanto às características sociodemográficas, neste estudo foi possível identificar um maior número de indivíduos do género masculino, perfazendo um total de 66,7% da amostra. O que apresenta precisamente o contrário do observado nos estudos da área mais recentes (Mota, 2017 e Lopes, 2017) e dos dados dos censos de 2011 disponibilizados pelo PORDATA. A faixa etária da amostra está situada entre os 18 e os 65 anos, com predominância entre os 41 e os 64 anos. De acordo com o PORDATA, nos censos de 2011, em Ponte de Lima, havia uma percentagem de indivíduos do género feminino de 52,9% e de indivíduos do género masculino de 47,1%.

No estudo de Mota (2017), a amostra era constituída por 19 indivíduos do género feminino e 11 indivíduos do género masculino. Noutro estudo, segundo Lopes (2017), a amostra era constituída por 28 indivíduos do género feminino e 8 indivíduos do género masculino. Em comparação com este estudo podemos afirmar que a amostra não se encontra em conformidade com os artigos anteriores, tendo este estudo maior percentagem de indivíduos do género masculino (66,7%), do que indivíduos do género feminino (33,3%).

De acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2016, p.8), em 2015 verificou-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da Diabetes entre a população do género masculino (15,9%) e a população do género feminino (10,9%). Em comparação com este estudo podemos afirmar que a amostra do mesmo se encontra em conformidade com o artigo acima mencionado, sendo

que 66,7% da mesma é constituída por indivíduos do género masculino e 33,3% do género feminino.

De seguida iremos abordar os dados referentes aos objetivos delineados para este estudo.

Relativamente ao objetivo “Identificar quantos diabéticos seguiram uma alimentação saudável”, podemos observar pelos dados obtidos na tabela 15 que:

Apenas 4 dos inquiridos (6,7% da amostra) afirmaram seguir uma alimentação saudável em sete dos sete dias anteriores ao preenchimento do questionário. Verifica-se que em média, os indivíduos da amostra, nos sete dias anteriores ao preenchimento do questionário, aderiram 2,60 dias a uma alimentação saudável (Tabela 22, Anexo 3). Comparativamente com os resultados do estudo realizado por Salvado (2012), verifica-se que os resultados obtidos não se encontram em conformidade com os da mesma, uma vez que os indivíduos da sua amostra, nos sete dias anteriores ao preenchimento do questionário, aderiram 4,51 dias a uma alimentação saudável.

Sendo que a resposta mais frequente à questão anterior foi “2 dias”, e comparando com o estudo de Semedo (2013), podemos averiguar que os mesmos não se encontram em conformidade, dado que a resposta mais frequente no seu estudo foi de “4 dias”.

A alimentação saudável constitui um fator fundamental decisivo para a manutenção da saúde e bem-estar, quer individual, quer coletivo, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de doenças metabólicas (Mota, 2012), pelo que deve ser seguida diariamente. De acordo com os resultados obtidos neste estudo, a amostra segue uma alimentação saudável, em média, aproximadamente 3 dias por semana, sendo que o ideal seria seguir uma alimentação saudável diariamente.

Relativamente ao objetivo “Identificar quantos diabéticos seguiram um plano alimentar instituído por algum profissional de saúde”, analisando a tabela 16 podemos afirmar que:

Apenas 5 dos inquiridos (8,3% da amostra) seguiram diariamente, no mês anterior ao preenchimento do questionário, um plano alimentar recomendado por algum profissional

de saúde. Neste estudo, em média, os indivíduos da amostra, no mês anterior ao preenchimento do questionário, seguiram 0,867 dias, por semana, um plano alimentar recomendado por um profissional de saúde (Tabela 22, Anexo 3). No estudo de Salvado (2012), em média, durante o mês anterior ao preenchimento do questionário, aderiram 4,17 dias por semana a um plano alimentar recomendado por um profissional de saúde. Com estes dados podemos averiguar que os resultados obtidos neste estudo não se encontram em conformidade com os resultados do artigo de Salvado (2012), existindo uma grande disparidade com os resultados obtidos neste estudo.

No estudo de Semedo (2013), a resposta mais frequente à questão anterior foi “0 dias”, comparando com os resultados deste estudo podemos averiguar que os mesmos se encontram em conformidade, dado que as respostas mais frequentes foram iguais nos dois estudos.

De acordo com a APDP (2019) deve promover-se uma alimentação e dieta adequada para cada tipo de diabetes e para o perfil do paciente. A definição de um plano alimentar é o ponto fundamental do tratamento de qualquer tipo de paciente diabético, visando uma mudança nos hábitos alimentares, para permitir o controlo metabólico adequado, pelo que seria ideal que os adultos diabéticos seguissem diariamente o plano que lhes é recomendado pelo profissional de saúde.

Relativamente ao objetivo “Perceber o tipo de padrão alimentar adotado pelos diabéticos” (Questões 1.3, 2.1., 2.2, 2.3 e 2.4 do questionário)

Observando a tabela 17 verificamos que 37 dos inquiridos (61,7% da amostra) afirmaram ter consumido cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais em sete dos sete dias anteriores ao preenchimento do questionário. Verifica-se que o consumo das mesmas, em média é de 6,28 dias nos 7 dias anteriores ao preenchimento do questionário (Tabela 22, Anexo 3). Comparativamente com os resultados do estudo realizado por Salvado (2012), verifica-se que em média os resultados obtidos se encontram em conformidade com os da mesma, uma vez que os indivíduos da sua amostra, nos sete dias anteriores ao preenchimento do questionário, consumiram cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais em 5,16 dias.

Sendo que a resposta mais frequente á questão anterior foi “7 dias”, e comparando com o estudo de Semedo (2013), podemos averiguar que os mesmos se encontram em conformidade, dado que as respostas mais frequentes foram iguais nos dois estudos.

De acordo com a APDP (2019), as frutas e legumes devem ser consumidos diariamente. A fruta faz parte de uma alimentação saudável e equilibrada, desde que ingerida em quantidades adequadas, dado o facto de a fruta conter açúcar. Segundo a Roda dos Alimentos (DGS, 2019), devem ser ingeridas diariamente 3 a 5 porções de fruta e/ou vegetais. Dado que a amostra deste estudo consome 5 ou mais peças de fruta e/ou vegetais aproximadamente 6 dias por semana, podemos afirmar que seguem o recomendado pela Roda dos Alimentos.

Como é possível observar na tabela 18, verificamos que apenas 8 dos inquiridos (13,3%) afirmam ter consumido carnes vermelhas em dois dos sete dias anteriores ao preenchimento do questionário. Verifica-se que em média, os indivíduos da amostra, consumiram carnes vermelhas, em 3,98 dias dos 7 dias anteriores ao preenchimento do questionário (Tabela 23, Anexo 3). Comparando com os resultados do estudo realizado por Salvado (2012), conclui-se que em média os resultados obtidos se encontram em conformidade com os da mesma, uma vez que os indivíduos da sua amostra, nos sete dias anteriores ao preenchimento do questionário, consumiram carnes vermelhas em 2,98 dias.

No estudo de Semedo (2013), as respostas mais frequentes à questão anterior foram “0 dias, 2 dias e 3 dias”, comparando com os resultados deste estudo podemos averiguar que os mesmos não se encontram em conformidade, dado que a resposta mais frequente neste estudo foi “5 dias”.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia o consumo de carne vermelha não deve ser superior a duas vezes por semana. Assim sendo, podemos afirmar que a amostra deste estudo não segue o recomendado, dado que em média, consome 4 dias por semana carne vermelha, que ultrapassa de forma significativa o recomendado.

Na tabela 19 observamos que 37 dos inquiridos (61,7%) afirmaram ter consumido diariamente pão acompanhando a refeição do almoço ou do jantar. Como se pode observar na tabela 23 (Anexo3), verifica-se que em média, os indivíduos da amostra, o consumiram em 5,48 dias dos 7 dias anteriores ao preenchimento do questionário. Comparativamente com os resultados do estudo realizado por Salvado (2012), averigua-se que em média os resultados obtidos se encontram em conformidade com os da mesma, uma vez que os indivíduos da sua amostra, nos sete dias anteriores ao preenchimento do questionário, consumiram pão à refeição em 4,41 dias.

Sendo que a resposta mais frequente à questão anterior foi “7 dias”, e comparando com o estudo de Semedo (2013), podemos averiguar que os mesmos se encontram em conformidade, dado que as respostas mais frequentes foram iguais nos dois estudos.

Segundo a APDP (2019) deve-se incluir alimentos ricos em fibra nas refeições (como o pão de mistura ou centeio) porque permitem diminuir a glicemia após as refeições. O consumo recomendado de pão é de 2 porções por dia, sendo indiferente se ele é consumido ou não à refeição.

Analisando a tabela 20 verificamos que 14 dos inquiridos (23,3%) afirmaram ter misturado arroz, massa, batatas e/ou feijão nas refeições. Como se pode observar na tabela 23 (Anexo 3), verifica-se que em média, os indivíduos da amostra, misturam estes HC nas refeições em 4,20 dias dos 7 dias anteriores ao preenchimento do questionário. Em comparação com os resultados do estudo realizado por Salvado (2012), verifica-se que os resultados obtidos não se encontram em conformidade com os da mesma, uma vez que os indivíduos da sua amostra, nos sete dias anteriores ao preenchimento do questionário, misturam estes HC nas refeições em 0,97 dias.

No estudo de Semedo (2013), a resposta mais frequente à questão anterior foi “0 dias”, e comparando com os resultados deste estudo podemos averiguar que os mesmos não se encontram em conformidade, dado que a resposta mais frequente neste estudo foi de “7 dias”.

De acordo com a Associação Portuguesa de Nutrição (2019) deve ser privilegiado o consumo de hidratos de carbono complexos em detrimento dos simples, não havendo contra-indicação em juntar dois ou mais hidratos de carbono complexos (arroz, massa, batata) na mesma refeição desde que não seja ultrapassada a dose diária recomendada (300-400 gramas /dia), porém, sendo o ideal não misturar. De acordo com os resultados obtidos neste estudo, 23,3% da amostra mistura diariamente HC na mesma refeição, sendo esta uma prática que deve ser alterada.

Observando a tabela 21 verificamos que 17 dos inquiridos (28,3%) afirmaram ter consumido doces em um dos sete dias anteriores ao preenchimento do questionário. Verifica-se que em média, os indivíduos da amostra, consumiram doces em 2,58 dias dos 7 dias anteriores ao preenchimento do questionário (Tabela 23, Anexo 3). Comparando com os resultados do estudo realizado por Salvado (2012), verifica-se que os resultados obtidos se encontram em conformidade com os da mesma, uma vez que os indivíduos da sua amostra, nos sete dias anteriores ao preenchimento do questionário, consumiram doces em 1,88 dias.

Sendo que a resposta mais frequente à questão anterior foi “1 dia”, e comparando com o estudo de Semedo (2013), podemos averiguar que os mesmos se encontram em conformidade, dado que a disparidade entre o resultado dos dois estudos é de apenas um dia.

Na Roda dos Alimentos (DGS, 2019) não são incluídos alimentos como bolos, doces, compotas e refrigerantes, pelo que podemos deduzir que não devem ser consumidos ou que o seu consumo deve ser reduzido ao mínimo. A amostra deste estudo consome em média, aproximadamente 3 dias por semana este tipo de alimentos, não indo de encontro ao recomendado.

Observando estes dados, verificamos que a amostra deste estudo, no que diz respeito aos seus hábitos e práticas alimentares consome fruta, em média, aproximadamente 6 dias por semana; ingere carnes vermelhas, em média, aproximadamente 4 dias por semana; consome pão às refeições (almoço ou jantar), em média, aproximadamente 5 dias por semana; mistura HC na mesma refeição, em média, aproximadamente 4 dias por semana;

consome doces, em média, aproximadamente 3 dias por semana (Tabela 22 e tabela 23, Anexo 3).

Conclusão

A diabetes é uma doença crónica, que leva à incapacidade e morte precoce. A prevalência desta patologia na população portuguesa foi de 13,3%, cerca de 1 milhão de portugueses entre os 20 e os 79 anos. Estima-se que em 2015 a diabetes foi a causa direta de 1,6 milhões de mortes a nível mundial.

A diabetes tem como etiologia um conjunto de fatores, fundamentalmente, ligados aos estilos de vida individuais. A alimentação desequilibrada está hoje claramente identificada como sendo um dos principais fatores implicados na origem desta doença.

A educação alimentar é fundamental para o tratamento da diabetes. Deve por isso ser considerada na educação de todas as pessoas com diabetes. Uma alimentação saudável e equilibrada faz parte do tratamento das pessoas com diabetes, em conjunto com a atividade física e a medicação. A alteração do estilo de vida, pela adoção de medidas alimentares e da prática de exercício físico, é fundamental no tratamento da diabetes e deve ser mantida em todo o percurso terapêutico.

O papel do enfermeiro é muito importante, não só na prevenção da diabetes, mas na promoção de estilos saudáveis. O objetivo primordial é intervir, desde logo, na minimização dos fatores de risco que possam despoletar a diabetes *mellitus* e educar para a saúde de modo a prevenir a doença, sendo a função do enfermeiro alertar a população para a gravidade da diabetes, e das complicações associadas, e incentivá-la a hábitos de vida saudáveis de forma a evitar esta doença.

Toda a pesquisa efetuada para a elaboração deste estudo foi um desafio para a realização do mesmo, tendo constituído uma oportunidade de enriquecimento científico, trazendo aquisição de conhecimentos na realização de todas as etapas de um projeto científico, capacitando assim a aluna de um maior leque de conhecimentos permitindo trazer para a prática clínica uma base científica fundamentada.

Com a realização deste estudo, a investigadora teve como objetivo fulcral identificar os hábitos e práticas alimentares de uma amostra de adultos diabéticos residentes no

concelho de Ponte de Lima. Com este propósito, foi utilizada uma parte do questionário “Escala de Atividades de auto-cuidado com a Diabetes”, que foi adaptado e traduzido para português por três docentes da Universidade do Porto. Este questionário foi aplicado numa amostra de 60 adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima.

Este objetivo, previamente definido, foi atingido com sucesso, apesar de algumas dificuldades sentidas no decorrer da investigação. A investigação científica é uma tarefa árdua, porém a autora tem consciência do esforço e dedicação despendidos neste trabalho, tendo superado as dificuldades sentidas, presentes pela inexperiência em trabalhos de investigação. Dessas dificuldades destacam-se a inexperiência neste tipo de trabalhos de investigação, na elaboração e no tratamento e análise de dados, mas com a orientação da Professora Doutora Teresa Moreira foi possível a apresentação de uma investigação coerente e pertinente, respondendo à problemática abordada.

Assim sendo, de acordo com os resultados obtidos nesta investigação podem ser levantadas questões pertinentes para futuros estudos, tais como: “Qual a opinião dos diabéticos acerca da importância da alimentação no tratamento da diabetes?”, “Qual a razão dos diabéticos não aderirem ao regime terapêutico não farmacológico”, “Qual o impacto da desajustabilidade social nos resultados dos estudos relacionados com o tipo de alimentação da população diabética?”.

A investigadora acha pertinente esta última questão porque atualmente as relações entre alimentação e saúde têm sido objeto de inúmeros estudos epidemiológicos e considera-se que os fatores sociais possam prejudicar a qualidade da informação obtida, devido a vieses relacionados com a vontade dos inquiridos transmitirem uma imagem desejável para certos comportamentos. De forma geral, pode-se afirmar que a desajustabilidade social é tanto maior quanto maior for a tendência para veicular uma imagem culturalmente aceitável e de acordo com as normas sociais, evitando a crítica em situação de teste. A desajustabilidade social pode ser uma das razões da disparidade de resultados entre este estudo e os estudos de outros autores.

Com este estudo, a investigadora conseguiu identificar os hábitos alimentares da amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima. Este projeto serviu

também para perceber melhor as etapas de uma investigação e valorizar o rigor científico que o mesmo exige, assim como atuar nos problemas de saúde usando a prática baseada na evidência, das intervenções de enfermagem às necessidades do utente, em especial na área da alimentação.

Bibliografia

Almeida, L e Freire, T. (2007). *Metodologia em psicologia e educação*. Braga.

Amaral, L. (2011). *Dificuldades sentidas pelo Doente Portador da Diabetes Mellitus tipo II e Família*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Andrade, S. (2006). *Alimentação mediterrânica e o controlo glicémico da diabetes mellitus tipo 2*. Porto, Universidade do Porto.

A Pirâmide da Dieta Mediterrânica. [Em linha]. Disponível em <http://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Dieta_Mediterranica.pdf>. [Consultado em 02/03/2019].

A Roda dos Alimentos em vigor desde 2003. [Em linha]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/alimentacao-roda-dos-alimentos-pdf.aspx>>. [Consultado em 02/03/2019].

Associação Portuguesa de Nutrição. (2014). *Dieta Mediterrânica, um padrão de alimentação saudável*. [Em linha]. Disponível em <http://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Dieta_Mediterranica.pdf>. [Consultado em 17/02/2019].

APDP. (2019). *ABC da Diabetes*. [Em linha]. Disponível em <<https://apdp.pt/diabetes/abc-da-diabetes/>>. [Consultado em 04/03/2019].

APDP. (2019). *Alimentação*. [Em linha]. Disponível em <<https://apdp.pt/diabetes/tratamento/alimentacao/>>. [Consultado em 04/03/2019].

Batista, L. (2013). *Representações Cognitivas da Diabetes, Conhecimentos acerca da Doença e Autocuidados: um estudo com Diabéticos Tipo II controlados e não controlados*. Braga, Universidade Católica Portuguesa.

Barros, R., et alli. (2005). *Influência da deseabilidade social na estimativa da ingestão alimentar obtida através de um questionário de frequência de consumo alimentar*. Porto, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.

Direção Geral de Saúde (2011). *Norma da Direção Geral de Saúde (Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus)*. Lisboa

Direção Geral de Saúde. *Alimentação*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/educacao-para-a-saude/areas-de-intervencao/alimentacao.aspx>>. [Consultado em 23/02/2019].

Faria, I. (2016). *Dieta Mediterrânica, estabilidade genómica e variação genética*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Federação Internacional de Diabetes. *Atlas da Diabetes da FID*. (2017) [Em linha]. Disponível em <http://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_ES/>. [Consultado em 10/02/2019].

Federação Internacional de Diabetes. [Em linha]. Disponível em <<https://www.idf.org/>>. [Consultado em 23/02/2019].

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Montreal: Lusodidacta.

Guimarães, I. (2011). *Hábitos alimentares e tabágicos dos estudantes da Universidade Fernando Pessoa*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Hulley, S. B. et all. (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica – Uma Abordagem Epidemiológica* (3ª edição). Porto Alegre: Artmed

Jornal Enfermeiro. (2016). *Enfermeiros essenciais na prevenção da diabetes*. [Em linha]. Disponível em < <http://www.jornalenfermeiro.pt/entrevistas/item/1475-enfermeiros-essenciais-na-prevencao-da-diabetes.html>> [Consultado em 23/05/2019].

Lakatos, E. e Marconi, M. (2007). *Técnicas de Pesquisa – Planeamento e execução de pesquisas; Amostragens e técnicas de pesquisa; Elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo, Editora Atlas.

Lidon, F. e Silvestre, M. (2009). *Princípios de Alimentação e Nutrição Humana*. (1ª ed.). Lisboa: Escolar Editora

Lopes, A. (2012). *Pandemia do Século XXI – Obesidade*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Lopes, P. (2017). *Perceção da importância dos ensinamentos de Enfermagem no controlo da Diabetes*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Manual de Elaboração de Trabalhos Científicos. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.ufp.pt/docs/Manual-Estilo-Elabora%C3%A7%C3%A3o-trabalhoscient%C3%ADficos.pdf>>. [Consultado em 08/05/2019].

Mota, D. (2012). *Importância da alimentação saudável na prevenção da diabetes*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Mota, S. (2017). *Opinião de uma amostra de sujeitos de PTL na Prevenção da Diabetes Mellitus II*. Ponte de Lima, Universidade Fernando Pessoa.

Observatório da Diabetes. (2016). *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.spd.pt/images/bolsas/dfn2015.pdf>>. [Consultado em: 21/05/2019].

Ordem do Enfermeiros. (2019). *O papel dos enfermeiros na promoção de uma alimentação saudável*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/o-papel-dos-enfermeiros-na-promo%C3%A7%C3%A3o-de-uma-alimenta%C3%A7%C3%A3o-saud%C3%A1vel-texto-formulado-pela-mesa-do-col%C3%A9gio-da-especialidade-de-enfermagem-comunit%C3%A1ria/?fbclid=IwAR1qUhNMxPhn1LSzx5djYgM6bJENksIcsVcoCAfFdTZewlNgZxwfjD-IRqM>>. [Consultado em 04/06/2019].

Organização Mundial de Saúde. (2018). *Diabetes*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>>. [Consultado em 10/04/2019].

Pereira, A. (2017). *A Rotulagem Alimentar*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Philippi, S. T. (2008). *Alimentação Saudável e a Pirâmide dos Alimentos*. São Paulo, Editora Manole

PORDATA. [Em linha]. Disponível em <<https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>>. [Consultado em 20/05/2019].

Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Editora Grávida.

Ramalho, S. (2009). *Diabetes Mellitus – Uma Nova Abordagem na Terapêutica da Diabetes Tipo 2*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

REPE (1996). [Em linha]. Disponível em <<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>>. [Consultado em 15/03/2019]

Ribeiro, A. et alli. (2014). *Diabetes gestacional: determinação de fatores de risco para diabetes mellitus*. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorio.hospitaldebraga.pt/bitstream/10400.23/846/1/Gestational%20diabetes.pdf>>. [Consultado em 15/03/2019]

Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde*. Porto, Legis Editora.

Salvado, S. (2012). *A educação na pessoa com diabetes tipo 2 para a adesão às atividades de autocuidado*. Viseu, Universidade Católica Portuguesa

Sampieri, R. et alli. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. Porto Alegre, Penso

Semedo, F. (2013). *Autocuidado nu grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2*. Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Silva, C. (2009). *Diabetes Gestacional vs Hábitos Alimentares*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Silva, D. (2009). *Alimentação saudável em adolescentes*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Silva, J. (2013). *Estilos de Vida dos Adolescentes que Previnem a Diabetes Mellitus Tipo 2*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Anexos

Anexo 1 – Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português):

Hábitos e Práticas Alimentares de uma Amostra de Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de Ponte de Lima

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) _____

_____,
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/20__

Assinatura do participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome: Patrícia Alexandra Matos Pinto

Assinatura:

Anexo 2 - Questionário

Exmº(a) Senhor(a):

O meu nome é Patrícia Alexandra Matos Pinto, sou aluna do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa – Ponte de Lima, e estou a desenvolver um projeto de investigação no âmbito da Diabetes, investigação esta que tem como finalidade identificar os hábitos e práticas alimentares apresentados pelos adultos diabéticos residentes no conselho de Ponte de Lima.

No âmbito desta investigação surge este questionário, que pretende, como supra referido, conhecer hábitos e práticas alimentares apresentados pelos adultos diabéticos residentes no conselho de Ponte de Lima.

Solicito então a sua colaboração, através da resposta às questões que compõem este questionário.

Algumas instruções fundamentais:

- A **verdade nas suas respostas** é fundamental para a veracidade dos resultados que vierem a ser obtidos e publicados;
- Leia com a máxima atenção as instruções que se encontram no início de cada uma das partes que constituem este questionário;
- Tanto quanto possível, **não deixe questões por responder**;
- Sinalize as suas respostas de maneira **evidente e perceptível**;
- No sentido de manter intacto o seu direito à confidencialidade, **não deverá colocar qualquer marca que o possa identificar**;
- Após o preenchimento do questionário, verifique que as respostas colocadas são as que realmente pretende dar;

Obrigada pela sua colaboração!

A aluna,

Patrícia Alexandra Matos Pinto

Parte I – Dados Sociodemográficos

Com esta parte do questionário, pretende-se conhecer alguns aspetos sociodemográficos que o caracterizam. Responda às seguintes questões colocando um “X” antes da afirmação que considere correta.

1. Idade: _____ anos

2. Género:

a) ___ Feminino

b) ___ Masculino

3. Peso: _____ Quilogramas

4. Altura: _____ Centímetros

5. Estado civil

a) ___ Solteiro (a)

b) ___ Casado (a) / União de facto

c) ___ Divorciado (a) / Separado (a)

d) ___ Viúvo (a)

6. Atividade profissional / ocupação

a) ___ Empregado (a)

b) ___ Desempregado (a)

c) ___ Reformado (a)

d) ___ Estudante

e) ___ Outra

7. Escolaridade: _____

8. Local de Residência: _____

9. Com quem vive:

- a) ___ Com o cônjuge / companheiro (a)
- b) ___ Com a família restrita (marido, esposa e filhos)
- c) ___ Com a família alargada (marido, esposa, filhos, pais, sogros, etc.)
- d) ___ Sozinho (a)
- e) ___ Num lar
- f) ___ Outros

10. Tem diabetes?

- a) ___ Sim
- b) ___ Não

10.1. Se sim, de que tipo?

- a) ___ Tipo I
- b) ___ Tipo II

11. Que tipo de tratamento faz para a diabetes?

- a) ___ Antidiabéticos orais (comprimidos)
- b) ___ Insulina
- c) ___ Ambos

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

- a) ___ Sim
- b) ___ Não

12.1. Se sim, quais?

Parte II – Questionário de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (SDSCA)

O questionário de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (SDSCA) permite conhecer alguns dos cuidados que tem relativos à diabetes, e refere-se aos últimos sete (7) dias. Se eventualmente este doente nos últimos sete dias, responda relativamente aos últimos sete dias em que não estava doente. Responda às seguintes questões colocando o número, entre 0 (zero) e 7 (sete), que corresponda à resposta que pertence dar!

13. Alimentação geral

13.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS segui uma alimentação saudável?

_____ Dias

13.2. Em média, durante o ultimo mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?

_____ Dias

13.3. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluído os da sopa)?

_____ Dias

14. Alimentação Especifica

14.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?

_____ Dias

14.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?

_____ Dias

14.3. Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?

_____ Dias

14.4. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolate?

_____ Dias

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo 3 - Pontuação obtida com a aplicação da “Escala de Autocuidados com a Diabetes”

Tabela 22 – Distribuição numérica e percentual dos resultados obtidos com a aplicação da “Escala de Autocuidados com a Diabetes” no grupo de questões relacionadas com a Alimentação Geral

	Questão 1.1	Questão 1.2	Questão 1.3
Média	2,60	0,87	6,28
Moda	2	0	7
Mínimo	0	0	0
Máximo	7	7	7

Tabela 23 – Distribuição numérica e percentual dos resultados obtidos com a aplicação da “Escala de Autocuidados com a Diabetes” no grupo de questões relacionadas com a Alimentação Específica

	Questão 2.1	Questão 2.2	Questão 2.3	Questão 2.4
Média	3,98	5,48	4,20	2,58
Moda	5	7	7	1
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	7	7	7	7

Anexo 4 – Proposta de Projeto de Graduação apresentada à Comissão de Ética da
Universidade Fernando Pessoa

Patrícia Alexandra Matos Pinto

Projeto de Investigação

Hábitos e práticas alimentares de uma amostra de adultos diabéticos residentes em
Ponte de Lima

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima, 2018

Patrícia Alexandra Matos Pinto

Projeto de Investigação

Hábitos e práticas alimentares de uma amostra de adultos diabéticos residentes em
Ponte de Lima

(Orientador)

(Aluno)

Ponte de Lima, 2018

Tema

Hábitos e práticas alimentares de uma amostra de adultos diabéticos residentes em Ponte de Lima

Investigador

Patrícia Alexandra Matos Pinto, aluna e finalista do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa

Orientador

Enfermeira Teresa Moreira, docente da Universidade Fernando Pessoa

Enquadramento Teórico do estudo

Segundo a DGS, a diabetes é uma doença crónica e bastante comum em Portugal, que pode levar à morte antes dos 70 anos e incapacidades se não for bem tratada. Prevenir, diagnosticar e tratar a tempo é muito importante.

A diabetes tem como etiologia um conjunto de fatores, fundamentalmente, ligados aos estilos de vida individuais. A alimentação desequilibrada está hoje claramente identificada como sendo um dos principais fatores implicados na origem desta doença. (DGS,2017)

A Diabetes é uma doença crónica grave que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente, ou quando o corpo não pode usar eficazmente a insulina que produz (Mota, S. 2016).

A Diabetes Mellitus é o tipo mais comum, e a grande maioria dos indivíduos com esta patologia tem peso acima da média. O aumento do peso corporal na população em geral,

é o fator mais importante associado ao aumento da prevalência de diabetes tipo 2. (Mota, S. 2016).

Segundo um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre dieta, nutrição e prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), a associação entre o ganho de peso e o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 é convincente, e o consumo alimentar habitual é considerado um dos principais fatores passíveis de modificação relacionados ao desenvolvimento de DCNT (Mota, S. 2016).

O padrão alimentar ou a forma como as populações se relacionam com os produtos alimentares à sua disposição, moldando modos de produção, armazenamento, confeção e consumo, reflete a relação da natureza com o ser humano e, em último grau, a sua cultura. Assim, o Padrão Alimentar Mediterrânico (PAM) não é mais do que um produto da geografia e história da região. (DGS, 2016)

A alimentação mediterrânica é, essencialmente, caracterizada pelo predomínio dos produtos vegetais, entre estes a fruta, os produtos hortícolas, cereais, frutos oleaginosos e leguminosas, e pelo consumo de azeite como principal fonte de gordura. Encontra-se presente o consumo regular mas moderado de vinho, particularmente aquando do momento de refeição, e também o consumo de peixe. É reconhecido como um padrão alimentar com efeitos favoráveis no estado de saúde, económica e ambientalmente sustentável. (DGS, 2016)

Diversos estudos têm vindo a sugerir a ligação entre a adesão ao padrão alimentar mediterrânico e um maior grau de proteção contra mortalidade por todas as causas, destacando-se como fator protetor para o desenvolvimento de doenças crónicas como diabetes mellitus tipo 2. (DGS, 2016)

Tipo de estudo

O tipo de estudo escolhido para a realização deste projeto é um estudo descritivo, transversal e quantitativo. A população em estudo será constituída por uma amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima. O método de colheita de dados adotado será por bola de neve, através da aplicação de um questionário. O

questionário utilizado será composto por duas partes: a primeira parte (da pergunta 1 à pergunta 12) é para obtenção de dados sociodemográficos da amostra e foi elaborado pela investigadora; a segunda parte do questionário (pergunta 13 e 14) foi retirada do questionário “Escala de Atividades de auto-cuidado com a diabetes”, tendo por objetivo obter dados relativos à alimentação do adulto diabético. Este questionário foi adaptado e traduzido para português por três docentes da Universidade do Porto, para obtenção da autorização deste instrumento foi enviado um pedido de autorização via e-mail aos autores do mesmo, que foi autorizado via e-mail. Este questionário permite saber alguns dos cuidados que os adultos têm relativos à alimentação geral e específica e refere-se aos últimos sete dias.

O acesso ao grupo de participantes será feito, utilizando como método de amostragem, o método da bola de neve. Nesse sentido, para este estudo, o primeiro participante será alguém que o investigador tenha conhecimento prévio de que possua as características definidas para poder fazer parte da amostra. A este primeiro participante ser-lhe-á solicitado o contacto de outras pessoas que reúnam o conjunto de características necessárias para eventualmente fazer parte da amostra.

Os critérios de inclusão para os participantes do estudo são: ter idade superior ou igual a 18 anos; saber ler e escrever; ser residente no conselho de Ponte de Lima; ser portador de diabetes; ser capaz de dar o seu consentimento informado, livre e esclarecido.

Seguindo a mesma linha de pensamento, os critérios de exclusão, serão todas as restantes pessoas que não possuam as características definidas nos critérios de inclusão para que possam fazer parte da amostra em estudo.

Considerações éticas

A colheita de dados para o estudo realizar-se-á sob a forma de bola de neve. O tipo de amostragem nomeado como bola de neve, uma forma que utiliza cadeias de referência. Ou seja, a partir desse tipo específico de amostragem não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos.

A confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos serão garantidos através da entrega da declaração de consentimento informado. Será explicado aos participantes que os dados serão guardados apenas até ao final desta investigação sendo posteriormente destruídos.

Também será pedido aos participantes que não coloquem ao longo do questionário nenhuma informação que os possa identificar.

Objetivos do estudo

- **Geral:**
 - Identificar os hábitos e práticas alimentares apresentados por uma amostra de adultos diabéticos residentes no conselho de Ponte de Lima.
- **Específicos:**
 - Identificar quantos diabéticos seguiram uma alimentação saudável.
 - Identificar quantos diabéticos seguiram um plano alimentar instituído por algum profissional de saúde.
 - Perceber o tipo de padrão alimentar adotado pelos diabéticos.

Enquadramento do estudo

A elaboração deste projeto de graduação surge no âmbito do plano curricular do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem.

O estudo em questão tem como objetivo permitir aos alunos uma oportunidade de desenvolverem a capacidade de investigação inerente á Licenciatura em Enfermagem, possibilitando a aquisição de competências na área da investigação, onde futuramente será útil para a sua vida profissional, visando o desenvolvimento de estratégias de intervenções de enfermagem para a população em causa.

Tratamento e Apresentação de dados

O tratamento dos dados será realizado tendo por base a estatística descritiva recorrendo ao programa informativo Microsoft Office Excel, versão 2016.

No que diz respeito à apresentação dos dados, estes serão expostos através de gráficos e tabelas.

Bibliografia

DGS. [Em linha]. Disponível em < <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes.aspx>> [Consultado em 16/09/2018].

Mota, S. (2016). Opinião de uma amostra de sujeitos de Ponte de Lima na Prevenção da Diabetes Mellitus II. [Em linha]. Disponível em < https://bdigital.ufp.pt/simple-search?query=diabetes%3B+alimenta%C3%A7%C3%A3o&sort_by=score&order=desc&rpp=30&etal=0&start=90> [Consultado em 14/09/2018]

Anexo 5 – Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa para a realização do Projeto de Graduação



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Luís Martins
Director da FCS

Porto, 11 de Dezembro de 2018

Exmo. Senhor Prof. Doutor,

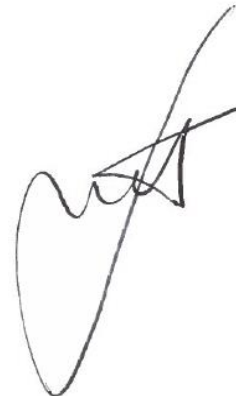
A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de investigação de Patrícia Alexandra Matos Pinto, intitulado "Hábitos e práticas alimentares de uma amostra de adultos diabéticos residentes em Ponte de Lima", e realizado no âmbito da licenciatura em Enfermagem, considera o estudo pertinente com o título e objetivos concordantes.

A Comissão de Ética nada tem a opor à realização do estudo.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Susana Teixeira Magalhães



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

MIPC 501 057 603 - Reg. Comercial n.º 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

REITORIA - [Faculdade de Ciências Humanas e Sociais] - [Faculdade de Ciência e Tecnologia] Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto-Portugal - T. +351 22 507 1300 - F. +351 22 550 8269 - geral@ufp.pt
[Faculdade de Ciências da Saúde] - [Escola Superior de Saúde] R. Carlos Da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630 - F. +351 22 507 4637 - R. Delim Maia, 334 - 4200-253 Porto - Portugal
T. +351 22 509 6371 - geral.asaude@ufp.pt UNIDADE de Ponte de Lima - Casa da Garrida - R. Conde de Bertiandos - 4990-078 Ponte de Lima-Portugal - T. +351 258 741 026 - F. +351 258 741 412 - geral.plima@ufp.pt

Anexo 6 – Autorização para a utilização do Questionário de Atividades de Autocuidado com a Diabetes



Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
Portugal
Email esep@esenf.pt
Telef +351 22 507 35 00
Fax +351 22 509 63 37
<http://www.esenf.pt>

Patrícia Pinto

Curso de Licenciatura de Enfermagem

Universidade Fernando Pessoa - Ponte de Lima

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

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio autorizar a utilização da escala supracitada, conforme solicitado pela Estudante Patrícia Pinto, para a sua utilização no projeto denominado “Hábitos e práticas alimentares de uma amostra de adultos diabéticos residentes em Ponte de Lima”, sob a orientação da Professora Teresa Moreira.

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

Coloco-me ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Ao dispor,
Porto, 10 de outubro de 2018

Fernanda Bastos

Fernanda Bastos, PhD, MSc, RN
Professora Adjunta
fernandabastos@esenf.pt
CIDESI
Centro de Investigação e Desenvolvimento
em Sistema de Informação em Enfermagem